Deutsche Klinik.

Zeitung

für

Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben

von

Alexander Göschen,

Doctor der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe, Königlich Preussischem Medicinal-Assessor und praktischem Arzt in Berlin, Mitglied des Vereins für wissenschaftliche Medicin und der geburtshülflichen Gesellschaft in Berlin; des Vereins der Aerzte und Apotheker zu Merseburg, der Kaiserlich Russischen medicinischen Gesellschaft zu St. Petersburg, der physikalisch-medicinischen Societät zu Erlangen, des ärztlichen Vereins zu München und des Vereins badischer Aerzte zur Förderung der Staatsarzneikunde Correspondenten etc.

Jahrgang 1851.

Band III.

Berlin.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

Inhaltsverzeichniss

zum vierten Quartal 1851 der Deutschen Klinik (No. 40—52).

Feuilleton-Artikel.

Namensverzeichniss.

Inhaltsverzeichniss

zum dritten Quartal 1851 der Deutschen Klinik (No. 27—39).

Feuilleton-Artikel.

Namensverzeichniss.

Sonnabend, № 1. 4. Januar 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Die Abtragung des Gelenkknorpels bei Exarticulationen.

Von

Hofrath Dr. Caj. v. Textor in Würzburg.

Es ist wohl für sich klar, dass in so wichtigen Dingen, wie die chirurgischen Operationen sind, jeder Vorschlag, der auf Vervollkommnung derselben hinausgeht, die grösste Berücksichtigung verdient. Ein solcher Vorschlag ist nun der von Bromfield schon im Jahre 1774 gemachte: bei Exarticulationen den betreffenden Gelenkknorpel abzutragen, um dadurch die Heilung der Wunde zu befördern. Ohne überhört worden zu sein fand jedoch Bromfield's Vorschlag keinen eigentlichen Eingang in die Praxis, wovon der Grund wohl vorzüglich darin zu suchen sein möchte:

1) dass die Exarticulationen zu seiner Zeit verhältnissmässig selten geübt wurden;
2) dass die Ausführung der Knorpelabtragung eine Schwierigkeit mehr zu einer ohnediess gefürchteten Operation war;
3) dass aber doch schon durch die Erfahrung der damaligen Zeit bewiesen war, dass Heilung ohne Knorpelabtragung eintritt.

Herr Professor Zeis hat nun in einer kleinen Schrift, die den vorstehenden Titel führt, den Faden wieder aufgenommen und die Wundärzte der Jetztzeit aufgefordert: die Bromfield'sche Idee einer neuen Prüfung zu unterstellen und die gewonnenen Resultate zu veröffentlichen.

Zur gehörigen Würdigung der Bromfield'schen Idee scheint es mir am wichtigsten zuerst die Frage zu beantworten:

1) Wie geschieht die Heilung nach Exarticulationen?
Geschieht sie durch schnelle Vereinigung oder durch Eiterung?
2) Wie geschieht sie in der Regel?

Ich antworte, bei Exarticulationen von Fingern und Zehen, ja selbst der Mittelhandknochen des kleinen Fingers, des Daumens, der grossen und kleinen Zehe kann die Heilung durch erste Intention eintreten. Bei der Operation nach Chopart findet sie gewöhnlich nicht Statt, und ich habe sie bei 32 Fällen nur einmal eintreten sehen. Es ist dies um so merkwürdiger, da hier die Umstände besonders ungünstig waren, und die Operirte einige 20 Jahre alt, vorher schon eine Resection des Mittelfussknochens, mit späterer Entfernung des noch zurückgebliebenen Knochenstückes, ohne Erfolg überstanden hatte. Ueberdiess trat 4 Stunden nach der *Exarticulatio pedis* eine Nachblutung ein, welche nöthigte den ganzen Verband wieder abzunehmen, und welche die Kranke an den Rand des Grabes brachte. Gleichwohl heilte sie durch erste Intention.

Dieser Fall ist übrigens der erste, bei welchem meines Wissens die schnelle Heilung nach der Chopart'schen Operation gelang.

Die Exarticulation im Ellenbogengelenke wird höchst selten geübt, und ich habe sie selber erst ein einziges Mal zu machen Gelegenheit gehabt. Ich habe jenen Fall im ersten Hefte des ersten Bandes des neuen Chiron beschrieben, und bei der festen Ueberzeugung, dass ohne die gleichzeitige Kopfverletzung, welche eine Gehirnentzündung mit den heftigsten Delirien zur Folge hatte, die Heilung *per primam intentionem* erfolgt wäre. Patient wurde demohngeachtet ohne alle Exfoliation binnen 9 Wochen geheilt.

Die Exarticulation der Hand habe ich nur 2 Mal und jedes Mal nach einer Schusswunde gemacht und zwar unmittelbar nach derselben. Die Heilung erfolgte das eine Mal durch Eiterung, der zweite Kranke starb an dem bereits vor der Operation ausgebrochenen Tetanus.

Nach der *Exarticulatio humeri* ist Heilung durch erste Intention wohl sehr selten. Unter 5 Fällen könnte ich vielleicht den vorletzten vom 23. Januar 1850 unter die schnell geheilten zählen, da eine eigentliche Eiterung wirklich nicht eingetreten ist. Dieser Fall ist in mehrfacher Hinsicht höchst merkwürdig.

Es war nämlich am 9. November 1849 eine 25jährige Magd, Maria Ebert, in einem Anfalle von Geistesverwirrung zum Fenster hinaus gesprungen und ein Stockwerk hoch herab auf eine steinerne Treppe gefallen. In Folge dieses Sturzes hatte sie sich das linke Ellenbogengelenk zerschmettert, das rechte Handgelenk heftig gequetscht und drei Wunden am Kopf und im Gesichte erhalten. Trotz einer zweckmässigen Behandlung trat Eiterung aller Wunden ein, und am 30. November wurde sie von einem heftigen Schüttelfroste befallen, welchem binnen acht Tagen noch sechs ebenso verdächtige Anfälle folgten.

Am 6. December wurde die Resection des linken Ellenbogengelenks gemacht und alle drei Gelenkenden weggenommen.

Obwohl die Operationswunde grossentheils rasch heilte, so war damit die Sache noch nicht beendigt. Am 3. Januar 1850 fühlte die Operirte sich unwohl, wurde von Fieber befallen, der linke Oberarm schwoll stark an, es wurde ein Einstich gemacht und viel Eiter entleert. Bei näherer Untersuchung fand man den grössten Theil des Oberarmbeins von der Beinhaut entblösst und von Eiter umspült, ohne Spur von Knochenneubildung. Am 23. Januar wurde sie mit Chloroform betäubt, und nachdem man die Abscessöffnung erweitert und sich von dem trostlosen Stand der Sache überzeugt hatte, der linke Arm im Schultergelenk nach der Methode von Walther exarticulirt. Anfangs März war die Wunde bis auf eine 1 Linie breite eiternde Stelle des Wundlappens geheilt. Ich muss jedoch bemerken, dass etwa in der fünften Woche nach der Operation zwei Mal beim Druck auf den Lappen, der durch den Deltamuskel gebildet wurde, vielleicht 1 Unze dünner Eiter zum Vorschein kam. Die Anwendung eines mässigen Drucks mit graduirten Compressen brachte aber den vollkommenen Schluss der Wunde in wenigen Tagen zuwege, und am 1. April 1850 war die Wunde überall vollkommen fest vernarbt, wohl eher durch *prima int.* als *per suppur.*

Von der Heilung exarticulirter Zehen und Mittelfussknochen wurde bereits gesprochen, so wie von der Seltenheit der Erreichung der *prima intentio* nach dem Chopart'schen Schnitte. Unter zweiunddreissig Fällen ist sie mir, wie schon bemerkt, nur 1 Mal gelungen. In den übrigen Fällen, wo Heilung eintrat, was 17 Mal geschah, hatte sie *per suppurationem* Statt gefunden.

Unter 10 Exarticulationen des Unterschenkels im Kniegelenke ergab sich bei dem ersten Fall eine gänzliche Verwandlung der Wadenmuskeln, aus welchen der hintere Lappen gebildet wurde, in Fett. Gleichwohl heilte der Lappen an, und es blieb nur eine ½ Zoll breite nässende Stelle an den Schnitträndern zurück, welche erst nach 3 Monaten fest vernarbt war. Bei den neun andern heilte die Wunde durch Granulation. In zwei Fällen trat übermässige Eiterung, partieller Brand des Lappens und Abblätterung des Knorpelüberzugs der Gelenkknorren des Schenkelbeins und später der Tod ein.

Prof. Schuh in Wien sah nach der Exarticulation im Kniegelenk während der Heilung die überziehenden Knorpel in erweichten grossen Blättern durch enge Oeffnungen an den Wundrändern sich abstossen. Die Wunde vernarbte nach wenigen Wochen (Oestr. med. Jahrb. 1846 Febr. S. 186). Lisfranc, welcher viele Exarticulationen verrichtet hat, sagt (*Méd. opératoire* I. S. 681), er habe die Abstossung der Knorpel nie gesehen.

Bei 5 Exarticulationen aus dem Hüftgelenke trat jederzeit Eiterung ein, und die Heilung liess sich in allen Fällen lange erwarten. Wir haben das seltene Glück gehabt 3 von diesen 5 Kranken zu heilen, von welchen vier wegen Knochenfrass, und der fünfte wegen einer Schusswunde dieser verletzendsten aller chirurgischen Operationen unterworfen werden mussten. Letzterer erlag der Pyämie.

Nie und nirgends (die zwei oben angeführten Fälle von Knieexarticulationen abgerechnet) habe ich nach den so häufig von mir verrichteten Exarticulationen eine Exfoliation bemerkt, und die Endresultate der Exarticulationen möchten im Ganzen wohl dieselben sein, wie jene der Amputationen mit der Säge.

In der That sind die Heilungen nach den Amputationen in der Continuität der Glieder durch erste Intention wohl eben so selten, als jene nach den Exarticulationen, und es dauert auch hier in der Regel mehrere Wochen, ja Monate, bis eine Amputationswunde vollkommen vernarbt ist. Alles, was ich in dieser Beziehung seit bald 50 Jahren bis zur Stunde gesehen und selbst erfahren habe, zeigt mir keine andere Ergebnisse. Ich habe selber über 300 Amputationen der grossen Gliedmassen, und wohl eben so viele von Fingern und Zehen ausgeführt, und immer stand der Erfolg im Verhältniss zur Grösse des abgesetzten Gliedes. Mir scheint dies auch ganz natürlich zu sein, da eine Amputationswunde um so complicirter wird, je grösser das abgesetzte Glied ist. Daher auch immer dieselben Ergebnisse. Die meisten Heilungen haben die oberen Extremitäten, die wenigsten die unteren. So habe ich von fünf im Schultergelenk Exarticulirten einen, dagegen von fünf im Hüftgelenk Exarticulirten zwei verloren. Von den zehn im Kniegelenk Exarticulirten starben vier, der einzige im Ellenbogengelenk Exarticulirte, obgleich auch am Kopfe gefährlich verwundet, wurde geheilt.

Eben so selten kommen auch die Exarticulationen der Hand vor. Nach einer Schusswunde hatte sie glücklichen Erfolg. Ein zweites Mal wurde sie ebenfalls nach einer Schusswunde gemacht, aber ohne Erfolg, da bereits *Tetanus universalis* ausgebrochen war.

Von 32 nach Chopart Exarticulirten, worunter 7 an beiden Füssen operirt waren, starben 12.

Nach dem Syme'schen Schnitt starben von zehn Operirten nur zwei. Nur einmal haben wir hier die Heilung *per primam reunionem* erlangt, und es dauerte in den andern Fällen jederzeit viele Wochen, bis die vollkommene Vernarbung der Wunden erfolgte.

Man ist zwar jetzt ziemlich allgemein über das bekannte Cito beim Operiren weg und legt nicht mehr Werth darauf, als dasselbe wirklich hat; wo es aber in Anwendung zu bringen ist, soll es nicht vernachlässigt werden. Das Abtragen der Knorpel ist aber unter gegebenen Umständen nicht bloss langwierig, sondern auch schwierig. Hat nun seine Ausführung keinen Vortheil und bringt die Unterlassung keinen Nachtheil, so mag sie billig unterbleiben.

Nachträgliche Bemerkung. Am 23. April 1850 habe ich einem 64jährigen Taglöhner, Nikolaus Balling, wegen Frostbrand mit nachfolgender Necrosis die linke grosse Zehe aus ihrer Verbindung mit dem ersten Mittelfussknochen exarticulirt, und darnach die ganze Knorpelschichte des Gelenkkopfes des genannten Mittelfussknochens mit dem Messer abgeschält. Ich hatte einen inneren Lappen gebildet, welcher über den Gelenkkopf herüber gelegt und durch einige Knopfnäthe befestigt ward. Es gelang aber trotz der Knorpelabtragung nicht, eine Heilung durch erste Vereinigung zu erzielen. Die Wunde heilte grösstentheils und allmälig durch Granulation, so dass dieselbe erst Ende Juni vollständig vernarbt war und der Mann erst am 22. Juli geheilt entlassen werden konnte. (Textor d. j.)

Pathologisches über Schlaf und Traum.

Von

Prof. M. Naumann.

Unser Gegenstand macht es nothwendig, dass wir die naturgemässen Bedingungen des Schlafes uns vergegenwärtigen. Diese Aufgabe ist jedoch nicht leicht und befriedigend zu lösen, indem die Physiologie nur so allgemeine Bestimmungen über diese Materie darbietet, dass man ihnen die Bedeutung von wirklichen Aufschlüssen kaum zuzuerkennen vermag.

Alle Thatsachen weisen darauf hin, dass der Schlaf durch die Bedingungen der Ernährung des Organismus, und zwar speciell des Nervensystems, nothwendig gemacht wird. Aber sobald man das Wie? dieses Vorganges zu ermitteln versucht, sieht man sich sogleich durch unübersteigliche Schwierigkeiten aufgehalten. Der letzte Akt des Ernährungsprocesses, durch welchen der Stoffwechsel erst möglich gemacht wird, scheint (so sollte man glauben) vom Zustande des Wachens eben so unabhängig zu sein, wie von dem des Schlafes: Ernährungssäfte müssen wohl immer ausgeschieden werden, sofern die Bedingungen dazu vorhanden sind. Dieselben bestehen in der Gegenwart eines gehörig gemischten, nicht zu schnell circulirenden Blutes, und in Geweben, deren Lebenseigenschaften, daher auch die ihnen entsprechende chemische Zusammensetzung, normal sich verhalten.

Das Gehirn, überhaupt das Nervensystem, muss, wie alle übrigen Theile des Körpers, vegetiren, d. h. ernährt werden. Die Nervensubstanz bedarf des Stoffwechsels nicht weniger, als alle übrigen Gewebe. Jedermann wird zugeben, dass die Receptivitäts- wie die Reactions-, überhaupt alle cerebrale Functionen, ohne adäquate materielle Veränderungen nicht denkbar sind. Materielle Zustände von einer gewissen Beschaffenheit müssen auch da das Bedingende sein, wenn Ueberreizung des Gehirns oder Erschöpfung der Nervenkraft wirklich behauptet werden kann.

Man muss bedenken, dass das Gehirn nicht allein seiner eigenen Subsistenz und Erhaltung wegen vegetirt, sondern dass es ausserdem bei der Ernährung der übrigen Organe, unmittelbar oder mittelbar concurriren muss. Das Nervensystem hat mithin, diesen Anforderungen gemäss, eine viel zusammengesetztere Aufgabe zu lösen.

Da die verschiedenen Absonderungen in egestiver Richtung, beim Wachen wie beim Schlafen, fortdauern (auf ein Mehr oder Weniger kommt es hier nicht an), so ist nicht einzusehen, warum es mit den Absonderungen für Nutritionszwecke sich wesentlich anders verhalten sollte. Indem nun diese Akte unter dem Einflusse des Nervensystems stehen, und desselben, oder der Innervation, sogar bedürfen, so möchte die Schlussfolgerung schwer zu widerlegen sein, dass eine gewisse Gleichförmigkeit der Wirkungskraft des Gehirns auf die Ernährung im Allgemeinen sich erhalte, der Mensch möge wach sein oder schlafen.

Dieses Verhältniss gestaltet sich jedoch anders, wenn wir das Gehirn selbst (und das Nervensystem) in Beziehung auf seine eigenen Ernährungsbedingungen betrachten. Dass aber sowohl die freie als auch die erschwerte Bethätigung der letzteren eine nachhaltige Rückwirkung auf die Ernährung des Organismus überhaupt werde äussern müssen, versteht sich nach Obigem von selbst.

Die Innervation erkennen wir lediglich aus ihren Resultaten. Wir wissen nicht, wie dieselbe zu Stande kommt, müssen jedoch annehmen, dass sie mit einer in der Nervensubstanz vorgehenden materiellen Veränderung verbunden, oder mit ihr wirklich identisch sei. Wir dürfen überdies schliessen, dass die Innervation (möge sie von mechanischen oder chemischen Veränderungen der Nervensubstanz abhängen) mit den verschiedenartigsten, der Gesundheit entsprechenden Lebenszuständen des Nervensystems vereinbar sich verhält.

Aber wie verhält es sich mit dem wirklichen Stoffwechsel der Gehirn-, überhaupt der Nervensubstanz? Ist es wohl denkbar, dass eine ununterbrochene Erneuung seines organischen Substrates stattfinden kann, so lange es als der Träger von Vorstellungen oder von Begriffen thätig ist?

Unzweifelhaft müssen beim Stoffwechsel die bisherigen Eigenschaften der abgesetzten, an die zum Ansatze gelangende Materie übergehen, vermöge welcher dieselbe elastisch, contractil, durchsichtig u. s. w. sich verhält. Eben so wenig dürften eingetretene oder fortdauernde normale Veränderungen in den Lagerungs- und Dichtigkeitsverhältnissen der organischen Moleküle dem Stoffwechsel Hindernisse in den Weg legen. Aber das äussere Bild oder die zu hörende Melodie, tritt als Ganzes, als sinnliche Vorstellung uns entgegen. Wenn man erwägt, wie viele, räumlich von einander getrennte Hirnregionen bei solchen Eindrücken interessirt sind, — wenn man sich erinnert, wie leicht diese Eindrücke gleichzeitig zu Entscheidungsgründen für Stimmungen, Urtheile und Handlungen werden können, — so setzt dieses Conformität der den Eindrücken entsprechenden materiellen Veränderungen in allen Theilen des Gehirns voraus. Ein derartiger Isochronismus scheint indessen mit einem fortgesetzten Stoffwechsel kaum verträglich zu sein. Eben so wenig deuten die Erfahrungen auf einen solchen hin, nach denen sinnliche Eindrücke erst durch die Vergleichung ihrer einzelnen Bestandtheile im Raume oder in der Zeit zu sinnlichen Vorstellungen werden. Man braucht nur sinnliche Vorstellungen mit der Reproduction der nämlichen Eindrücke durch das Gedächtniss zu vergleichen, um sich zu überzeugen, dass im ersten Falle das Perceptionsorgan materiell intensiver, und auch in Beziehung auf Zeitverhältnisse nachhaltiger afficirt worden ist.

Ich behaupte demzufolge, dass die Bildung von zusammenhängenden sinnlichen Vorstellungen nicht bloss eine impressionable, sondern eine bereits impressionirte Materie erfordere, — und dass die freie Wirksamkeit des Vorstellungsvermögens, so lange sie sich äussert, Stabilität der ihr unentbehrlichen Apparate voraussetze, durch welche ein wirklicher Wechsel der dieselben constituirenden Materie ausgeschlossen, oder doch sehr erschwert wird.

Da nun aber diese Apparate, so gut wie alles Organische, der Erneuung ihres Materiales bedürftig sind, so nehmen wir zu einer in so dunkelm Gebiete beinahe unvermeidlichen Hypothese unsere Zuflucht: Wir nehmen nämlich an, dass der Stoffwechsel des Gehirnes, oder vielleicht nur gewisse Elementarformen desselben (z. B. der Kugelsubstanz?) entweder blos im Zustande des Schlafes vor sich gehe, oder doch im wachen Zustande mit grossen Hindernissen zu kämpfen habe.

Bei der Präponderanz des Flüssigen in der Hirnsubstanz liesse sich weiter vermuthen, dass der aus dem Blute abgesonderte Ernährungssaft erst durch allmälige Veränderungen die zur Umwandlung in feste Nervensubstanz nöthige Reife erlange, und dass er bis zu diesem Zeitpunkte wie ein organischer Erreger auf diese, von ihm durchfeuchtete Substanz einwirke. Die feste Nervensubstanz wird jedoch (so scheint es) durch die Functionen denen sie ununterbrochen dient, abgenutzt, oder also verändert, dass sie selbst bei verstärkter Durchfeuchtung die zur Bildung von Vorstellungen erforderlichen Eigenschaften abzulegen beginnt.

Sobald der Zeitpunkt eingetreten ist wo diese Abnutzung einen gewissen Grad erreicht, so kann dieselbe nur als eine Hemmung der Lebensäusserungen des Nervensystems sich geltend machen. Sie verhält sich aber nicht wie eine Hemmung der Lebenseigenschaften dieses Systemes, wie sie z. B. wahrzunehmen ist, wenn durch grossen Blutverlust, durch narcotische Gifte, oder durch Druck auf das Gehirn ein schlafähnlicher Zustand hervorgebracht worden war. Vielmehr trägt sie die Bedingungen zur Restauration in sich; indem sie die Veranlassung zu einer mehr vegetativen Lebensform des Gehirnes wird.

Indem nämlich die Abnutzung der Hirnsubstanz nichts Anderes ist als der Ausdruck für die zunehmende Unfähigkeit ihres Materiales, den Anforderungen des Seelenlebens zu dienen, und demgemäss selbst in Stetigkeit zu verharren, so beginnt diese Materie in gleicher Proportion bestimmbarer durch die ihr zugewendete Ernährungsflüssigkeit zu werden. Der Stoffwechsel fängt an vor sich zu gehen, und der Anfang oder die Einleitung zu diesem Vorgange offenbart sich dem Individuum als Bedürfniss zum Schlafe.

Es ist leicht einzusehen, dass mit dem Eintritte dieses Processes die im Gehirn haftenden Eindrücke allmälig erbleichen und in einander verschwimmen müssen. Die Wechselwirkung der einzelnen Hirnorgane hört allmälig auf, indem das Einigungsvermögen in seiner eigenen Wirksamkeit, gleichförmig nach allen Richtungen, immer mehr nachlässt.

Das **Bedürfniss des Schlafes** wird aber im gesunden Zustande zugleich zur **Bedingung des Schlafes**. Denn da der beschriebene Zustand für alle Theile des Gehirns durchaus der nämliche ist, und in allen übereinstimmend erfolgt, so erhalten die Bedingungen der Vegetation, sich gegenseitig gleichförmig fördernd, bald ein so entschiedenes Uebergewicht, dass den thierischen Functionen die Mittel entzogen werden müssen, nach den Gesetzen der Einheit und Zweckmässigkeit sich ferner äussern zu können.

Wir brauchen nicht auseinanderzusetzen, wie die Bedingungen des Schlafes von selbst verschwinden müssen, sobald das Gehirn durch den Stoffwechsel wieder zu Kräften gekommen ist. Ein Jeder vermag den Hergang sich selbst mit Leichtigkeit anschaulich zu machen.

Wir müssen einem Einwurfe begegnen, den man möglicherweise erheben könnte. Derselbe bezieht sich auf manche Ereignisse, die nach der Einwirkung von heftigen Reizen wahrzunehmen sind. So kann durch blendendes Licht, durch grelle, stark beleuchtete Farben, von einer Stufe zur andern, eine, bis zu temporärer Abstumpfung fortschreitende Erschöpfung der Energie des Perceptionsorganes bewirkt werden, die jedoch nach kurzer Ruhe wieder beseitigt wird. Es dürfte den Anschein haben, als werde dadurch der Beweis geführt, dass auch im wachen Zustande ein Stoffwechsel der Hirnsubstanz stattfindet.

In dem angeführten Beispiele verursacht ein reizender Eindruck Veränderungen im Perceptionsorgane, die in rascher Folge zur Ursache von neuen Veränderungen werden. Dieselben verhalten sich endlich (in Folge von Ueberreizung) wie hemmende Wirkungen, durch welche die Eindrücke in ihrer ursprünglichen Form wieder aufgehoben werden. Wenn jetzt dem Auge Ruhe gegönnt wird, so bleibt es auch der Ursache jenes Gesammteindruckes entzogen. Indem die nicht zu intensive Nachwirkung der angegebenen Reihe von Veränderungen allmälig sich verliert, so wird der ursprüngliche Zustand der Materie hergestellt, ohne dass ein Stoffwechsel dabei zu concurriren braucht. Dieser wird überhaupt nur dann gefordert, wenn die Abnutzung der Hirnsubstanz überhaupt denjenigen Grad erreicht hat, wo sie die Befähigung verliert, durch die gewöhnlichen Erregungsmittel zur Bildung von Vorstellungen innerhalb des Bewusstseins bestimmt zu werden.

Das Gehirn kann im wachen Zustande starken, sowohl reizenden als auch hemmenden Eindrücken, in mannigfachem Wechsel ausgesetzt sein. Während dieser Zeit ist aber der Stoffwechsel noch kein Bedürfniss geworden. Auch würde derselbe durch die fortdauernde Gegenwart solcher Eindrücke nicht sowohl erleichtert, sondern verzögert oder ganz aufgehalten werden. Sind jedoch die Eindrücke ausserordentlich heftig gewesen, so vermögen sie allerdings die Wirkungskraft des Gehirns so sehr herabzusetzen, dass das Bedürfniss des Schlafes frühzeitiger, ja unmittelbar eintreten muss, denn die Substanz des Gehirns hat dann binnen kurzer Zeit einen hohen Grad von Abnutzung erlitten. Wir brauchen nur an den Schlaf zu erinnern, der einer tiefen Ohnmacht, einem heftigen Delirium oder einem epileptischen Paroxysmus so leicht unmittelbar sich anschliesst.

Die vorgetragene Hypothese kann sich auf manche Thatsachen berufen. Der Fötus schläft beinahe ununterbrochen, und in den Kinderjahren ist das Bedürfniss des Schlafes grösser als bei Erwachsenen. Gerade in diesen Perioden ist aber auch das Gehirn in seiner ersten Entwickelung und im stärksten Wachsthum begriffen. Der Stoffwechsel der Hirnsubstanz und ihre fortschreitende Vegetation stehen im Vordergrunde. Aus dieser Ursache zeigt sie sich strotzend mit Ernährungsflüssigkeit durchfeuchtet. Wahrscheinlich haben vollsäftige Personen deshalb im Allgemeinen ein grösseres Bedürfniss zu schlafen, weil die Bedingungen des Stoffwechsels des Gehirns leichter das Uebergewicht erhalten, dafür aber auch ein organisch minder fixirtes Material erzielen. — Dass der Schlaf bald nach seinem Anfange gewöhnlich am tiefsten ist, dürfte darin seine Erklärung finden, dass dann seine Bedingungen am vollkommensten ausgebildet sind.

Die gewöhnlichen Acte der Innervation und deren Wirkungen erfahren im Schlafe eine gewisse Herabstimmung, geschehen jedoch dafür um so regelmässiger und ungestörter. Bekanntlich erfolgen die Circulations- und die Respirationsbewegungen etwas seltener als im Zustande des Wachens. Die verhältnissmässig grössere Anhäufung des Blutes in den inneren Organen hat das Bedürfniss reichlicherer äusserer Erwärmung der Oberfläche zur Folge. Dagegen pflegt nach lange fortgesetztem Wachen der Puls an Häufigkeit zuzunehmen. — Wie wichtig die ungestörte Ernährung des Gehirns für die ergiebige Ernährung des ganzen Körpers ist, geht daraus hervor, dass durch Entziehung des Schlafes bald Verfall und Abmagerung bewirkt werden.

Die **Schläfrigkeit**, oder die Neigung zum Schlafe, wird nicht durch die gewöhnlichen Erregungsmittel verscheucht. Man sieht sich genöthigt zu Reizmitteln zu greifen, um wach zu bleiben. Wenn mithin **Schlaflosigkeit** stattfindet, so muss das Gehirn unter der Herrschaft einer reizenden Einwirkung sich befinden. Es tritt dann ein zunehmendes Missverhältniss ein, indem das wachsende Bedürfniss, zu schlafen, nicht befriedigt werden kann, weil die dazu erforderlichen Bedingungen nicht vorhanden sind.

Jedes heftige Fieber hat, so lange nicht Umstände sich geltend machen durch welche alle Aeusserungen der Hirnfunctionen erschwert werden, — Schlaflosigkeit zur Folge. Das Gehirn befindet sich hier in einem gereizten Zustande. Seine Substanz wird dadurch noch mehr abgenutzt als es durch die normalen Erregungen geschehen könnte, denen es im gesunden Zustande ausgesetzt ist. Daher tritt das Bedürfniss des Schlafes frühzeitiger und dringender ein. Aber sehr häufig fehlen die dazu erforderlichen Bedingungen, oder sind doch nicht in ausreichendem Grade vorhanden. Denn durch die stattfindende Reizung wird nicht blos die Ausscheidung des erforderlichen Ernährungssaftes verhütet, sondern die zum Träger jener Reizung gewordene und demgemäss fixirte Gehirnsubstanz wird zugleich abgehalten dem Stoffwechsel Folge zu leisten und sich zu ergänzen. Damit sind, im Allgemeinen, die Exacerbationen des Fiebers in Zusammenhang zu bringen; da immer dann wenn das Bedürfniss des Schlafes am dringendsten sich ankündigt und zugleich seine Bedingungen am unzureichendsten geworden sind, der Fieberreiz an Wirksamkeit gewinnen muss.

Jede reizende wie jede hemmende Einwirkung, durch welche das Perceptionsvermögen gewaltsam zu fortgesetzter Functionirung genöthigt wird, vermag aus gleichen Gründen Agrypnie herbeizuführen, z. B. heftigen Schmerz, Beklemmung, Beängstigung, Herzklopfen, überhaupt jede, das Gemeingefühl lebhaft beeinträchtigende Functionsstörung. In dieser Beziehung vermögen kalte Füsse, Ueberladung des Magens, die Erhitzung durch spirituöse Getränke, die Störung durch ungewohnte Geräusche das nämliche Resultat hervorzurufen, wie Gemüthsunruhe und die Ueberreizung des Gehirnes durch geistige Anstrengung oder durch das Spiel einer zügellosen Phantasie.

Durch Entziehung des Schlafes wird Abmagerung begünstigt. Dagegen hat zu viel Schlaf gern eine ungesunde Körperfülle zur Folge, die mit einer gewissen Trägheit aller, aber vorzüglich der geistigen Functionen verbunden ist. Diese Thatsache scheint dafür zu sprechen, dass im letzten Falle die Gehirnsubstanz aus einem nicht gehörig vorbereiteten, zu frühzeitig dem Stoffwechsel wieder verfallenden Materiale gebildet wird. Dadurch würde aber auch die Befähigung dieser Materie, einen für das Seelenleben brauchbaren Apparat darzubieten, beschränkt werden müssen.

(Schluss folgt.)

Ueber das Jod.

Von

Dr. Deutsch in Nicolai.

(Schluss aus No. 52.)

Erste Beobachtung. Ein 18jähriges Mädchen von äusserst gracilem Körperbau, florid-phthisischem Habitus und ihrem Alter nicht entsprechender, zurückgebliebener geschlechtlicher Entwickelung, unregelmässig menstrurt und häufig von katarrhalischen Affectionen mit Husten und stechendem Brustschmerz heimgesucht, litt seit ihrem 14. Lebensjahre an einer mässigen Anschwellung der Schilddrüse. Ihre Eitelkeit veranlasste sie, mehrere Aerzte um Mittel gegen diesen Schönheitsfehler anzugehen und liess sich durch deren Warnungen schwer beschwichtigen. In Folge unmässigen Tanzens zog sie sich eine Pneumonie zu, die zwar temporär bekämpft wurde, jedoch evidente Zeichen beginnender Phthisis zurückliess: Husten, Brustschmerz, blutigeitrige Sputa, verdächtige Febricitationen. Ungeachtet nun das Mädchen unter den Augen einer zärtlichen und dabei strengen Mutter eine sorgfältige, von allen nachtheiligen Einflüssen freigehaltene Lebensweise führen musste, erkrankte sie dennoch unter folgenden Erscheinungen: — Unterbrochen durch häufige und vorübergehende Frostschauer befand sie sich fast beständig, und meist vom Mittag bis nach Mitternacht, in trockener glühender Hitze mit äusserst frequenten, kleinen, zeitweise aussetzenden Pulsen; Eingenommenheit des Kopfes, drückender Schmerz an der Stirn, Schwindel, Ohrensausen und Verdunkelung des Auges; umschriebene Röthe der Wangen; trockene, intensiv rothe Lippen, heftiges Pulsiren der Schläfen- und Halsschlagadern; äusserst kurzes und hastiges Athmen, häufiges und trockenes Hüsteln mit wenig eitrig-blutigem Auswurf, unstäte stechende Brustschmerzen, anhaltende starke Palpitationen des Herzens; — vollständige Anorexie mit einem eigenthümlich hässlich faden Geschmacke im Munde und mit dem Gefühl, als ob eine süsse, warme, Uebelkeit erregende Flüssigkeit aus dem Magen heraufstiege, trockne, intensiv rothe Zunge, schmerzhaftes, dunkelrothes und leicht blutendes Zahnfleisch; ab und zu leicht schneidende Schmerzen im Magen und in den Gedärmen und hierauf gewöhnlich seröse Stuhlausleerungen in geringer Quantität, ausserordentlich grosse Muskularschwäche und ziehende Schmerzen längs des Rückgrats, Schmerzhaftigkeit und Schwerbeweglichkeit der Gelenke der oberen und untern Extremitäten und des Nackens, Zittern der Hände und der Unterkiefer, zuweilen Flechsenspringen und *Nictitatio palpebrarum* waren die hervorstechenden Symptome in den ersten Tagen der Krankheit, die allen ärztlichen Eingriffen widerstehend, in 6 Tagen unter profusen Lungenblutungen, aphthös-brandigem Ueberzug der Mundhöhle und dem vollständigen Gefolge der sogenannten nervösen Erscheinungen zum Tode führte. Auffallend war dabei die ungewöhnliche, fast schreckenerregende Abmagerung, am deutlichsten ausgeprägt im Gesicht, an der Brust und den Extremitäten; die Anschwellung der Thyreoidea war völlig geschwunden. Bei einer zufälligen Untersuchung des Bettzeuges der Verstorbenen fand sich eine Flasche mit Jodtinctur vor und ein Gefäss mit Jodsalbe, deren Inhalt grösstentheils verbraucht war. —

Section: Alles Fett unter der Haut, zwischen den Muskeln und Eingeweiden war bis auf geringe Residua verzehrt, die Muskeln dünn, bleich und mürbe, Schilddrüse, Brustdrüsen, Milz, Nieren und Nebennieren auffallend klein, zusammengefallen, leicht zerreiblich; in der Brusthöhle eine Menge Serum, die Lungen organisch mit dem Rippenfell verwachsen, am grössten Theile ihrer hinteren Fläche schwärzlich, matschig, von brandigem Aussehen, vorn sehr blass, blutleer, auf ihrer Oberfläche und in ihrem Parenchym Geschwüre von mannigfacher Dimension, offene und geschlossene Abscesse; der Unterleib stark aufgetrieben, dünne und dicke Därme subinflammatorisch geröthet, stellenweis brandig; der Magen sehr zusammengezogen, leer, seine innere Haut hier und da excoriirt; die Leber blass und sehr weich.

Bei genauerer Nachforschung wurde ermittelt, dass die Kranke binnen 5 Monaten fast $1\frac{1}{2}$ Unze Jodtinctur und 3 Gefässe mit einer Salbe verbraucht hatte, welche aus 5 Gran Jod und $1\frac{1}{2}$ Drachme Jodkali bestand. — Interessant erschienen mir die im Krankheitsverlaufe sich zeigenden Gelenkschmerzen: — Winn's Beobachtung (*Lond. med. Gaz.* 1842. Juli), dass das Jod Gelenkentzündung erzeuge, scheint dadurch bestätigt zu werden [1]. —

Zweite Beobachtung. Eine 35jährige Frau, kinderlos, hysterisch und ungemein fett, übrigens von kräftiger Constitution und wenig gestörter Gesundheit brauchte gegen die ihr sehr lästig werdende übermässige Fetterzeugung nach Gräfe's Vorgang längere Zeit eine Auflösung von Jod und Jodkali; binnen $\frac{1}{2}$ Jahr mochte sie etwa $\frac{3}{4}$ Unzen Kali und 50 Gran Jod verbraucht haben. Sie erreichte zwar ihren Zweck insofern, als sie kaum auf die Hälfte ihres früheren Volumens zusammenschwand, doch wurden auch die früher starken und vollen Brüste auffallend klein, welk und fast häutig und die früher in geregelter Ordnung und mässiger Quantität erfolgten Regeln traten unregelmässig in Zeit und Maass ein, letzteres zuweilen so bedeutend, dass man es eine Menorrhagie nennen konnte. Hierzu traten häufige Oppressionen der Brust, flüchtige pleuritische Stiche, kurzer, trockener Husten, Herzklopfen, Schwindel und atypische Fieberbewegungen mit sehr frequentem und kleinem Pulse und grosser trockner Hitze; der Appetit lag völlig danieder, die Zunge war dünn schleimig belegt, der Geschmack hässlich pappig, allgemeine Körperschwäche sehr gross, geringe Anstrengung der Muskeln bewirkte starkes und anhaltendes Zittern. — Der Gebrauch des Jod's wurde ausgesetzt und die Kranke einer gemässigten Antiphlogose unterworfen. Nachdem das Fieberhafte in den Krankheitserscheinungen beseitigt worden, erhielt sie durch einige Zeit Eisenmittel, besonders die oxydirt salzsaure Eisentinctur und erholte sich darauf, ohne jedoch ihre frühere Körperfülle wieder zu erlangen und auch ohne wieder in den Besitz ihrer Kräfte zu kommen. — Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass in diesem Falle Coindet's sogenannter Jodismus bereits entwickelt war und dass bei dessen ungehinderter Fortdauer der kachektische Zustand sich leicht hätte ausbilden können. —

Dritte Beobachtung. Eine Wöchnerinn, Primipara, mittelst der Geburtszange von einem sehr starken, bald nach der Geburt gestorbenen Kinde entbunden, erkrankte am 5. Tage des Kindbetts unter den gewöhnlichen Erscheinungen des Milchfiebers. Der Unterleib erschien dabei etwas gespannt und beim Druck ein wenig schmerzhaft, die Genitalien waren sehr heiss, der Muttermund sehr empfindlich und fast ganz geschlossen, Lochienfluss sehr unbedeutend, serös, die Brüste welk und zusammengefallen, ohne Milchabsonderung. — Das äussere Ansehen der Frau war elend: das Auge matt, der Gesichtsausdruck traurig, — die Körperschwäche sehr gross, durch ab und zu sich einstellende profuse Schweisse noch vermehrt; — der Appetit ganz und gar daniederliegend, Stuhlausleerungen nicht häufig, aber wässrig und sehr schwächend. Der innerliche Gebrauch des *Natri nitr.* und die äussere Anwendung erweichender Kataplasmen auf den Unterleib, Einreibung von Quecksilbersalbe und schleimige Einspritzungen in die Scheide brachten einige Besserung zuwege: das Fieber wurde mässiger und typischer, die Empfindlichkeit des Unterleibs und der innern Geschlechtstheile verlor sich, die profusen Schweisse und diarrhoischen Stühle wichen, es fanden sich etwas stärkere und mehr gefärbte Lochien, die Kranke fühlte sich ein wenig stärker, munter und äusserte zuweilen einige Esslust. Doch klagte sie über einen anhaltenden dumpfen Schmerz im linken Hüftgelenk, der durch Bewegung und Druck heftiger wurde und alsdann sich an der hinteren Seite des Oberschenkels bis in die Kniebenge ausdehnte. Ammoniakliniment mit Quecksilbersalbe und 16 Blutegel bewirkten einigen Nachlass des Schmerzes, doch konnte die Kranke die leidende Extremität nur mit Mühe bewegen und beim Druck zeigte sich der Schmerz unverändert; — das Glied wurde zuletzt völlig unbeweglich. Auch ihr allgemeiner körperlicher Zustand verschlimmerte sich wieder, abendliche Febricitationen mit starker Hitze, brennend rothen Wangen und schmelzenden Schweissen, Mangel aller Esslust, trockener und anstrengender Husten, wässrige Stühle, jumentöser Urin, sparsame, aber sehr übelriechende und missfarbige Lochien. Bei der Untersuchung des Hüftgelenks fand es sich, dass der grosse Rollhügel höher und mehr nach hinten stand, als gewöhnlich, dass mässige Geschwulst daselbst vorhanden und die Extremität etwa um $\frac{3}{4}$ Zoll verkürzt war; Druck, vorzüglich auf die Gesässmuskeln vermehrte den Schmerz. Die Kranke hielt den Oberschenkel immer etwas gegen den Leib gezogen, das Ausstrecken bewirkte sie nur mit lebhaftem Schmerz und war ganz unfähig mit dem linken Fusse aufzutreten. — Sie erhielt nun zum innern Gebrauch Chinin mit Phosphorsäure, Einspritzungen von einem schwachen Chinadecoct mit etwas *Calcar. chlorin.* in die Geburtstheile, und das leidende Hüftgelenk wurde täglich 2 Mal mit Jodtinctur bestrichen und hierauf mit Wachstaffet bedeckt; die bepinselte Fläche betrug ungefähr 9 Quadratzoll. Es trat hierauf die bekannte Hautabschuppung ein und in der nächsten Umgebung der eingeriebenen Stelle erzeugten sich viele kleine und schmerzhafte Furunkel; — am 6. Tage aber excoriirte sich die bestrichene Haut an einzelnen Stellen und es kamen mehrere flache, seichte und unregelmässig figurirte Geschwüre zum Vorschein, welche eine geringe Quantität bräunlicher Lymphe absonderten. Die geschwürigen Stellen wurden nun von der Bepinselung ausgeschlossen und heilten in 3 Tagen wieder, doch erschienen inzwischen wieder andre Geschwüre. Das angewendete innere Verfahren hatte den günstigsten Einfluss auf das Gesammtbefinden der Patientin: sie wurde fieberfrei, ihr Aussehen besserte sich, Schweisse und Diarrhöen blieben aus, die Lochien nahmen eine bessere Qualität an, die Schwäche war nicht mehr so bedeutend. Das Hüftgelenk schmerzte auch bei stärkerem

[1] Dieser Schluss dürfte doch wohl etwas gewagt sein, da Gelenkschmerzen, wie Verf. sie erwähnt, keine zu seltene Erscheinung in den letzten Stadien der Phthisis sind. G.

Drucke nicht so sehr als früher, die Versuche es zu bewegen erregten indess immer noch schmerzhafte Empfindungen, eine gewisse Unbehaglichkeit und das Gefühl der Schwere und Unbeweglichkeit waren noch vorhanden. Das Bestreichen mit Jodtinctur wurde regelmässig fortgesetzt und nur an den Stellen, wo sich Geschwüre bildeten, zeitweise unterbrochen. Die Kranke genas binnen 5 Wochen, erlangte die Beweglichkeit des Hüftgelenks vollkommen wieder und hat von ihrer Krankheit keine Spuren zurückbehalten, als eine sehr unbedeutende Verkürzung des afficirt gewesenen Gliedes.

Vierte Beobachtung. Eine sehr junge und schwächliche Frau, die in äusserst dürftigen Verhältnissen lebte, war am 3. Tage nach ihrer schweren und mit sehr bedeutendem Blutverluste verbunden gewesenen Niederkunft einer nothwendigen Arbeit wegen gezwungen, das Bett zu verlassen. Die körperliche Anstrengung und überdies eine heftige Gemüthsbewegung zogen ihr plötzlichen starken und anhaltenden Frost, darauf Hitze und heftige, reissende und stechende Schmerzen am hinteren und unteren Theile der rechten Seite des Gesässes zu. Die auf dem Lande lebende Kranke, zu unbemittelt um ärztliche Hilfe zu suchen, brachte nun 5 Wochen im Bette zu, unfähig sich zu bewegen, fortwährend von Schmerzen gequält und aller häuslichen Pflege vollständig entbehrend. Als mich ein Zufall zu ihr führte, fand ich sie der Hektik mit dem ganzen Gefolge ihrer Erscheinungen vollständig verfallen, der rechte Fuss ödematös geschwollen, bei Berührung schmerzhaft, jede Bewegung unmöglich; an der rechten Hinterbacke ragte eine starke Erhöhung (der grosse Rollhügel) hervor und die Extremität war um $2\frac{1}{2}$ Zoll verkürzt, der Fuss nach auswärts gedreht. — Fast ohne Hoffnung, noch ein Resultat zu erzielen, verordnete ich der Kranken sowie der in der vorigen Nummer genannten, innerlich Chinin und Phosphorsäure und äusserlich die Jodtinctur in der angegebenen Weise. Wenn nun auch ihre Pflege auf meine Veranlassung einigermassen besser wurde, so liess sie dennoch noch sehr viel zu wünschen übrig. Die innere Arznei wurde gewiss nur sehr unregelmässig gebraucht, die äussere aber, wie ich glauben darf, gewissenhaft angewendet. Der Erfolg war nach 7 Wochen ein über alle Erwartung günstiger: der allgemeine Krankheitszustand war völlig beseitigt und die junge Frau wieder im Stande, leichte Arbeiten zu verrichten; das örtliche Leiden aber dahin gediehen, dass der Schmerz geschwunden, die Beweglichkeit fast ganz wieder hergestellt und der Gebrauch der etwas verkürzten Extremität zwar nicht so ungehindert als bei Gesunden, aber doch für mässige Anstrengungen möglich war. —

Fünfte Beobachtung. Ein 17jähriger, sehr schlecht genährter Knabe hatte nach einer Krankheit, die der Beschreibung zufolge Pneumonie gewesen zu sein scheint, einen Abscess zwischen der 5. und 6. Rippe rechterseits und einen zweiten etwas höher am Brustbein bekommen; die Abscesse öffneten sich mittelst erweichender Cataplasmen, die der Kranke sich längere Zeit hindurch auflegte und entleerten eine bedeutende Quantität mit blutigen Streifen gemischten Eiters. Die Oeffnungen schlossen sich zwar später zuweilen, doch litt der Kranke alsdann an bedeutender Dyspnöe und quälendem Husten und wurde hiervon nicht früher befreit, als bis die Oeffnungen für den Eiterabfluss wieder wegsam geworden. Später fand sich ein dritter Abscess unterhalb des rechten Schulterblattes, der auf dieselbe Weise verlief und dessen Oeffnung anhaltenden Eitererguss zur Folge hatte. Bei der Besichtigung fand es sich, dass die Oeffnungen ungefähr die Weite eines Rabenkiels hatten und die Sonde drang ungehindert tief in die Brusthöhle ein; bei jeder Inspiration quoll eine ansehnliche Menge dünnflüssigen gelblichen, mit Luftblasen gemischten Eiters aus. Die Oeffnung zwischen der 5. und 6. Rippe war nach allen Richtungen unterminirt, die umgebende Haut missfarbig und an einer Stelle, grade über der Krümmung der 6. Rippe konnte man die Sonde 5 Zoll weit einführen und dabei den Knochen rauh und höckerig fühlen. Diese Stelle wurde durch einen Längsschnitt getheilt und die Haut nach oben und unten abpräparirt; das hierauf zum Vorschein kommende Rippenstück war über und über erodirt, blassbräunlich und stellenweise fast durchscheinend. — Ich beschloss den Kranken einer Jodkur zu unterwerfen, vertagte aber die innere Anwendung des Mittels, bis durch entsprechende Arzneimittel und Ernährung seine durch den anhaltenden Substanzverlust herabgekommenen Körperkräfte wieder etwas gehoben sein würden; — äusserlich liess ich die Jodtinctur auf 3 Zoll im Umkreise der Abscessöffnungen einpinseln. — China, nahrhafte Kost und die gute Pflege des Lazareths hatten nach mehreren Wochen den Kranken soweit gebracht, dass sein Aussehen und seine Kräfte wesentlich gebessert erschienen; er war überdies frei von bedenklichen allgemeinen Symptomen, insbesondere von Fieber; seine Digestionsfunctionen liessen nichts zu wünschen übrig; — ich hielt es also an der Zeit, auch innerlich zum Jod überzugehen und verordnete dies Anfangs zu 1 Gran Jod und 12 Gran Jodkali in 6 Unzen destill. Wassers täglich früh und Abends 1 Esslöffel voll; hierauf $1\frac{1}{2}$ Gran Jod und 18 Gran Kali und so in steigender Gabe bis zu 3 Gran Jod und 36 Gran Kali; — bei dieser Quantität wurde stehen geblieben und 36 Tage damit fortgefahren. Die Jodbepinselungen nahmen inzwischen ihren regelmässigen Gang fort. Die nekrotische Rippe wurde mit einer Salbe aus Terpenthin und Myrrhe verbunden. Das Schliessen der Abscessöffnungen verhinderte ich durch Wiecken. Der durch diese Behandlung erreichte Erfolg war höchst befriedigend. Obwohl bald in den ersten Tagen sich ein vierter Abscess, ebenfalls unterhalb des rechten Schulterblattes und nahe dem dritten öffnete, zeigte sich doch bereits in der fünften Woche der Behandlung eine bemerkenswerthe Abnahme der Eiterabsonderung, und der Eiter hatte weit mehr Consistenz; die Oeffnungen zeigten fortdauernd Neigung, sich zu schliessen und wurden nur mit Mühe durch die Bourdonnets offengehalten. Nachdem in der siebenten Woche die Eiterabsonderung auf ein Minimum reducirt war und der Kranke in ganz erwünschtem Wohlbefinden verharrte, liess ich nicht ferner Wiecken einlegen und die Oeffnungen waren binnen 24 Stunden vollständig geschlossen, binnen 14 Tagen vernarbt. Die innere und äussere Anwendung des Jod wurde noch einige Zeit fortgesetzt, erstere in allgemach verringerter Dosis, letztere in alle 2 bis 3 Tage wiederholten Bepinselungen mit der Tinctur. Der Kranke wurde, nachdem er 35 Gran Jod und 430 Gran *Kali hydrojodic.* verbraucht und ungefähr 3 Unzen Tinctur eingestrichen hatte, nach 14wöchentlichem Aufenthalte in der Krankenanstalt geheilt entlassen und bestätigt so die interessanten Beobachtungen von J. Hope (*Med. chir. Review* 1841) und von Stokes (ibid.) über die Wirksamkeit eines nicht operativen Verfahrens bei Empyem.

Sechste Beobachtung. Ein 15jähriger, für sein Alter ungewöhnlich stark entwickelter Knabe hatte von seiner frühesten Kindheit an verschiedenen Hautausschlägen, Ophthalmien und Halsdrüsenanschwellungen gelitten. Seine Nasenschleimhaut war beständig stark aufgelockert und geschwürig, und er fühlte sich nie frei von Stockschnupfen. In seinem zwölften Lebensjahre hatte er an beiden Unterschenkeln grosse Furunkeln bekommen, die in Eiterung übergegangen und geöffnet Geschwüre von beträchtlichem Umfang und starker, schlechter Secretion zurückliessen. Durch den Mangel aller Pflege und Kunsthülfe entstanden Eitersenkungen und Fistelgänge und fast die ganze Oberfläche der Unterschenkel verwandelte sich in eine exulcerirte Fläche, auf welcher die nekrotische Tibia und die grossentheils zerstörte Fascia, aber nur unbedeutende Hautinselchen sichtbar waren. 5 Oeffnungen, durch welche die Sonde in verschiedenen Richtungen tief eindringen konnte, ergossen bei gelindem Druck grosse Massen dünnen, jauchigen, höchst übelriechenden Eiters; Knochensplitter, oft von nicht unansehnlicher Grösse, lösten sich oft ab. — Ungeachtet der schon seit Jahren andauernden beträchtlichen Eiterung schien der Kranke sich noch in leidlichem Kräftezustand zu befinden und konnte von den kranken Gliedern noch Gebrauch machen. Ich nahm daher keinen Anstand, ihn einer inneren und äusseren Jodbehandlung zu unterwerfen und verordnete nach Lugol's Vorschrift eine Auflösung von $\frac{1}{2}$ Gran Jod und 8 Gran Jodkali auf 6 Unzen Wasser, täglich 6 Esslöffel voll davon zu nehmen; allmälig ging ich zu einer Auflösung über, die $1\frac{1}{2}$ Gran Jod und 24 Gran Kali enthielt und blieb bei dieser Dosis bis zur Beendigung der Kur stehen. Die exulcerirten Schenkel wurden mit einer Auflösung von $\frac{1}{2}$ Drachme Jodkali in 1 Maass Wasser beständig fomentirt, die Fisteln aber 2mal des Tages mit einer Auflösung von 2 Gran Jod und 32 Gran Kali in 1 Pfd. Wasser ausgespritzt, die später auf 4 Gran Jod und 64 Kali verstärkt wurde. — Umschläge und Einspritzungen vertrug der Kranke sehr gut, und schon in den ersten 14 Tagen hatte die exulcerirte Fläche ein reineres Ansehen, die Absonderung eine gutartigere Qualität gewonnen und aus den inneren Eiterdepots wurde gleichfalls weniger und besserer Eiter ausgeschieden. In der dritten Woche begannen um die wenigen Hautinseln sich Granulationen anzusetzen und gegen das Ende der sechsten Woche hatten dieselben sich fast über die ganze von Haut entblösste Fläche ausgedehnt; die Fistelgeschwüre hatten sich offenbar bedeutend verkleinert. Die Umschläge mittelst der Jodauflösung wurden nun ausgesetzt und die Schenkel nur mit nassen und kalten Tüchern bedeckt gehalten. 4 Fisteln waren in der achten Woche geschlossen, die fünfte liess immer noch die Sonde 3 Zoll weit eindringen; sie befand sich in der Mitte der Wade und drang durch die Fascia und an derselben hin nach unten. Ich hielt es für angemessen, die freiwillige Schliessung derselben nicht abzuwarten und spaltete sie; — die Wunde wurde mit der Jod-Solution fleissig fomentirt und war binnen 10 Tagen vollkommen geheilt. Der Kranke verliess das Lazareth 10 Wochen nach seiner Aufnahme gesund und blühenden Aussehens. Eine blassröthliche, für niedrige Temperatur noch sehr empfindliche, sonst aber nicht schmerzhafte Haut überzog die Unterschenkel. Von Narbenbildung fast keine Spur, nur an der Stelle der Fistelöffnungen befanden sich erbsengrosse knotige Narben.

Siebente Beobachtung. Eine Frau, die seit ihrer Kindheit vielerlei skrophulöse Affectionen durchgemacht hatte, erkrankte am Ty-

phus. Im Verlauf desselben entwickelte sich eine starke Parotisgeschwulst hinter dem linken Ohre. Diese widerstand allen Versuchen, sie zu zertheilen, abscedirte und entleerte eine ungeheure Menge Eiter. Der Abscess schloss sich nicht, die Drüse blieb immer noch verhärtet und es stellte sich eine Entzündung der Unterkieferdrüse ein, die denselben Verlauf nahm und ebenfalls ein Geschwür mit verhärteter Umgebung zurückliess. Um den Nacken bildete sich ein Kranz von taubeneigrossen, steinharten und schmerzhaften, unbeweglichen Drüsen, von denen mehrere in Eiterung übergingen und sich in fistulöse Geschwüre umwandelten. Der Eiter bahnte sich einen Weg unter der Halshaut und sammelte sich unterhalb des Schlüsselbeins; — die solchergestalt entstandene Eitersenkung durchbohrte an mehreren Stellen die Haut und verursachte 5 Oeffnungen an der Brust, die mit den Halsgeschwüren communicirten. Auch die Haut des Halses wurde an mehreren Stellen vom Eiter durchstossen, die Geschwüre dehnten sich aus, flossen zusammen und, als mir die Kranke vorgestellt wurde, war ein grosser Theil der Haut der linken Halsseite mit dem darunter liegenden Platysmamyoides verzehrt, der Kopfnicker zu Tage liegend, die übriggebliebene Haut schmutzig roth, welk, kleiig; ebenso war durch das Zusammentreten mehrerer Geschwüre eine Stelle des Brustbeins von Haut entblösst und der nekrotisch erscheinende Knochen blossgelegt. Die Kranke litt beständig heftige Schmerzen, konnte den Kopf nicht bewegen und musste ihn stets nach der kranken Seite hingebeugt halten; sie fühlte durch die unaufhörliche und beträchtliche Absonderung ihre Kräfte sinken und sah sehr elend aus. — 2 Hauptfistelgänge, von der Parotis und Submaxillardrüse ausgehend und etwa 1 Zoll über dem Schlüsselbein communicirend, wurden gespalten; die übrigen mit einer Jodlösung, wie bei Beobachtung 6., ausgespritzt, alle Hautreste mit Jodtinctur 2mal des Tages bepinselt und die verhärteten Speichel- und Halsdrüsen mit einem Pflaster aus Jodkali, Quecksilber und *Extr. Cicutae* bedeckt, zum inneren Gebrauche Jod und Jodkali in derselben Art wie bei Beobachtung 6. gegeben. Später hier und da sich bildende Eitersenkungen wurden immer sofort durch das Messer geöffnet. Ungeachtet nun die Fistelgänge sich nach vier Wochen geschlossen hatten und die Geschwüre am Brustbein und an der Seite des Halses fast ganz geheilt waren, dauerte die Eiterung aus den exulcerirten Drüsen noch hartnäckig fort und hörte erst dann auf, als die Verhärtungen vollständig geschmolzen waren; dies dauerte aber fast noch 8 Wochen. Erst dann war die Heilung vollständig und die Krankheit hat nichts zurückgelassen, als eine höchst unbedeutende schiefe Stellung des Kopfes.

Achte Beobachtung. Gegen einen schon sehr alten, etwa faustgrossen und steinharten Kropf hatte eine alte Frau in einer Anwandlung von Eitelkeit auf Anrathen ihrer Freundinnen sogenannten Calixtea-Stein (ein Kupferpräparat) als mildes Aetzmittel längere Zeit hindurch angewendet. Die Drüse gerieth hierdurch in Exulceration, entzündete sich und ging in Eiterung über. Der Eiter senkte sich nach unten und durchbohrte mit mehreren Oeffnungen die Haut über dem Brustbein. Die Exulceration der Drüse dehnte sich über den vorderen Theil des Halses bis zum Brustbein aus und nahm eine Fläche von 5 Quadratzoll ein, auf der man Muskeln, Trachea, den unteren Theil des Schildknorpels und Fetzen der vereiterten Schilddrüse bemerkte. Die Secretion des Eiters war ausserordentlich bedeutend und erfolgte theils aus der Geschwürfläche, theils aus der Fistelöffnung an der Brust. Der mit dem Geschwüre communicirende Fistelgang wurde gespalten, die Abscesshöhle oft mit einer Mischung von $\frac{1}{2}$ Unze Jodtinctur auf 1 Quart Wasser ausgespritzt, die exulcerirten Flächen mit einer gleichen, aber um das Dreifache verdünnten Mischung fomentirt und die verhärteten Reste der Schilddrüse mit Jodtinctur bepinselt, innerlich aber nichts angewendet. Dieses Verfahren hatte einen so überraschend guten Erfolg, dass binnen 3 Wochen der grösste Theil der verzehrten Haut durch gesunde Granulationen sich wieder ersetzt, der Fistelgang nach der Brust sich geschlossen und die geschwürige Abscesshöhle auf ein Minimum sich zusammengezogen hatte; die Eiterung war nunmehr gering, die Schilddrüse nicht mehr verhärtet und die Kranke hatte zwar mit Schmerzen und Unannehmlichkeiten, dennoch aber zuletzt noch glücklich genug ihre Absicht erreicht und sich von ihrem Kropfe befreit. —

Neunte Beobachtung. Ein 30 Jahr alter Schuhmacher von schwammigem Habitus, dicker Nase und Oberlippe, bekam auf der rechten Seite der Nase mehrere sehr schmerzhafte, kleine Furunkel, die in exulcerative Eiterung übergegangen, rasch den grössten Theil der Haut, der Nase und Oberlippe verzehrten, alsdann auf den Knorpel des Nasenflügels und der Scheidewand übergingen und diese Partien so vollständig zerstörten, dass nur eine weiche, gallertartige, bei der leisesten Berührung sich ablösende Masse zurückblieb, die gewissermassen die Form der Nase noch repräsentirte; auch der linke Nasenflügel wurde angegriffen und auf der rechten, weniger auf der linken Seite des Gesichts und der Oberlippe entwickelten sich ähnliche Furunkel, die sich in zusammenfliessende Geschwüre verwandelnd, rasch grosse exulcerirte Flächen hervorbrachten. — Eine syphilitische Grundlage liess sich ungeachtet sorgfältiger Nachforschung nicht ermitteln; Spirituosa genoss der Kranke nur sehr mässig, für einen Schnapstrinker konnte er in keinem Fall gelten; — in seinem Aussehen und in seiner und seiner Eltern Lebensgeschichte sprach Vieles für Skrofulose. — Der Kranke erhielt zum innern Gebrauche Jodpillen, enthaltend in einem Stück ein 32tel Gran Jod und 2 Gran Jodkali mit *Extr. Dulcamar.*, von denen er in den ersten 6 Tagen früh und Abends eine, in den folgenden 6 Tagen je 2, hierauf durch 6 Tage je 3 und endlich je 4 2 Mal des Tages nahm, alsdann wurde durch fernere 18 Tage die Dosis in demselben Verhältniss wieder verringert; verbraucht wurden demgemäss durch 42 Tage 9 Gran Jod und 72 Gran Jodkali. Die Nase wurde mit Charpiebäuschen bedeckt, die mit Jodtinctur befeuchtet waren, die Geschwüre der Wangen und Oberlippe mit Jodsalbe verbunden. Letztere waren am 16. Tage der Kur geheilt; die Zerstörung an der Nase aber machte keine weitere Fortschritte, die bereits zerstörten Partien stiessen sich ab und hinterliessen eine gutartige eiternde Demarcationslinie, die unterhalb des Nasenbeins beginnend, schräg abwärts nach dem linken Nasenflügel, ungefähr 2 Linien von der Spitze entfernt verlief; ein ansehnlicher Theil der Scheidewand fehlte. Die sich bildenden Granulationen stellten eine Art von häutiger Bekleidung der entblössten Stellen her und ersetzten so einigermassen den bedeutenden Defect.

Zehnte Beobachtung. Ein Knabe, 13 Jahr alt, in seiner körperlichen Entwickelung sehr zurückgeblieben, in einem unförmlich verschobenen Kopf und verkrümmten Extremitäten die Spuren der Rhachitis noch an sich tragend, bekam eine starke gleichmässig cylindrische schmerzlose Anschwellung des rechten Kniegelenks. Das Uebel blieb lange unbeachtet, bis durch einen heftigen Stoss das Gelenk sich entzündete. Der hinzugerufene Wundarzt beseitigte die Entzündung durch Blutegel und Quecksilbersalbe, und da demungeachtet eine fluctuirende Geschwulst zurückblieb, öffnete er dieselbe durch einen grossen Schnitt an der äussern Seite des Gelenks und zugleich die Gelenkhöhle. Es floss eine Menge eitrig-seröser Flüssigkeit aus, die Geschwulst blieb unverändert, die Oeffnung widerstand allen Versuchen sie zu schliessen und sonderte fortwährend sehr stark ab. Auch an der innern und hinteren Seite des Gelenks bildeten sich Oeffnungen und sehr bald wuchsen aus ihnen und aus der Schnittwunde dunkelrothe, fleischartige, blumenkohlähnliche und leicht blutende Excrescenzen hervor. Die Secretion von jauchigem Serum dauerte bald stärker, bald schwächer fort und es sonderten sich Knochensplitter, zuweilen kleine Partikel spongiöser Knochensubstanz ab. Der Unterschenkel schwoll ödematös an, das Glied war völlig unbrauchbar und hektisches Fieber drohte dem Leben bald ein Ende zu machen. Der Entschluss zur Amputation war gefasst; man wartete nur, bis der körperliche Zustand des Kranken die bedenkliche Operation gestatten würde. Während nun derselbe zu diesem Behufe mit einer entsprechenden Diät, China und Säuren behandelt wurde, bestrich man das kranke Gelenk mit Jodtinctur und spritzte dieselbe (1 Theil auf 20 Theile Wasser) in die Gelenkhöhle ein. Hierauf zeigten sich keine fungösen Auswüchse mehr und das Secret bekam eine evident gutartigere Qualität, die Geschwulst wurde schwächer und das Gelenk nahm eine mehr natürliche Gestalt an. Sobald das Gesammtbefinden des Kranken sich gebessert hatte, erhielt er auch innerlich das Jod zu gr. j und *Kali hydrojodic.* gr. xij auf 6 Unzen Wasser, täglich 4 Esslöffel voll und brauchte diese Mixtur 8 Wochen lang. Die örtliche Behandlung des Gelenks blieb die obengenannte. Die Oeffnungen verschlossen sich hierauf, neue Eiteransammlungen traten nicht ein und das Gelenk verwuchs ankylotisch, eine unbedeutende Krümmung zurücklassend, so dass der Knabe mit der Fussspitze den Boden noch berühren und, unterstützt durch einen Stock, ganz gut gehen konnte. —

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Bericht über die Cholera-Heilanstalt in Berlin im Jahre 1850.

Von

Dr. R. Leubuscher,
dirigirendem Arzte.

Die Anstalt wurde am 6. August eröffnet; die Wirksamkeit des Unterzeichneten begann am 12. August. Es war dasselbe Gebäude, welches schon in der vorjährigen Epidemie der Heilanstalt No. IV. ge-

dient hatte, früher zur Aufnahme von Hospitaliten bestimmt, an der Waisenbrücke, am Ende der Wallstrasse. Der Anblick des Gebäudes ist von Aussen dunkel, doch sind die inneren Räume hell und weit genug, um eine viel grössere Zahl von Kranken mit Bequemlichkeit aufnehmen zu können, als wir während der Dauer der diesjährigen Epidemie erreicht haben, und da das ganze Hauptgebäude zur Disposition für Cholerakranke gegeben war, so konnten wir auch leicht die für Reconvalescenten nothwendige Sonderung vornehmen. Als Assistenten fungirten die DD. **Stich** und **Suchaneck**. Die Zahl der von der Eröffnung bis zur Schliessung aufgenommenen Kranken (vom 6. Aug. bis 8. Nov.) betrug 279 Personen,

und zwar Cholerakranke . . .	265
an anderen Krankheiten leidend .	6

Unter diesen waren 2 Betrunkene, die auf der Strasse aufgegriffen wurden, 1 Ruhr, 1 Lebercirrhose mit colliquativen Diarrhöen, 1 Intermittens (ein Kranker, der während des Frostparoxysmus der Anstalt zugeführt wurde) und 1 Kind, dessen kranke Mutter in die Anstalt gebracht wurde.

Todt eingebracht wurden . . .	8
Sterbend eingebracht	11
Somit blieben zur Behandlung . .	254

Wie früher, bezeichneten wir auch diesmal diejenigen, welche innerhalb der ersten zwei Stunden starben, als sterbend eingebracht, da solche Kranke füglich nicht mehr als Objecte der Behandlung betrachtet werden können, und von vornherein die eingeleitete Behandlung sich als nutzlos erweisen musste.

Unter den Kranken waren:

Männer	139		
Knaben bis 14 Jahr	12		
	151		
Weiber	114		
Mädchen bis 14 Jahr . . .	14		
	128		
	279		

Es starben:

Männer	75	+ 2 nicht Cholerakranken
Knaben	5	
Weiber	59	
Mädchen	5	
	146	

Todt eingebracht:

Männer	4
Knaben	1
Weiber	3
	8
	154

Genesen sind:

Männer	54	+ 4 nicht Cholerakranken
Knaben	6	
Weiber	52	
Mädchen	9	
	125	
	279	

Von den zur Behandlung bleibenden 254 ist somit das Verhältniss

der Genesenen	47,5 pCt.
der Gestorbenen	52,5 pCt.

In Berlin überhaupt sind vom 6. Aug. bis zum 9. Nov. gemeldet 1185 Erkrankungen, davon

gestorben . .	711	und
genesen . . .	474	

Das Verhältniss der Genesenen zur Gesammtzahl beträgt für die Stadt 40 pCt., das der Gestorbenen 60 pCt., und nach Abzug der im Spital aufgenommenen 273 (265 + 8 todt eingebrachten) Cholerakranken ist das Verhältniss der Heilungen nur 38 pCt., das der Todesfälle 62 pCt. Somit bestätigt sich auch in dieser Epidemie die in allen früheren Epidemien gemachte Erfahrung, dass die Pflege des Hospitals bei weitem die übrigen Nachtheile des Transports, der Trennung von den Angehörigen etc. aufwiegt.

Die Dauer der Krankheit ergiebt in Bezug auf die Todesfälle folgende Uebersicht:

Gestorben sind:

Todt eingebracht	8	
Sterbend eingebracht	11	
Am 1. Tage starben:		
binnen 4 Stunden. . .	2	
„ 6 „ . . .	9	
Latus . . .	19	
Transport	19	
binnen 8 Stunden . .	11	
„ 10 „ . .	10	
„ 12 „ . .	4	
„ 16 „ . .	1	
„ 20 „ . .	1	
	38	
Am 2. Tage starben	42	
3. „ „	6	
4. „ „	12	
5. „ „	4	
6. „ „	9	
7. „ „	4	
8. „ „	5	
9. „ „	4	
10. „ „	3	
12. „ „	1	
13. „ „	1	
14. „ „	1	
16. „ „	2	(davon 1 an Lebercirrhose)
19. „ „	1	(an Dysenterie)
21. „ „	1	
25. „ „	1	
	154	

Die grösste Häufigkeit der Todesfälle findet sich also am 2. Tage; am 1. Tage fällt sie in den Zeitraum zwischen 8—12 Stunden. Der rapide Verlauf der Krankheit ist auch ein Zeichen für die grosse Intensität derselben, aber man ersieht zugleich daraus, dass es der ärztlichen Einwirkung gelingt, den Krankheitsverlauf wenigstens hinzuhalten; so hat bei uns namentlich die Anwendung der Bäder, auch in den verzweifeltsten Fällen, fast jedes Mal eine Spur von Reaction hervorgebracht.

Eine Uebersicht über die Dauer des Aufenthaltes der Kranken im Hospitale kann nach meiner Ansicht keinen Anhaltspunkt für die wirkliche Dauer der Krankheit geben. Während der Höhe der Epidemie drängt sich die Nothwendigkeit der schnellen Entlassung von selbst in den Vordergrund, während später andere Rücksichten, wie eine mangelhafte häusliche Pflege, die Nöthigung, bald nach der Entlassung wieder in eine anstrengende Beschäftigung eintreten zu müssen etc., uns zu einem längeren Zurückbehalten der Kranken veranlassen mussten.

Nach ihren Berufsarten zerfielen die Kranken in:

Schiffer	13
Kutscher und Knechte	11
Arbeitsleute	25
Brauer	2
Barbiere	2
Schneider	7
Schuhmacher	8
Eisenarbeiter (Schmiede und Schlosser) .	10
Bäcker	6
Tischler	4
Verschiedene Gewerke (nur in einzelnen Nummern eingeliefert)	22
Lehrburschen	6
Krankenwärter	5
Diener	4
Constabler und Zollaufseher	3
Höhere Stände	11
Arrestaten	10
Hospitaliten	6
Almosenempfänger	2
Dienstmädchen	44
Handarbeiterinnen	14
Verheirathete Frauen	19
Wittwen	23
Kinder	20
	279

Vorwaltend sind es also die niederen und dienenden Klassen, welche, wie immer, ihre Aufnahme im Spitale suchen, doch beginnt auch in den höheren Ständen das Vorurtheil vor einem Hospital etwas zu schwinden. Einen Schluss auf die grössere oder geringere Disposition einzelner Berufsarten machen zu wollen, dazu ist die Gesammtzahl der Kranken natürlich zu unbedeutend; es muss sich aber bei einer Vergleichung aller drei auf einander folgenden Epidemien ein solches Resultat von der Centralbehörde wohl feststellen lassen. Es ist z. B. wiederholt eine besondere Immunität der Cigarrenarbeiter, der Gerber behauptet worden.

Sehr günstig war für unser Spital und die Ergebnisse seiner Be-

handlung die verhältnissmässig geringe Zahl von Hospitaliten und Arrestaten. 1848 wurden dem Hospital No. III., an dem ich damals unter Schütz als Assistent fungirte, 50 Kranke aus dem Arbeitshause zugeführt, lauter elende und schlecht genährte Individuen, von denen nur 17 genasen.

Da in diesem Jahre unser Spital das einzige für Berlin war und ziemlich gleichzeitig mit dem Ausbruch der Epidemie in der Stadt eröffnet wurde, so standen die Aufnahmen und die Zahl der Todesfälle im Spital ziemlich in gleichem Verhältniss mit der Intensität der Epidemie überhaupt.

Es wurden aufgenommen in der Woche:			Es starben:
vom 6. Aug. bis 10. Aug.	4		4
11. „ „ 17. „	9		5
18. „ „ 24. „	57	(+ 2 nicht Cholerakr.)	17
25. „ „ 31. „	42	(+ 1 nicht Cholerakr.)	27
1. Sept. „ 7. Sept.	41		23
8. „ „ 14. „	29	(+ 1 nicht Cholerakr.)	18
15. „ „ 21. „	24		15
22. „ „ 28. „	23		12
29. „ „ 5. Oct.	17		16
6. Oct. „ 12. „	16		7
13. „ „ 19. „	7		7
20. „ „ 26. „	3	(+ 1 nicht Cholerakr.)	—
27. „ „ 2. Nov.	1	(nicht Cholerakr.)	1
3. Nov. „ 9. „	1		1
10. „ „ 16. „	—		—
17. „	—		1
	279		154

Die ersten 9 Fälle waren sämmtlich tödtlich. Das günstigste Verhältniss giebt die dritte Woche des August, welche bei der grössten Zahl von Aufnahmen doch die verhältnissmässig geringste Zahl von Todesfällen hat; das ungünstigste die erste Woche des October; auch in der dritten waren zwar wenige, aber sehr intensive, rapid tödtlich endende Fälle. Dies war das letzte Aufflackern der Epidemie. Es liess sich auch diesmal, was ich schon früher beobachtet und ausgesprochen, nicht verkennen, wie die Fälle sowohl in ihrer Intensität, wie in ihrem ganzen Verlaufe, in ihrer Neigung zu schneller Genesung, zu Nachkrankheiten, zum vorwaltenden Ergriffensein des Nervensystems etc. einen gewissen übereinstimmenden Typus zeigten, so dass sich auch während der allgemeinen Herrschaft der epidemischen Constitution noch besondere Modificationen herausstellten. Wovon diese Erscheinung abhängig sei, vermag ich nicht anzugeben; ein Einfluss der Witterung liess sich weder diesmal noch früher nachweisen.

Die Verhältnisse des Alters ergeben folgende Uebersicht:

Jahre.	Männlich.	Weiblich.	Summe.	Genesen.	Gestorben.	Procente der Gestorbenen.
Unter 1	1	—	1	1	—	0 pCt.
Von 3 — 4	1	1	2	1	1	50 pCt.
4 — 5	1	—	1	1	—	0 pCt.
5 — 6	—	4	4	2	2	50 pCt.
6—10	4	2	6	2	4	66 pCt.
11—14	4	5	9	6	3	33 pCt.
15—20	14	19	33	24	9	27 pCt.
21—30	47	36	83	44	39	47 pCt.
31—40	27	23	50	22	28	51 pCt.
41—50	25	17	42	13	29	52 pCt.
51—60	8	4	12	1	11	91 pCt.
61—70	7	9	16	3	13	81 pCt.
71—80	2	3	5	1	4	80 pCt.
81	1	—	1	—	1	100 pCt.
	142	123	265	121	144	52 pCt.

Nosologisches.

Wir haben von Anfang der Epidemie an unsere Aufmerksamkeit auf die Entstehung der Krankheit gerichtet, obwohl sehr zu berücksichtigen ist, dass bei einer so acuten Krankheit die anamnestischen Momente nur unvollständig und ungenau überliefert werden und constatirt werden können. Im Anfange der Epidemie liess sich häufig eine Communication mit Cholerakranken vor der Erkrankung nachweisen, entschiedener jedoch zeigte sich dies Verhältniss gegen das Ende der Epidemie, wo die Fälle sparsam und zerstreut vorkamen, in der mittleren Zeit war nur in selteneren Fällen ein bestimmter Zusammenhang mit schon vorhandenen Kranken herauszubringen. Diese Beobachtung kann so verwerthet werden, dass man sagt, das Contagium der Cholera entwickele sich erst bei längerer Dauer und grösserer Ausbreitung zum Miasma. Einerseits aber entwickelt sich eine Reihe von Fällen bald im Anfange der Epidemie selbstständig, aus einer allgemeineren Ursache, andererseits ist gerade bei der Ausbreitung der Epidemie über die ganze Stadt die Sonderung der einzelnen Fälle nicht leicht möglich und der Beweis des Nichtcontactes schwerlich genau durchzuführen. — Es ist ausserdem in unserm Spitale versucht worden, die Lehre von der Contagion der Cholera durch directe Versuche an verschiedenen Thieren (Hunden, Katzen, Kaninchen und Federvieh) durch Einbringung von Cholera-Se- und Excreten in den Darm und in den Kreislauf zu entscheiden. Dr. Stich wird über diese Experimente in einer besondern Arbeit berichten. Die Experimente haben für die Contagionslehre nicht entscheidende Resultate geliefert, sind aber für die Pathologie der Cholera von einiger Bedeutung. In der grossen Mehrzahl der Fälle war Durchfall das erste Symptom der Krankheit, zu dem sich erst später Erbrechen gesellte, zuweilen trat Erbrechen zuerst auf. Kein Kranker hat Wadenkrämpfe als das erste Symptom bezeichnet. Die allgemeinen dyspeptischen Beschwerden (Kollern im Leibe, abnorme Gasentwickelung, unregelmässige Stuhlentleerung etc.) kamen, wie auch andere Aerzte wohl bestätigen werden, vor dem Ausbruche und während der Epidemie diesmal im Ganzen weniger zur ärztlichen Kenntniss und Behandlung, vielleicht weil die Intensität des Miasma's diesmal geringer war, wie sich aus der im Ganzen geringern Krankenzahl ergiebt, vielleicht auch, weil die Furcht vor dem schon bekanntern Gaste weniger rege war. Leichtere Brechdurchfälle, an denen uns viele Säuglinge zu Grunde gingen, hatten diesmal vor der Epidemie längere Zeit, als sonst geherrscht. Viele Kranke bezogen wie immer den Ausbruch der Cholera auf einen kurz vorher begangenen Diätfehler. Sehr auffallend waren in dieser Beziehung die Erkrankungen in der Klosterstrasse 96. Am 17. Aug. hatten 10 Personen, ein Schmiedemeister mit Frau, Gesellen und Lehrburschen, grüne Aale mit neuen Kartoffeln, Weissbier und Gurkensalat zum Abendbrod gegessen. Alle 10 erkrankten an der Cholera; 4 kamen in's Spital, 2 mit asphyktischer, die beiden andern mit einer leichtern Form; 1 starb. Doch ist zu bemerken, dass einige Tage vorher in derselben Strasse wenige Häuser entfernt, Cholera vorgekommen war, und die Beobachtung ist deshalb nicht ganz rein. Von allen Nahrungsmitteln wurde Gurkensalat am häufigsten angeschuldigt. Während des Verlaufes der Krankheit und der beginnenden Reconvalescenz sind Diätfehler von der schädlichsten Einwirkung. Wir hatten in unserer Anstalt dafür ein trauriges Beispiel. Vier Reconvalescenten mit noch dünnflüssigen, aber gleichmässig fäculenten Stuhlentleerungen, sonst bei vollkommnem Wohlbefinden, ohne Aufregung des Gefässsystems, ohne Congestiverscheinungen gegen den Kopf hatten sich durch Bestechung eines Wärters Speck zu verschaffen gewusst und verfielen bald nach dem Genusse desselben in Asphyxie; vorher hatten nur 2 von ihnen vollkommene Asphyxie gehabt, die beiden andern nur eine leichtere Form. Der Wärter wurde natürlich fortgejagt, aber von den Kranken mussten 2 ihren Leichtsinn mit dem Tode büssen, und zwar gerade diejenigen, welche vorher an weniger intensiven Erscheinungen gelitten hatten.

Die Ausscheidung von grösseren Mengen Blutes kam im Ganzen in dieser Epidemie seltener zur Beobachtung, als dies im vorigen Jahre in dem Spital No. II. der Fall war. Je mehr man indess darauf achten lernt, eine desto grössere Menge von Uebergängen lassen sich von den mit einem gelblichen Stich versehenen Reiswasserstühlen bis zu scharlachrothen verfolgen. Selten waren diesmal die blutigen Entleerungen in einem spätern Stadium der Krankheit, wo die blutige Ausscheidung meist eintritt in Folge der durch diphtheritische Exsudation bewirkten Zerstörung der Gefässe (cf. Medicinische Zeitung No. 43. 1849); am häufigsten diesmal in einem frühern Stadium der Krankheit als Folge spontaner Zerreissung der Gefässe bei intensiver Blutüberfüllung der Darmschleimhaut. Die Ausscheidung grösserer Mengen Blutes war tödtlich; eine bejahrte Hospitalitin schien glücklich durchgekommen zu sein, zeigte indess ohne sonstige Krankheitserscheinungen eine auffallende Schwäche. Sie ging ungefähr 14 Tage nach dem Aufhören der blutigen Ausscheidungen an Lungenödem zu Grunde.

Spulwürmer sind diesmal nur wenige Male beim Erbrechen und im Darmrohr gefunden, während sie vor 2 Jahren so ziemlich häufig vorkamen.

Der Zustand des Unterleibes ist von Hammernik (die epidemische Cholera 1850) genau beschrieben worden. Er giebt an, „dass bei reichlichen Diarrhöen die untere Bauchwand eingezogen, bei der Percussion fast ohne Schall sei, der Magen bei reichlichem Erbrechen ausgedehnt, nur zum Theil mit Flüssigkeit gefüllt, wogegen der Magen den gewöhnlichen oder gar einen noch kleinern Umfang zeigte, wenn kein Brechen vorhanden." (S. 27.) Er schliesst weiter aus der mangelnden Elasticität der Magen- und Darmwandungen, dass sowohl die Diarrhöe, wie das Brechen bei der Cholera unabhängig von den Darm- und Magenwänden durch einen Druck der Bauchpresse eingeleitet werden und hält weiter die stärkere teigig werdende Beschaffenheit der

Bauchdecken und die zunehmende Ausdehnung des Magens für ein Zeichen der schwereren Erkrankung. — Diese Beobachtungen sind richtig, aber in etwas beschränkterer Ausdehnung. Wir finden diesen Collapsus des Unterleibes in asphyktischen Fällen gewöhnlich kurz vor dem Tode, im Stadium allgemeiner Lähmung, wir finden ferner diesen schwappenden, schlaffen Bauch in den Fällen, welche von vorn herein als torpide auftreten. In diesen Zuständen ist auch der Leib schmerzlos und die Stuhlgänge erfolgen unwillkührlich. In einer Reihe anderer Fälle dagegen, die eine eben so schwere Asphyxie und Lebensgefahr bedingen, die ich im Gegensatz zu den ersteren erethische nennen möchte, ist sehr häufig in Folge abnormer Gasentwickelung im Darm der Unterleib stark gespannt und tympanitisch. Meist ist dieser Zustand mit starken Krämpfen verbunden. Der Leib ist sehr schmerzhaft bei der Berührung; die Kranken haben trotz der massenhaften Entleerungen, die hier wie mit einer Spritze ausgestossen werden, kein Gefühl von Erleichterung, sondern häufig genug das Bedürfniss, noch mehr entleeren zu können. In diesen Fällen ist es auch nicht bloss die Bauchpresse, welche die Ausstossung des Darminhaltes bedingt.

Eine andre Angabe von H. in dem Abschnitte über Circulationsorgane (S. 32) kann ich ebenfalls nicht bestätigen, wenn ich ihm auch gern zugestehen will, dass die Ausdrücke vom Pulse, vom Uebergehn der Herztöne in einander in unsrer frühern Abhandlung ungenau waren. Es ist uns nicht geglückt, den diastolischen Ton zwischen dem 2ten und 3ten Rippenknorpel noch zu vernehmen, wenn er an der Stelle des Herzstosses nicht mehr gehört wurde. Auch blasende Geräusche scheinen uns durch die Cholera erzeugt werden zu können. In der Epidemie von 1849 wurde dem Spital auf dem Alexanderplatz ein Kranker, der auf der Strasse umgefallen war, mit auffallender, weit verbreiteter Cyanose zugeführt. Er delirirte, hatte dünne, aber fäculente Stühle und zeigte ohne eine durch die Percussion nachweisbare Grössenveränderung des Herzens bei der Systole ein starkes Blasen, vornehmlich am linken Ventrikel. Wir erfuhren bloss, dass er schon lange an Durchfall gelitten, vermutheten aber als Grund seiner intensiven Erkrankung einen Klappenfehler. Sein Zustand blieb sich bis zu seinem nach 2 Tagen erfolgenden Tode ziemlich gleich. Bei der Section im Darm Cholera, Herz, die grossen Gefässe, Lungen und Gehirn gesund. In dieser Epidemie sahen wir einen leichtern Cholerafall, der indessen ebenfalls nach 4 Tagen unter typhoiden Erscheinungen (er war auch ein Säufer gewesen) zu Grunde ging und der die ganze Zeit über ebenfalls ein Blasen bei der Systole, am stärksten am linken Ventrikel zeigte, diesmal ohne besondre Cyanose. Am Tage vor dem Tode wurde seine Respiration sehr langsam, mühsam und die Ausbildung eines Emphysems, wodurch die Lunge über das Herz hinübergedrängt wurde, machte die Auscultation der Herztöne undeutlich. Die Section ergab keine Krankheit weder des Herzens, noch der grossen Gefässstämme. — Eine Erklärung dieser Erscheinungen vermag ich allerdings nicht anzugeben. Vielleicht wird durch eine ungleichmässige Contraction des Herzens ein unvollständiger Schluss der Klappen bedingt. Eine häufige Abnormität im Verhalten der Kreislaufsorgane nach überstandenem Choleraanfall, und zwar nach der Reaction, ist das Aussetzen des Pulses. Die einzelnen Schläge bleiben oft 4—5—6 Tage ungleich, bald schnell, bald langsam auf einander folgend, oft mit einem, selbst zwei Schlägen ganz aussetzend. Diese Erscheinung findet sich bekanntlich kurz vor dem Tode als Zeichen der beginnenden Stockung, doch ebenso in der eigentlichen Reconvalescenz und ich kann nicht sagen, dass dieses Zeichen zu einer schlechtern Prognose aufforderte. Es verliert sich, je mehr der Kranke zu Kräften kommt und ich habe es sogar nur in einem Falle, bei einem ältern, sehr schlecht genährten Manne längere Zeit nach der Entleerung dicker Fäcalmassen fortbestehn sehn. Es ist wahrscheinlich, dass die durch die Cholera eingedickte Beschaffenheit des Blutes eine Verlangsamung des Umlaufes bedingt, zunächst in den kleinern Gefässen und dass die Menge kleiner Kreislaufshindernisse eine momentane Hemmung des ganzen Kreislaufs, als Aussetzen des Pulses, veranlasst.

Die blutige Ausscheidung aus den Genitalien bei den Weibern trat meistentheils nach dem Eintritte der Reaction ein, wie früher auch bei einigen ganz alten Frauen und bei einigen Mädchen, die noch nicht menstruirt hatten, so dass hier also die Cholera als eine Art von Emmenagogum wirkte. Die Zeit der Blutung fiel selten mit der gewöhnlichen Menstruationszeit zusammen. Auch da, wo es nicht zum Blutaustritt kam, musste man doch die entsprechende innere Veränderung annehmen, denn mit Ausnahme von einigen ganz jungen Kindern fanden sich bei den Sectionen durchgängig, selbst bei 70jährigen Frauen, in den weiblichen Genitalien mehr oder weniger ausgebreitete Hyperämieen, Blutextravasationen in der Höhle des Uterus, in den Ovarien. Diphtheritische Ablagerungen auf der vordern Wand der Scheide und an den kleinen Lefzen haben wir nur einmal gesehn. *Fluor albus* war nach der Cholera eine gewöhnliche Erscheinung. Ausser der angeführten Exsudation auf den Labien war die diphtheritische Ablagerung noch in einem Falle äusserlich sichtbar und zwar auf der Uvula, wo sie am 8. Tage der Krankheit bei einem jungen Manne auftrat. Die Asphyxie war nicht vollständig gewesen, aber im reactiven Stadium zeigte sich grosse Benommenheit des Kopfes; der Kranke hatte fortwährend heisse Haut, sehr frequenten, vollen Puls und obgleich bräunliche, doch fortwährend sehr flüssige und reichliche Stuhlentleerungen. Dann fing er an über Halsschmerzen zu klagen und die Uvula zeigte sich mit einem weissen, fest anhaftenden Exsudate bedeckt; ihre Basis war frei und ebenso vollständig die Schleimhaut des Pharynx und die Gaumenbögen. Unter dem Gebrauche von leicht adstringirenden Gurgelwässern und der innerlichen Anwendung leicht antiphlogistischer Mittel bildete sich schon nach einigen Tagen eine Demarcationslinie und nach 8 Tagen war die Abstossung vollständig beendet, die Uvula allerdings bis auf einen kleinen Zapfen eingeschrumpft. Wahrscheinlich fanden noch auf andern Schleimhäuten exsudative Processe statt; wenigstens deutet der längere Zeit dauernde fieberhafte Zustand und die Beschaffenheit der Stuhlentleerungen darauf hin; auffallend ist es, dass die Exsudation auf der Uvula sich in der Weise abgränzte.

Der Ausbruch von Exanthemen wurde diesmal bei 21 Kranken beobachtet. Er erfolgte innerhalb des 3 — 8 — 9 Tages nach Eintritt des reactiven Stadiums. In der Mehrzahl der Fälle (13 Mal) hatte es vorwaltend die Form der Urticaria, unregelmässig geformte Quaddeln, meist in der Mitte etwas blasser, in der Peripherie lebhafter geröthet, an mehreren Stellen confluirend; in einigen Fällen vorwaltend die Form von Roseola, einige Male die Form von Morbillen, oder endlich als einfaches Erythem. In mehreren Fällen liessen sich diese Formen an einem Individuum wahrnehmen oder gingen im Verlaufe der Krankheit in einander über, so dass zuerst ein Erythem auftrat, dann an einzelnen Stellen sich distinctere Flecke abgränzten, welche aber bald als Morbillen, bald als Roseola auftraten, die dann sich zu Quaddeln umbildeten. Nur in einem Falle hatte das Exanthem mehr das Ansehn von Scharlach und zeichnete sich ausserdem durch seine livide, dunkle Farbe aus. Der Kranke zeigte sehr heftige Kopfcongestionen, delirirte stark. Die Abschuppung erfolgte in grossen Fetzen, während sie bei den übrigen in einer feinen, kleieuartigen Abschilferung bestand. Der Kranke ging an einer Verschwärung der Blasenschleimhaut zu Grunde. Die Stelle des ersten Auftretens war, wie früher meist der Vorderarm und die Gegend um die Handgelenke, auch um die Knöchel und die Kniee. Im Gesicht haben wir es diesmal nicht zuerst auftreten sehen. Besonders reichlich war es auch diesmal in der Umgegend der Stellen, wo Sinapismen gelegen hatten. Mehrmals sah ich um die Zeit, wo der Ausbruch des Exanthems sonst erfolgt, auf dem Rücken, auf der Brust und an den Schenkeln ein pustulöses Exanthem, kleine Pusteln von einem gerötheten Hofe umgeben, mit einer Delle, die beim Anstechen einen Tropfen hellen Eiters entleerten und einsanken, die am meisten Aehnlichkeit mit Varicellen hatten. Sie vertrockneten von selbst am 3 — 4. Tage. Zweimal kam diese Form mit andern Formen des Exanthems in Gemeinschaft vor. Einmal beobachteten wir Erysipel mit gleichzeitiger starker Anschwellung der Parotiden, ohne dass es jedoch zur Suppuration gekommen wäre. Wie früher, bestätigte sich auch diesmal die Erfahrung, dass mit dem Hervortreten des Exanthems eine allgemeine Erleichterung der Kranken eintrat. Von allen mit Exanthem behafteten Kranken starben nur 3; 1 an Verschwärung der Blasenschleimhaut, 1 war 70 Jahr alt; bei einem 21jährigen Mädchen war das Exanthem abortiv zu Grunde gegangen. Furunculose war dieses Jahr sehr selten; Abscessbildungen kamen gar nicht vor; auch Decubitus, selbst bei länger dauernden Typhoiden erreichte niemals eine grössere Ausdehnung. Aus dem Jahre 1849 will ich nur noch eines Falles Erwähnung thun, wo sich mitten in der Reconvalescenz an der Vorderfläche beider Oberschenkel eine grosse Masse stecknadelgrosser Abscesse bildeten in Folge einer Verschwärung fast sämmtlicher Haarbälge.

Die Behandlungsweise hat auf die Hervorbringung des Exanthems keinen Einfluss. Es stellt vielmehr eine in dem Ablauf des Choleraprozesses gegebne Stufe dar; es mag ebensowohl seinen Grund finden in der Turgescenz der Haut, die im reactiven Stadium eintritt, und die an einzelnen Stellen eine stärkere, umschriebne Hyperämie hervorruft, als auch in der durch die Cholera bewirkten Blutveränderung in ähnlicher Weise, wie beim Typhus. Die Form des Exanthems hat nichts Charakteristisches; ihre Varietäten mögen von rein localen Verhältnissen abhängen, denn der Zustand, in dem es auftritt, ist so ziemlich derselbe. Es wäre vollständig unthunlich, wenn man so viele innre verschiedne Zustände annehmen wollte, als es verschiedene Formen des Exanthems giebt, ein Versuch, der auch durch die Beobachtung widerlegt wird, dass die verschiednen Formen in einander übergehn und gleichzeitig mit einander auftreten. Einen Grund, warum sich das Exanthem am liebsten zuerst an den Vorderarmen zeigt, vermag ich nicht anzugeben. (Schluss folgt.)

Bericht über 84 Leichenöffnungen, welche theils in der medicinischen Klinik zu Bonn, theils in der Privatpraxis während der letzten 18 Monate ausgeführt wurden, nebst deren Verwerthung für die Pathogenese und Diagnostik.

Von
Prof. J. F. H. Albers in Bonn.

Der Krebs der *Capsula Glissonii.*

(Fortsetzung aus No. 52.)

Ausser diesen Fällen kam noch ein fünfter Fall zur Untersuchung, wo die Geschwulst in der *Capsula Glissonii* nur gänseeigross war, und die Leber nur zwei kleinere, unter der serösen Haut an der Oberfläche in ihre Substanz eingesenkte taubeneigrosse Geschwülste zeigte. Die Lage zu der *Vena portae*, zu dem Duodenum und den Gallenwegen war dieselbe, wie in den früheren Fällen. Doch war der Kopf des Pancreas mit entartet da, wo er an die Geschwulst gränzte. Wiewohl ich diesen Fall gezeichnet aufbewahre, sind mir doch die übrigen Einzelheiten des Leichenbefundes nicht näher bekannt geworden. Der 63jährige Mann litt an Bauchwassersucht, Oedem der unteren Gliedmaassen, Gelbsucht und hartnäckiger Stuhlverstopfung in den letzten Wochen seines Lebens.

Es ist in allen Fällen unverkennbar, dass die Geschwulst in dem vom Bauchfell eingeschlossenen Zellgewebe, welches die Gallengänge und die Lebergefässe umlagert, und unter dem Namen der Glisson'schen Kapsel bekannt ist, entstanden war. In dieser Hinsicht steht sie auf einer Stufe mit den Retroperitonealkrebsen. Wie diese gewöhnlich ohne Schmerz entstehen und bestehen, selbst wenn sie eine beträchtliche Grösse erreichen, so auch bei den Krebsen, welche die *Capsula Glissonii* zur Entwickelung bringt. Wie der Retroperitonealkrebs gewöhnlich dem Markschwamm angehört, so auch der Krebs in der Glisson'schen Kapsel. Unter den fünf oben mitgetheilten Fällen gehören vier dieser Krebsvarietät an. Diese Krebsform ist es, welche vorzugsweise gern im Zellgewebe ihre Entstehung nimmt, woher sie auch sowohl in dem Zellgewebe hinter dem Bauchfell, als in dem in der Glisson'schen Kapsel vorherrschend angetroffen werden muss. Die Verbreitung des Krebses beider Theile bietet ebenfalls Schwierigkeiten. Der Retroperitonealkrebs verbreitet sich nicht allein im ganzen Zellgewebe hinter dem Bauchfell, sondern auch in jenem des Mittelfelles, und sodann auf die Nieren im Verlauf der Nierengefässe, und auf die Gebärmutter. Auch wird das Bauchfell von ihm ergriffen. Der Krebs der Glisson'schen Kapsel verbreitet sich zunächst auf die Leber, und wie es scheint, nach dem Verlauf der Lebergefässe, weniger auf das Bauchfell und die übrigen Organe. Die Untersuchung des vierten Falles giebt einen genügenden Aufschluss über die Verbreitung des Krebses in der Leber. Es wurden nämlich in der Wand der *Vena portae* Krebsgewebe, und in dem Blut dieses Gefässes keine unbeträchtliche Anzahl Krebszellen gefunden, welche ganz wie die in der Wand der *Vena portae* und in der grossen Geschwulst beschaffen waren. Da bei einer wiederholten Untersuchung von mir, den Praktikanten der klinischen Anstalt HH. König und Ruer und mehreren Schülern diese Zellen im Pfortaderblut erkannt sind, so kann über die Richtigkeit dieses Factums kein Zweifel mehr obwalten. Diese Zellen sind nach dem Verlauf der Pfortader durch das Blut ausgebreitet und in die verschiedenen Theile der Leber abgesetzt worden. Daher haben sich die Krebsgeschwülste auch an den Enden der Pfortaderzweige, an der Peripherie der Leber, dicht unter der serösen Haut, vielleicht unter dem Beistande und Einfluss der zellgewebsreichen serösen Hülle der Leber entwickelt. Aus dieser Verbreitung durch die Gefässe erklärt es sich auch, weshalb man bei dieser Form des Leberkrebses einzeln stehende, von einander getrennte Geschwülste, und nicht zusammengehäufte, auch nicht infiltrirte Krebsmassen antrifft. Es verhalten sich diese Geschwülste ganz ähnlich jenen Abscessen in den Lungen, welche die Folgen des in den Kreislauf gelangten Eiters und der *Pneumonia capillaris* sind. Wie diese nur in einzelnen Haargefässen zur Entwickelung gelangen, getrennt stehen und meistens auch unter der Pleura sitzen, so verhalten sich auch die Krebsgeschwülste der Leber, welche als die secundären bei der primären Geschwulst der Glisson'schen Kapsel zur Entwickelung gelangen, in ihrer Entstehung und Verbreitung.

Die eine oder andere secundäre Geschwulst sitzt wohl in der Tiefe des Leberparenchyms, aber die bei weitem grössere Anzahl sitzt unmittelbar unter der serösen Haut. Die in der Tiefe der Leber vorhandenen bilden aber keinen Beweis, dass sie nicht an den Enden der Capillargefässe ihre Entstehung genommen hätten, indem ja auch einzelne Zweige der Pfortader in dem Leberparenchym ihr Ende erreichen, und somit hier eben so gut den Inhalt des Blutes absetzen können, als an der Peripherie, wiewohl hier die grössere Anzahl der Gefässenden vorhanden ist, und daher auch die grössere Anzahl der Geschwülste nur hier gefunden wird. Bei der grösseren Anzahl von Krebszellen, welche wir in dem Pfortaderblut vorfanden, sollte man annehmen können, dass noch eine weit grössere Anzahl von Krebsgeschwülsten in der Leber zur Entwickelung hätte gelangen müssen, als sich wirklich vorfand. Dass nur eine geringere Anzahl der secundären Krebsgeschwülste vorhanden ist, scheint den Beweis zu liefern, dass zahlreiche in das Blut gelangte Krebszellen zu Grunde gehen in diesem, ohne zur Geschwulstbildung Veranlassung zu werden.

Es ist jetzt die Frage, wie diese Krebszellen in das Blut der Pfortader gelangt sind. Es sind hier nur drei Fälle möglich: 1) sie sind im Blute selbst entstanden; 2) sie sind von aussen, aus der grossen Geschwulst, nach Zerstörung der Pfortader in das Blut gedrungen; 3) sie sind von den Gefässwandungen gebildet und von ihnen allmälig in das Blut abgesetzt. Dass sie nicht im Blute entstanden sind, scheint mir aus dem Umstande hervorzugehen, dass sie nicht in dem Blute anderer Venen und im Blute des Herzens vorhanden waren, wie die Untersuchung im vierten Falle ausdrücklich lehrt. Ausserdem ist noch nicht nachgewiesen, dass in irgend einem Krebsfalle sich Krebszellen im Blute gebildet hätten. Dass sie nicht von aussen nach Zerstörung der Pfortaderwand in das Blut hineingedrungen sind, geht einfach daraus hervor, dass die *Vena portae* in ihrer Continuität unverletzt war. Es ist somit nur die dritte Annahme zu rechtfertigen, nach welcher die Zellen von der Gefässwand gebildet, in das Venenblut abgesetzt seien. Für diese Annahme zeugt vorzugsweise die Entartung der Gefässwand. Sie war verdickt, speckartig wie die Geschwulst, und zeigte dasselbe Krebsgewebe, wie die Geschwulst selbst. Wenn ich nicht irre, verhielt sich die Pfortader im dritten Falle ebenso. Es lehren die obigen Untersuchungen, wie Krebsmassen in dem Blute vorhanden sein können, ohne dass die Gefässwände durchbohrt sind, oder in dem Blute zur Entwickelung gelangten. Je dicker und steifer die entartete Wand der Pfortader ist, je grösser ist die Reibung des durch sie strömenden Blutes, und desto mehr Veranlassung zur Abtrennung der an ihrer innern Fläche erzeugten Zellen.

Nach diesen Beobachtungen ist es von grossem Interesse, auch jene Retroperitonealkrebse zu untersuchen, welche sich auf die Nieren, auf die Milz verbreiten. Findet hier auch vielleicht die Fortpflanzung durch die Gefässwandungen statt? Es kann hier wohl nicht von einer Verbreitung durch das Venenblut die Rede sein, aber vielleicht findet hier eine Entartung der Gefässwand zuerst statt, die sich dann auf die Drüsen überträgt, somit eine wahre Verbreitung nach der Continuität. Da man stets bei dieser Krebsverbreitung auf die Nieren auch grosse Krebsmassen im Verlauf der Blutgefässe vorfindet, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass auch die Gefässwände von aussen her, ähnlich wie die der Pfortader, eine Umbildung in Krebssubstanz erlitten haben.

Dass der Krebs der Glisson'schen Kapsel tödtlich wird, bevor er eine so beträchtliche Entwickelung erlangt hat, als dieses bei dem primären Leberkrebs der Fall ist, scheint allein durch die grosse Beeinträchtigung bedingt zu werden, welche die Gallenwege, der Magen und das Duodenum durch die Geschwulst erleiden. Bei dem idiopathischen Leberkrebs können alle diese Theile ganz normal sein. Die Gelbsucht ist fast regelmässig beim Krebs der Glisson'schen Kapsel, aber nicht regelmässig beim idiopathischen Leberkrebs vorhanden, selbst wenn er eine solche Entwickelung erlangt hat, dass die kranke Leber fast den ganzen Unterleib einnimmt, und, wie hier ein Fall beobachtet ward, 24 Pfund wiegt: denn diese Vergrösserung bedingt nicht immer eine Sperrung des Gallenabflusses.

Die Venen sind zur Verbreitung des Krebses mehr geeignet, als die Arterien, weil die Arterienwand in ihrer Totalität nicht so leicht in die Entartung eingeht. Die Ringsfaserhaut, selbst wenn sie entartet, schliesst die Entartung ab, und man findet die innerste Haut ganz unverletzt, wie noch in diesen Tagen in einem Falle die Untersuchung der *Arteria cruralis* ergab. Dieses ist aber nicht der Fall bei den Venen. Die Zellgewebshaut geht bald in die Entartung ein, und die innere Haut wird nach und nach in diese hineingezogen, so dass die ganze Wand, welche die Krebsgeschwülste berührt, mit erkrankt. Dass dieses aber nicht Regel ist, überhaupt die Blutgefässe lange Zeit hindurch der Krebsentartung widerstehen, hat die Beobachtung längst gelehrt. Gehen auch das Zellgewebe in der Nähe der Gefässe und die Zellgewebshaut der letzteren in die sie umgebende oder benachbarte Entartung ein, so bleibt die innere Haut gewöhnlich unverletzt, und das Gefäss geht gewöhnlich anscheinend ohne Theilnahme durch die Entartung. Die so beträchtliche Verdickung der Venenwand, wie die oben angegebene der *Vena portae*, gehört jedenfalls zu den Ausnahmen. Wie bei den Venen, so verhält es sich auch bei den Nerven. Die Nervenscheiden nehmen an der benachbarten Entartung Theil, beschränken aber auch den Fortschritt der letzteren. Die Nerven gehen daher durch die Scheide, ohne an der Entartung sich zu betheiligen.

In selteneren Fällen nimmt dagegen die Krebsbildung eine weitere Entwickelung, und erscheint zwischen den Nervenfasern selbst, diese atrophirend und zerstörend, ebenso wie dieses bei anderen Gewebselementen der Fall ist.

Die Gallengänge werden weit mehr als die Gefässe durch die Krebsgeschwulst in der Glisson'schen Kapsel beeinträchtigt. Sie werden weit leichter zusammengedrückt, und ihr Kanal beträchtlich verengt. Die Wand derselben geht in ihrer ganzen Dicke in die Entartung ein, so dass sie von der letzteren nicht genau zu unterscheiden ist. Die beträchtliche Verdickung, welche sie bei dieser Entartung erleidet, erkennt man am besten in der warzenartigen Hervorragung, welche der *Ductus choledochus* in dem Kanal des Zwölffingerdarmes bildet. In ihr erkennt man noch das Licht des Kanals, aber nur selten gelingt es, die Sonde tief einzuführen. Die Schleimhaut hält sich in den Gallengängen noch am längsten von der Entartung frei; bevor der Kanal sich schliesst, scheint sie zu schwinden, und da wo er sich schliesst, bildet er sich zu einem fibrösen Strang, welcher aus Fasern und Krebszellen besteht.

Die Zufälle, welche sich bei den Geschwülsten der Glisson'schen Kapsel einfinden, gehören theils der Geschwulst selbst, theils dem Drucke an, welchen sie auf die benachbarten Theile ausüben, durch den sie ihre Kanäle verengern oder schliessen, oder sie in der ihnen eigenthümlichen Verrichtung hindern. Es ist in der That merkwürdig, wie wenig die Zufälle in die Wahrnehmung treten, welche die Geschwulst an sich hervorbringt. In den wenigsten Fällen wurden Schmerzen beobachtet, welche längere Zeit bestanden, bevor die Geschwulst in die äussere Erscheinung trat, d. h. bevor sie vom Kranken oder untersuchenden Arzte wahrgenommen ward. Die Regel ist, dass eine solche Geschwulst sich entwickelt, ohne dass Krankheitszufälle sich dabei einfinden. Hätte man nicht Gelegenheit, so häufig die Markschwammgeschwülste an den äusseren Theilen sich entwickeln zu sehen, ohne Schmerz und ohne Behinderung der Verrichtung des leidenden Theiles, so würde man gar nicht als möglich erachten, dass eine Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies und noch grösser in der Glisson'schen Kapsel vorhanden sein könne, ohne sich durch abnorme Empfindungen und Störung der Verrichtung der benachbarten Theile zu erkennen zu geben. Nicht einmal die flüchtigen rheumatischen Beschwerden, welche der Entwickelung des Hautkrebses oder dem Krebs solcher Theile vorangehen, welche der Haut benachbart sind, wie dem der Brustdrüsen, beobachtet man beim Krebs der Glisson'schen Kapsel. Auch war in keinem Falle zu der Zeit, als die Geschwulstentwickelung begann, die Abmagerung schon sehr ausgebildet. Die Geschwulst hat in allen obigen Fällen nur dann Krankheitserscheinungen gezeigt, als sie schon beträchtlich entwickelt, störend auf ihre Nachbarschaft einwirkte. Durch ihre Einwirkung auf den Magen und den Zwölffingerdarm ward die Säure, die verminderte Esslust und die träge Stuhlentleerung bedingt. Man könnte wohl fragen, ob diese nicht vielmehr von der veränderten und verminderten Gallenausscheidung die Entstehung nehme. Dass diese einen Einfluss auf die Stuhlentleerung übt, ist ausser Zweifel. Da man aber die Stuhlentleerung schon träge findet, wo die Stühle noch normal gefärbt sind, somit zu einer Zeit, in welcher die Galle noch normal in den Darm abfliesst, und die Leber selbst noch ziemlich normal beschaffen ist, eine ziemlich normale Galle bereitet, so kann von ihr allein die Trägheit des Stuhls nicht abhängig sein. Man muss in ihr vielmehr die Folge der gestörten Thätigkeit des Magens erkennen, die sich in der Säure und in der verminderten Esslust kundgiebt. Wo die Thätigkeit des Magens gelähmt ist, da ist es noch die Thätigkeit des Dickdarmes, welche zunächst der Ausscheidung der Fäces vorsteht. Die Trägheit der Stuhlentleerung giebt hier eine Andeutung, in welchem Grade die Thätigkeit des Magens gesunken ist.

Das Erbrechen erschien in allen Fällen nur in der späteren Zeit der Krankheit, in einem Falle erst 8 Tage vor dem Tode, und wiederholte sich täglich ziemlich häufig. Man kann hierin nur die gestörte Thätigkeit des Pförtners und des Zwölffingerdarmes erkennen. Es deutet uns an, dass die Geschwulst bis zu diesen Theilen und über diese hinaus ihre Entwickelung bereits genommen hat. Es bleibt somit ein wichtiges Zeichen, welches Aufschluss über die Ausbreitung der Geschwulst gewährt.

Der Druck nach oben findet nicht allein gegen den Magen, sondern auch gegen das Zwerchfell hin statt, und hierdurch entsteht die Athmungsbeschwerde, welche sich in der Rückenlage am stärksten äusserte, die man in einigen Fällen beobachtete. Vielleicht hat auch der Druck gegen das Herz hin, welches in einem Falle ganz horizontal lag und nach links hin gedrängt war, daran Antheil.

Durch den Druck auf die *Vena portae* und die Hohlvenen ward aber die Bauchwassersucht und das Oedem der Untergliedmaassen bedingt, welches in allen Fällen mehr oder weniger entwickelt vorhanden war. Diese Wasseransammlungen stellten sich erst in einer Zeit ein, als die Geschwulst schon bis zu einer beträchtlichen Grösse entwickelt war, meistens erst einige Wochen vor dem Tode, und zwar erschien die Wassersucht des Unterleibes fast gleichzeitig mit der in den unteren Gliedmaassen. Es verhält sich diese Erscheinung hier ebenso, wie bei den Geschwülsten des Magengekröses.

In der späteren Zeit tritt der Zusammendrückung des *Ductus choledochus* ein, und der Grad dieses Druckes giebt sich kund in dem Auftreten des Icterus und in der geringern Färbung der Stuhlausleerungen. Die Gelbsucht, mehr oder weniger, ja bis zur Grünsucht entwickelt, kann als eine bei diesen Geschwülsten regelmässig vorhandene Erscheinung angesehen werden. Zu dieser Zeit wird die Galle mehr gelblich; es deutet dieses an, dass sie krankhaft abgesondert wird, sowohl wegen des abnorm beschaffenen Blutes, welches durch die *Vena portae* zur Leber gelangt, als auch durch die Krebsgeschwülste, welche sich in der Leber entwickeln. Wo die Stuhlgänge nur einen theilweisen Mangel der Galle zeigen, sehr abnorm gefärbt, gelb oder weiss sind, kann man auf diese Vorgänge schliessen, und mit ziemlicher Sicherheit annehmen, dass Geschwülste in der Leber entwickelt sind. Diese geben sich dann sowohl in der beträchtlichen Vergrösserung des Organs, als in dem knotigen Befühlen der Oberfläche derselben kund.

Es erstreckte sich der rechte Leberlappen bis unter die *Crista ossis ilei* in dem vierten Falle, in dem dritten nicht viel weniger weit. Ausserdem ergab der dumpfe Percussionston in der epigastrischen Gegend, welcher bis in das linke Hypochondrium sich hinein erstreckte, dass auch der linke Lappen eine ähnliche Veränderung und Vergrösserung erlitten habe. Ist die Geschwulst bis zu einem gewissen Grade herangewachsen, so stellt sich auch ein S c h m e r z ein, welcher von Zeit zu Zeit dann auch in gewissen Lagen zunimmt. Er ist sowohl bedingt durch den Druck der Geschwulst oder Geschwülste auf die benachbarten Theile, als auch durch die Reizung und Entzündung, welche in der Umgebung der einzelnen, besonders der secundären Geschwülste vorhanden ist. Der Blutreichthum, welcher sich oft in dem erectilen Gewebe ausbildet, die Zartheit der Gefässe, aus denen dieses besteht, ruft eine Erscheinung hervor, welche wie im vierten Fall die Krankheit schliesst und das tödtliche Ende hervorbringt, und dieses ist die Blutung in dem Bauchfellsack. Ich habe sie in früheren Jahren öfter als den Schluss der Krankheit beobachtet. Sie wird entwickelt durch das telangiectasische Gewebe, welches sich auf einer Geschwulst ausbildet, heftige Schmerzen und ein Klopfen verursacht, welches der *Pulsatio epigastrica* ähnlich, oft die Pulsation eines Aneurysma hervorbringt. Wo das Klopfen und die heftigen Schmerzen sich einstellen, kann man den Verblutungstod erwarten. Es wurde unter fünf Fällen einmal beobachtet.

Sonst endet die Krankheit durch Erschöpfung, die bei grossen inneren Krebsen gewöhnlich ist, in den Tod. Da die Krankheit meistens erst Zufälle hervorbringt, wenn die Geschwülste gross sind, so dauern die Krankheitszufälle gewöhnlich nicht lange Zeit, meistens nur 2 — 3 Monate. (Fortsetzung folgt.)

M i s c e l l e n.

Auszug aus der Nachweisung sämmtlicher Medicinalpersonen im preussischen Staate vom Jahre 1849.

In dem Jahre 1849 haben im preussischen Staate gelebt 3540 p r o m o v i r t e A e r z t e (24 mehr als im Jahre 1848); von ihnen waren auch als Wundärzte 2951 (9 mehr als 1848), als Geburtshelfer 2411 (36 mehr als 1848), als Augenärzte 106 (12 weniger als 1848) approbirt. Angestellt waren unter denselben als Civilbeamte (Räthe, Assessoren, Lehrer, Physiker, Districtsärzte, an Anstalten u. s. w.) 1011, als Militärärzte 323 (72 als approbirte Unterärzte).

W u n d ä r z t e e r s t e r K l a s s e sind vorhanden gewesen 955 (2 weniger als 1848); unter ihnen 403 Geburtshelfer und 295 forensische Wundärzte; Civilbeamte (Assessoren, Kreiswundärzte, an Anstalten, Armenwundärzte u. s. w.) 362, Militärärzte 135 (70 als approbirte Unterärzte).

W u n d ä r z t e z w e i t e r K l a s s e sind gezählt worden 1133 (28 weniger als 1848); von ihnen waren approbirt als Wundärzte grosser Städte 85 (27 weniger als 1848), als Landwundärzte 169 (74 weniger als 1848), als ausnahmsweise zur Praxis befähigt 35 (21 weniger als 1848; ferner zugleich als Geburtshelfer 274 (22 weniger als 1848), als Zahnärzte 34 (4 weniger als 1848), als forensische Wundärzte 84 (22 weniger als 1848), für leichte innere Kuren 25 (11 weniger als 1848); Gehülfen hielten unter denselben 31 (7 weniger als 1848), und Lehrlinge 31 (ebenso wie 1848). Als Civilbeamte waren angestellt 232 (14 weniger als 1848), als Militärärzte 48 (22 weniger als 1848).

Augenärzte, welche ausschliesslich als solche approbirt sind, wurden 3 im Jahre 1849 angezeigt.

Zahnärzte, welche ausschliesslich als solche approbirt waren, sind vorhanden gewesen 86 (7 mehr als 1848).

Die Zahl der Apotheker hat betragen 1484 (29 mehr als 1848), und zwar waren 931 als Apotheker erster Klasse (58 mehr als 1848), 527 als Apotheker zweiter Klasse (17 weniger als 1848), und 107 als Provisoren (19 mehr als 1848) approbirt. Angestellt waren als Civilbeamte 51.

Thierärzte sind gezählt worden 831 (35 weniger als 1848). Von denselben waren approbirt als Ober-Thierärzte oder Thierärzte erster Klasse 402 (25 mehr als 1848), als Thierärzte zweiter Klasse 343 (12 mehr als 1848), als Thierärzte dritter Klasse, Rossärzte 28 (52 weniger als 1848), als Thierärzte vierter Klasse oder geprüfte Beschlagschmiede 21 (4 weniger als 1848). Im Staatsdienste befanden sich 335, davon 136 Militär-Thierärzte. Vorläufig zur Praxis auf das Schulzeugniss der Thierarzneischule zugelassen waren 78, davon 11 im Militär.

Die Zahl der Hebeammen belief sich auf 11,237 (267 weniger als 1848); davon waren angestellt als Stadt-Hebeammen 2781, als Bezirks-Hebeammen 8070.

Die Stadt Berlin hat im Jahre 1849 an promovirten Aerzten besessen 405 (darunter 16 Räthe, 39 Lehrer, 3 Physiker, 1 Assessor, 57 obere Militärärzte und 4 Unter-Militärärzte). Ferner an Wundärzten erster Klasse 25, an Wundärzten zweiter Klasse 44, an Zahnärzten 39, an Apothekern 38, an Thierärzten 44, an Hebeammen 55.

Im Regierungs-Bezirk Königsberg lebten 137 promovirte Aerzte, 26 Wundärzte erster Klasse, 28 Wundärzte zweiter Klasse, 5 Zahnärzte. — Im R.-B. Gumbinnen 53 p. A., 17 W. 1. Kl., 6 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Danzig 77 p. A., 18 W. 1. Kl., 16 W. 2. Kl., 5 Z.-A. — Im R.-B. Marienwerder 69 p. A., 26 W. 1. Kl., 17 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Posen 115 p. A., 39 W. 1. Kl., 26 W. 2. Kl., 3 Z.-A. — Im R.-B. Bromberg 55 p. A., 14 W. 1. Kl., 13 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Breslau 263 p. A., 91 W. 1. Kl., 127 W. 2. Kl., 10 Z.-A. — Im R.-B. Liegnitz 133 p. A., 53 W. 1. Kl., 102 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Oppeln 132 p. A., 32 W. 1. Kl., 46 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Stettin 111 p. A., 34 W. 1. Kl., 29 W. 2. Kl., 3 Z.-A. — Im R.-B. Köslin 52 p. A., 19 W. 1. Kl., 12 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Stralsund 57 p. A., 20 W. 1. Kl., 7 W. 2. Kl., 1 Zahnarzt. — Im R.-B. Potsdam (ausser Berlin) 191 p. A., 78 W. 1. Kl., 84 W. 2. Kl., 3 Z.-A. — Im R.-B. Frankfurt 161 p. A., 39 W. 1. Kl., 50 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Magdeburg 165 p. A., 84 W. 1. Kl., 103 W. 2. Kl., 1 Z.-A. — Im R.-B. Merseburg 169 p. A., 55 W. 1. Kl., 98 W. 2. Kl., 2 Z.-A. — Im R.-B. Erfurt 73 p. A., 24 W. 1. Kl., 43 W. 2. Kl., 2 Z.-A. — Im R.-B. Münster 138 p. A., 36 W. 1. Kl., 24 W. 2. Kl., 1 Z.-A. — Im R.-B. Minden 96 p. A., 22 W. 1. Kl., 20 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Arnsberg 162 p. A., 36 W. 1. Kl., 17 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Koblenz 125 p. A., 40 W. 1. Kl., 10 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Düsseldorf 250 p. A., 37 W. 1 Kl., 53 W. 2. Kl., 5 Z.-A. — Im R.-B. Köln 188 p. A. 31 W. 1. Kl., 27 W. 2. Kl., 4 Z.-A. — Im R.-B. Trier 68 p. A., 30 W. 1. Kl., 15 W. 2. Kl., kein Z.-A. — Im R.-B. Aachen 97 p. A., 29 W. 1. Kl., 16 W. 2. Kl., 2 Z.-A. (Preuss. Vereinsztg.)

Natron choleinicum. Brayera anthelmintica.

Herr Dr. Grävell theilt in der National-Zeitung folgende Notiz mit: „Das gallensaure Natron (*Natron choleinicum*), dessen Anwendung von Dr. Itzstein (das gallensaure Natron etc. Mainz 1846. Faber) empfohlen wurde, ist, auf unsern Wunsch, hierselbst von Herrn Simon dargestellt worden. Die Beobachtungen über die Wirkung dieses neuen Präparats haben sehr befriedigende Resultate ergeben. Wir empfehlen daher auch den übrigen Officinen um so mehr die Berücksichtigung desselben, da dessen Bereitung eine sehr einfache ist und das Präparat unläugbar Vorzüge sowohl vor der frischen als der eingedickten Ochsengalle besitzt. — Der unlängst erwähnte Gosso (*Brayera anthelmintica*) hat bereits auch bei uns durch mehrere erfreuliche Resultate seine Wirksamkeit bestätigt. Der Preis der Dosis ist von 8 auf 6 Thaler ermässigt, doch wird jedenfalls bei directer Beziehung von Aegypten der Preis dieses werthvollen Mittels ein bedeutend niedrigerer werden, da dasselbe im Orient etwas so Gewöhnliches ist, als es bei uns die Fliederblüthen sind. Es ist ein lebendes Exemplar der Brayera hier eingetroffen und steht die Ankunft noch einiger binnen Kurzem in Aussicht."

Ich erlaube mir der Bemerkung über das gallensaure Natron noch hinzu zu fügen, dass bereits ein äusserstes Minimum desselben auf die Zungenspitze gebracht einen sehr starken Gallen-Geschmack hinterlässt, den man lange nicht los wird.

Cholera.

Im Regierungs-Bezirk Frankfurt. In dem Dorfe Ortwig, Kreis Lebus, dem einzigen Orte im Departement, in welchem die Cholera geherrscht hatte, und in dem von ungefähr 500 Einwohnern 59 Personen hinweggerafft sind, ist seit dem 15. November kein neuer Erkrankungsfall vorgekommen, und daher die Cholera im ganzen Regierungs-Bezirk als erloschen zu erachten.

Im Regierungs-Bezirk Erfurt. Im Departement der Regierung zu Erfurt war bis zum 15. October, bis wohin die zusammengestellten Berichte gehen, die Cholera in 7 landräthlichen Kreisen verbreitet, nämlich im Kreise Erfurt, Langensalza, Worbis, Nordhausen, Mühlhausen, Heiligenstadt und Weissensee. Die Kreise Langensalza, Mühlhausen und Heiligenstadt waren am meisten angegriffen, und darin wiederum die beiden Städte Langensalza und Mühlhausen.

Im Regierungs-Bezirk Münster. In der Stadt Bochum ist am 29. November ein von Hamm kommender Landwehrmann von der Cholera ergriffen, und am 3. December im Hospital gestorben. An demselben Tage erkrankte ohne nachzuweisende Ansteckung in der Stadt ein Schuhmacher, welcher am 5. December auch schon gestorben war.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Prof. Dr. A. Kölliker an der Univ. in Würzburg ist zum auswärtigen Mitgliede der Akad. der Wissenschaften zu München erwählt.

Personalveränderungen. Baden. Befördert: Amtschirurg Rauter in Mösskirch zum Physikus in Jestetten. Entlassen: Amtschirurg Schmidt in Bühl auf sein Nachsuchen.

Baiern. Befördert: Dr. W. Schmidt, Physikatsverweser in Thurnau, zum Physikatsarzt in Lichtenfels. Ernannt: Dr. M. Teichlein, prakt. Arzt in Aidenbach, zum Physikatsarzt in Wegscheid. Versetzt: Physikatsarzt Dr. F. Stadelmayr von Wegscheid als solcher nach Landau a. d. I. Pensionirt: Die Stabsärzte DD. Heyser u. Curtius vom 1., Pfeiffer u. Gronen vom 2. Armeecorps; die Reg.-Aerzte 1. Kl. DD. Fröhlich vom 1. Inf.-Reg. König, Hölderlin vom 2. Kürass.-Reg. Prinz Adalbert. Quiescirt: Kantonsarzt Dr. F. Pauli (Vater) zu Landau (Pfalz).

Oesterreich. Der Minister des Innern hat für die bei seinem Ministerium bestellte ständige Medicinal-Commission folgende Mitglieder auf die Dauer von 3 Jahren ernannt: 1. Dr. K. D. Schroff, k. k. Prof. der allgem. Pathol. u. Pharm.; 2. Dr. J. Schneller; 3. Dr. J. Edl. v. Wattmann; 4. Director Dr. G. F. Eckel; 5. J. Pach, Apotheker; 6. A. Hopfgartner, Wund- u. Geburtsarzt; 7. Dr. A. Stainer als Schriftführer. — Versetzt: Dr. J. Martin, Major Stabsfeldarzt, von Königgrätz in's Prager Invalidenhaus. Quiescirt: Oberstfeldarzt u. Min.-Rath Dr. J. Kottmayer in Wien auf sein Nachsuchen.

Preussen. Angestellt: Der praktische Arzt Dr. Scheider als Kreisphysikus in Pyritz, der prakt. Arzt Dr. Wilczewski als Kreisphysikus in Marienburg und der Thierarzt 1. Kl. Göhler als Kreisthierarzt für den Kreis Ziegenrück. Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Amort hat sich in Bromberg niedergelassen; der prakt. Arzt Dr. Pfalzgraf ist von Marzonin nach Usez und der prakt. Arzt Dr. Klein von Niederzündorf nach Hausen, Kreis Schleiden, gezogen.

Todesfälle. Oesterreich. DD. J. v. Kroyher in Wien, Joh. Neubauer, J. Pretsch in Wien, Lieut. Oberarzt M. Masburger in Wien v. 2. Art.-Reg.

Preussen. In den Frühstunden des 1. Jan. 1851 verstarb zu Berlin der Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Link. — Der Regierungs-Med.-Rath a. D. Dr. Georg Neumann in Trier, der Kreiswundarzt Michalides in Dorsten und der prakt. Arzt Dr. de Cuvry in Berlin sind gestorben.

Würtemberg. Med.-Rath Oesterlen in Stuttgart.

Frankreich. Dr. Chambolle d. ält., Principalchirurg der Armeen; Prof. Dr. Caizergues zu Montpellier; Dr. Colson, Arzt im Hôtel-Dieu zu Beauvais (Oise).

Sonnabend, № 2. 11. Januar 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Pathologisches über Schlaf und Traum.

Von

Prof. M. Naumann.

(Schluss aus No. 1.)

Um, nach diesen Erörterungen, zu einigen Aufschlüssen über den Traum und über das Wesen der Träume zu gelangen, gehen wir von dem Zustande aus, in welchem das Gehirn sich befindet, während der Mensch schläft. Ich suchte so eben wahrscheinlich zu machen, dass der Schlaf derjenigen Periode entspricht, in welcher der eigentliche Stoffwechsel der Hirnsubstanz vor sich geht. Indem diese Substanz sich ergänzt, sind die Energien der einzelnen Hirnorgane nicht aufgehoben, sondern sie äussern sich nur insofern, als die Empfänglichkeit oder Receptivität des Gehirns noch zur Geltung gelangen kann.

Diese Empfänglichkeit vermag gegenwärtig deshalb nicht auf die gewöhnliche Weise sich zu äussern, weil sie beinahe ganz dem Bedürfnisse der Reproduction, als dem mächtigeren Bestimmungsgrunde, gewichen ist. Die Bedingungen der Receptivität werden durch den Vegetationstrieb gehemmt. Das Wirkungsvermögen des Gehirns soll ergänzt werden. Dieses könnte jedoch nicht geschehen, wenn durch den Willen oder durch äussere Aufforderungsmittel die Wirkungskraft zu ununterbrochenen Offenbarungen genöthigt würde.

Die Art des Stoffwechsels in der Gehirnsubstanz kann von dessen Zustandekommen in den übrigen Geweben nicht verschieden sein. Demgemäss müssen die specifischen Eigenschaften, und mit ihnen die Befähigung der Gehirnsubstanz, von dem sich verflüssigenden auf das festwerdende Material übergehen. Dieser Process geht auf jedem Punkte vor sich. Vorstellungen und willkürliche Rückwirkungen auf die dazu geeigneten Organe des Körpers setzen aber voraus, dass dieses Material, besondere Apparate bildend, zu einem Ganzen vereinigt sei.

Damit jedoch die Continuität des individuellen Lebensgefühls und die daran gebundene Identität der Persönlichkeit möglich werde, ist es unerlässlich, dass jedes Atom der Hirnsubstanz nicht allein impressionabel sei, sondern dass es auch Eigenschaften besitze, welche der Summe der Eindrücke proportional sein müssen, denen das Gehirn bis dahin durch die Ereignisse des Lebens ausgesetzt gewesen ist. Der Inbegriff dieser Eigenschaften muss demgemäss beim Stoffwechsel auf das von der Hirnsubstanz neu acquirirte Material übergehen.

Es handelt sich indessen hier nicht bloss um die Uebertragung von Geweheeigenschaften, wie sie z. B. auch bei dem Stoffwechsel der Muskeln und des Zellgewebes stattfindet, sondern das Verhältniss wird dadurch einzig in seiner Art, dass die Gehirnsubstanz durch ihre Geweheeigenschaften zum Träger von Vorstellungen wird, die einer nicht zu berechnenden Anzahl von vorausgegangenen Eindrücken adäquat sind. Da nun diese Eindrücke mit den Geweheeigenschaften nicht identisch sind, und da sie nicht auf das Wesen derselben, sondern auf ein Zuständliches sich beziehen, das nicht für die einzelnen materiellen Atome des Gehirns, sondern lediglich für seine lebendige Gesammtheit existirt, — so kann mit dem Umtausche des Materials nur eine gewisse Abschwächung derjenigen Eigenschaften verträglich sein, die es in Folge von unbedeutenden Eindrücken angenommen oder besessen hatte. Dadurch werden Veränderungen bewirkt, die, wenn auch unmerklich, auf den gesammten Kreis der Vorstellungen ihren Einfluss ausüben müssen. — Unbestreitbar dürfte es sein, dass die durch das Wachsein bewirkte Abnutzung der Hirnsubstanz dazu beitragen kann, die Spuren mancher Eindrücke, d. h. die ihnen entsprechenden Veränderungen, wieder aufzuheben.

Die Erfahrung lehrt, dass oberflächliche und vorübergehende Eindrücke, sowie diejenigen, die seit langer Zeit nicht wiederholt worden sind, aus dem Gedächtnisse leicht verwischt werden. Dagegen weiss Jeder, dass Eindrücke dem Gehirne um so stärker sich einprägen, und um so beharrlicher in ihm fixirt werden, je tiefer sie dringen. Demzufolge müssen sie auch befähigt sein, entweder in dem Verhältnisse ihrer absoluten Intensität, oder nach dem Grade der Aufmerksamkeit, die wir ihnen zuwenden, angemessene Veränderungen der Geweheeigenschaften des Gehirns zu bewirken, welche nicht leicht beseitigt oder abgestreift werden können, und deshalb fast in gleichen Verhältnissen auf die zum Ansatze sich darbietende Materie übergehen.

In jeder Nacht vergessen wir einen Vorrath von Vorstellungen, die unbedeutenden oder unbeachteten Eindrücken ihren Ursprung verdanken. Die Erinnerung an ganze Lebensperioden erbleicht allmälig und schwindet endlich, bis auf einzelne mit dem Gefühle der Persönlichkeit verschwisterte, oder durch die Summe der täglich neu gebildeten Vorstellungen immer wieder aufgefrischte Reminiscenzen, völlig aus dem Gedächtnisse. Gewisse Eigenschaften der Hirnsubstanz erhalten durch die Conformität durchaus identischer Eindrücke, die im wachen Zustande mit pünktlicher Regelmässigkeit täglich sich wiederholen, ein beinahe unvertilgbares Gepräge und einen durch alle Lebensalter ziemlich sich gleich bleibenden Ausdruck. Damit stimmen die Vorstellungen überein, zu welchen solche Eindrücke die Veranlassung geben.

Während im Zustande des Schlafes neues, zur Vermittelung von sinnlichen, gemüthlichen und intellectuellen Vorstellungen geeignetes Material acquirirt wird, muss (wie leicht einzusehen ist) die Energie der verschiedenen Hirnorgane im Wachsen begriffen sein. Indem diese Redintegration vor sich geht, wird das Perceptionsorgan, durch die fortdauernde Aneignung lebenskräftiger Substanz, den Bedingungen seiner Lebensäusserungen gemäss, auch seinerseits wieder gekräftigt. Demgemäss gewinnen die in ihm haftenden Eindrücke an Frische, und in dem nämlichen Verhältnisse reihen sie sich zu einer Gesammtheit an einander. Diese Gesammtheit wird in einer Form, von der wir uns, nach der Natur der Sache, schwerlich eine richtige Vorstellung bilden können, der Seele bemerkbar, welche gegenwärtig aus dem ihrem Selbstbestimmungsvermögen unentbehrlichen Ideenkreise entrückt ist.

Wir überraschen uns bisweilen in diesem Zustande, der jedoch im Momente des Erwachens, schneller wie der Blitz, unserer Aufmerksamkeit entschlüpft, und daher jeder Beobachtung sich entzieht. Es ist kein Traum, sondern der dämmernde Horizont aller unserer in einander verfliessender Vorstellungselemente, der gleichwohl in der Tiefe unseres Wesens ein gewisses Gefühl von Continuität des Daseins zu erhalten scheint. Erst aus diesem Traumchaos, oder von diesem bleichen Hintergrunde des Traumlebens, lösen individualisirte Traumgestalten sich ab.

Die Erfahrung belehrt uns, dass eine absichtliche, willkürlich herbeigeführte Isolirung von der Sinneswelt, — indem wir unsere Aufmerksamkeit möglichst von derselben abziehen, — der ungestörten Wirksamkeit der Einbildungskraft vorzüglich günstig ist. Demgemäss vereinigen sich alle Umstände, um den phantastischen Vorstellungen bei der Zusammensetzung der Traumgesichte das Uebergewicht vor den sinnlichen Vorstellungen zu sichern. Es würde uns zu weit führen, wollten wir versuchen, die Gründe ausfindig zu machen, oder die Gesetze zu bestimmen, nach denen concrete Träume gebildet werden. Ich bemerke nur, dass ein gewisser Parallelismus zwischen der Reproduction der durch sinnliche und der durch phantastische Vorstellungen in der Hirnsubstanz bewirkten Veränderungen stattzufinden scheint.

Um die Zeit, wo der Stoffwechsel des Gehirns seiner Vollendung sich annähert, ist die Intensität des Wirkungsvermögens seiner verschiedenen Energien wie'er sehr bedeutend geworden. Die einzelnen Hirnregionen beginnen in dem Verhältnisse ihrer functionellen Beziehung in eine entsprechend verstärkte Wechselwirkung zu treten. Das Wirkungsvermögen äussert sich wieder entschiedener als Wirkungskraft. Bei dem noch gebundenen Zustande der sinnlichen Perception regt sich das bisher dämmernde Seelenleben zuerst in der Form der Phantasie, die, der Morgenröthe vergleichbar, die bevorstehende volle Wirksamkeit der Seele ankündigt. In dieser Periode beginnt die Einbildungskraft nach eigenen Gesetzen aus den ihr zugänglichen Eindrücken Gestalten zu bilden. Daher das lebendigere Colorit und die geordnetere Gruppirung der Morgenträume.

Wenn der Stoffwechsel des Gehirns sehr schnell vor sich geht, sind auch die Bedingungen zu lebhafteren, und wohl auch zu länger fortgesetzten Träumen dargeboten. So verhält es sich im Allgemeinen bei jungen Leuten; wogegen der Säugling, bei dem Mangel an individualisirten Vorstellungen, nicht sowohl träumt, sondern durch Anfechtungen des Gemeingefühls im Schlafe beunruhigt wird. Der Säugling bedarf reichlichen Schlafes, und sein Organismus bietet ihm die dazu erforderlichen Bedingungen dar. Für ihn ist die Empfindung des Hungers das wirksamste Erweckungsmittel.

Nach ihren Entwickelungsbedingungen lassen die Träume sich vielleicht folgendermaassen eintheilen:

1) Nothwendige Träume. Wenn Eindrücke sehr fest und tief der Substanz des Gehirns eingeprägt oder eingebildet worden sind, so müssen vor allen die ihnen entsprechenden Veränderungen auf das neue, durch den Stoffwechsel acquirirte Material übergehen. Dadurch wird die Gelegenheit gegeben, dass in dem aus diesem Materiale zusammengesetzten Apparate verhältnissmässig frühzeitig Eindrücke von einer grossen Präcision zur Entwickelung gelangen. Daher vermögen sie als individualisirte Traumbilder aus der dämmernden Traumwelt hervorzutreten, und ihrer Intensität gemäss der Seele sich bemerkbar zu machen. Ein am Tage erlittener heftiger Schreck wird leicht als Traumbild zum zweiten und dritten Male ängstigen. Dabei kann das Abbild durch die Phantasie mit einer von dem Urbilde sehr abweichenden Form versehen werden.

2) Zufällige Träume. Da die Energien der Sinneswerkzeuge und des Perceptionsorganes dem Wirkungsvermögen nach vorhanden sind, so können sie auch durch starke äussere Eindrücke in Wirksamkeit versetzt werden. Sehr häufig sind jedoch diese Eindrücke nicht kräftig genug, um wirkliches Erwachen zu veranlassen, sondern sie vermögen bloss aus dem Traumchaos einzelne, ihnen entsprechende Vorstellungen zur Gestaltung zu bringen. Auf diese Weise werden unläugbar durch grelles Licht (bei geschlossenen, nach oben und innen gerichteten Augen der Schlafenden), durch Geräusche, Musik, durch Kältegefühl u. dgl., nicht selten Träume erregt, die selbst zu ganzen Reihen von mehr oder minder zusammenhängenden Vorstellungen sich fortspinnen. Denn ist erst eine Vorstellung aus dem Traumgrunde unseres Seins aufgetaucht, so vermag dieselbe leicht das Aufblitzen von immer neuen, bald deutlichen, bald bleichen und gleichsam verwaschenen Traumgestalten, entweder nach causaler Association, oder in phantastischer Verworrenheit, zur Folge zu haben.

3) Pathologische Träume. Sie können sowohl durch vorübergehende Störungen des Befindens, als auch durch wirkliche Krankheitszustände veranlasst werden. In Beziehung auf jene brauchen wir nur an die Folgen zu erinnern, die so häufig nach der Ueberladung des Magens, oder nach der Aufregung durch Wein unmittelbar vor dem Schlafengehen wahrgenommen werden. Durch Schmerz, der nicht lebhaft genug ist, um das Erwachen zu bewirken, durch Flatulenz u. s. w. wird häufig zu Träumen Gelegenheit gegeben. Gewisse Krankheiten zeichnen sich dadurch aus, dass sie sogar auf die Form der Träume einen Einfluss ausüben. Dieses gilt namentlich von bedeutenden Circulationshemmungen, durch welche Hyperämie oder Anämie des Gehirns gebildet wird. Schreckhafte und beängstigende Träume sind nicht ungewöhnliche Begleiter von Herzkrankheiten. Ist das Blut der Träger von differenten Stoffen geworden, oder ist seine Bewegung sehr beschleunigt, so bleiben auch diese Umstände nicht ohne Einfluss. Beklemmung, Schwindel, überhaupt grosse Beeinträchtigungen des Gemeingefühls bei fortdauerndem Schlafe, spiegeln sich häufig in entsprechenden Traumgesichten ab.

Wenn unsere Prämissen richtig sind, so muss jeder lebhafte Traum mit einer verhältnissmässigen Hemmung des Stoffwechsels im Gehirne verbunden sein; denn individualisirte Vorstellungen verlangen Stetigkeit des zu ihrer Bildung erforderlichen Materials. Solche Träume fluctuiren deshalb, gleich so vielen anderen Ereignissen, auf der unbestimmten Grenzlinie zwischen Physiologie und Pathologie. In sehr vielen Fällen wird durch nachfolgenden tieferen Schlaf das Versäumte gleichsam nachgeholt und vollkommene Ausgleichung herbeigeführt.

Dieses kann nicht der Fall sein, wenn schwere und beängstigende Träume sich auf einander drängen, wenn sie wiederholtes Wachwerden veranlassen, oder wenn sie nicht von wirklichem Schlaf, sondern nur von unruhigem, oberflächlichem Schlummer begleitet werden.

Dagegen ist es unverkennbar, dass anhaltende, das Gemeingefühl belästigende Functionsstörungen oft im Zustande des Schlafes insofern ihre Bedeutung verlieren, als sie dann nicht mehr zur deutlichen Perception gelangen. Daher ist die Möglichkeit gegeben, dass den an anhaltender Athmungsnoth gewöhnten Schwindsüchtigen in seinem abgebrochenen Schlafe freundliche Traumbilder umschweben. Im Contraste zu den täglichen Erlebnissen scheinen sie aus dem jetzt beschwichtigten Gemeingefühle ihren Ursprung zu nehmen. Freilich bedarf es der Concurrenz vieler günstigen Umstände, damit solche Traumillusionen möglich werden. Bei den meisten Schwindsüchtigen werden sie entweder ganz vermisst, oder gehören zu den Seltenheiten.

Leicht begreiflich ist es, warum die Traumgesichte für die Schlafenden in der Regel die Bedeutung annehmen müssen, als seien sie objectiv begründet; denn es bieten sich kaum Anhaltspunkte dar, die uns, als Schlafende, bestimmen könnten, die Realität unserer Träume in Zweifel zu ziehen. Der ausgebildete Traum vertritt ja jedesmal, und zwar ausschliesslich, die gesammte Aussenwelt, und indem er unser Zuständliches innerhalb derselben bestimmt, beschränkt er unser Bewusstsein auf den Rahmen, innerhalb dessen er sich bewegt. Die freie Aeusserung des Seelenlebens wurzelt in der vollen Wirksamkeit des Einigungsvermögens. Diese ist jedoch gegenwärtig nicht *„actu“*, sondern lediglich *„potentia“* vorhanden. Die als Träume individualisirten Vorstellungen erregen die Subjectivität der Seele; aber dieselbe ist eine bedingte, und durch die Form des Traumes vorgeschriebene und gebundene. Mithin können diejenigen Vorstellungen, durch deren Bildung der Träger aller Vorstellungen, das Gefühl vom Dasein, aus der Formlosigkeit zu einer bestimmten Form übergeht, nur als an sich wirkliche Dinge aufgefasst werden.

Nicht selten werden in Träumen Ereignisse uns vorgeführt, an die wir längst nicht mehr gedacht hatten. Sie können daher nicht vergessen, sondern bloss durch neue und stärkere Eindrücke verdeckt gewesen sein. Die nicht zu berechnende Ideenassociation im Traume kann leicht zu ihrem Hervortreten Gelegenheit geben; besonders wenn man erwägt, dass der Stoffwechsel der Hirnsubstanz zur Beseitigung derjenigen Veränderungen der Materie Veranlassung zu geben vermag, welche oberflächlicheren Eindrücken ihren Ursprung verdanken.

Dass wir selten der gehabten Träume uns vollkommen erinnern, dass überhaupt das Traumgedächtniss im Allgemeinen keine grosse Stärke besitzt, dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Eindrücke, welche die meisten, unsere Träume repräsentirenden Vorstellungen in der Substanz des Gehirns hinterlassen, nicht intensiv genug sind, um bleibende Veränderungen zu bewirken. Dazu kommt noch, dass eingetretene Veränderungen, bei nachfolgendem traumlosen Schlaf, durch den wieder in Gang gebrachten Stoffwechsel am leichtesten wieder verwischt werden können. Die grössere Lebendigkeit, mit der wir uns in der Regel der Morgenträume erinnern, scheint dieser Ansicht zur Bestätigung zu dienen.

Im Gegensatze zu den wirklichen Träumen findet das Zusammenschrecken und Auffahren im Schlafe häufiger und stärker nach dem Beginnen als gegen Ende des Schlafes sich ein, obgleich eine feste Regel in dieser Hinsicht nicht nachweisbar ist. Selten wird das Auffahren von einem deutlichen Traumgesichte begleitet, sondern es stellt sich als eine plötzlich eintretende heftige Alteration des Gemeingefühls dar, und kündigt sich in der Form von meist unbestimmter Angst oder als Schreck an, wie er vor und bei einem Sturze von der Höhe empfunden wird. Man könnte es mit einem Traume des Gemeingefühls vergleichen.

Dieses bleibt am längsten im vollen Besitze seiner Wirksamkeit, und bethätigt sie auch noch dann, wenn die Sinneswelt bereits am Horizonte unseres Bewusstseins im Verschwinden begriffen ist. Indem während dieser oft lange fortgesetzten Uebergangsperiode noch keine deutlichen Träume gebildet zu werden anfangen, so kann das gewissermaassen unbewachte oder sich selbst überlassene Gemeingefühl durch geringfügige und vorübergehende Eindrücke, aber noch viel entschiedener durch wirklich pathologische Impressionen leicht auf das Heftigste allarmirt werden. Da nun die Ausgleichung solcher Eindrücke durch das Einigungsvermögen des Gehirns gegenwärtig wegfällt, so vermögen sie eben so leicht, völlig unvermittelt, auf das Centralorgan der Motilität fortgesetzt zu werden, und Erschütterung der Muskeln zu veranlassen.

Das Sprechen im Schlafe ist häufig verwandten Ursprunges. Denn man vernimmt seltener articulirte Worte, sondern hauptsächlich ein fast unverständliches Lallen, oder blosses Aufschreien. Gewöhnlich liegen unentwickelte Träume zum Grunde, die von Verstimmungen des Gemeingefühles ausgehen, oder die in rascher und verworrener Suc-

cession gebildet werden, indem pathologische Eindrücke dem Traumchaos ihr Colorit ertheilen. Bei Kindern ist sehr unruhiger, durch Umherwerfen, weinerliches und ängstliches Schwatzen und Schreien, und durch Aufschrecken ausgezeichneter Schlaf immer von pathologischer Bedeutung. Dagegen findet man, und zwar besonders bei Erwachsenen, dass recht ausgebildete Träume von tiefer Ruhe des Schlafes begleitet werden, welche jede Bewegung und jeden Laut ausschliesst.

Wir müssen zum Schlusse noch den Alp oder das Alpdrücken erwähnen. Die Charakteristik dieses Symptomes (das in verschiedenen Schattirungen zum wirklichen Traume werden kann) besteht darin: dass die Schlafenden durch die Empfindung eines pressenden oder schnürenden, das Athmen ungemein erschwerenden Druckes auf der Brust geängstigt werden; dass damit die Vorstellung verbunden ist, als werde jener Druck durch ein den Körper umfassendes, auf ihn sich lagerndes thierisches, menschliches oder gespenstiges Ungethüm ausgeübt; dass die Schlafenden zu fliehen und um Hülfe zu rufen beabsichtigen, aber dabei, unter zunehmender Beängstigung, des Unvermögens inne werden, irgend eine Bewegung auszuführen; dass sie endlich in diesem Zustande von Gebundenheit mehr oder weniger klar sich bewusst sind zu träumen, und nicht zu wachen. Das Erwachen erfolgt gewöhnlich plötzlich. Die Betroffenen sind oft noch athemlos, aufgeregt, bisweilen mit Schweiss bedeckt, fühlen jedoch bei einfachen Verhältnissen keine weitere Belästigung.

Mit den Specialitäten des Alpes können wir uns nicht beschäftigen. Derselbe scheint mir mit vollem Rechte den Namen eines Halbtraumes zu verdienen. Es findet eine mächtige, gewöhnlich durch plötzlich entstandene Functionshemmung des Circulations- und des Respirationsapparates verursachte Verstimmung des Gemeingefühls statt, die aber den in der Regel tiefen Schlaf unmittelbar nicht gänzlich zu verscheuchen vermag. Während dem allmäligen Nachlasse der Bedingungen des Schlafes wird eine der Störung des Gemeingefühls analoge Traumvorstellung gebildet, indem zu gleicher Zeit das Bewusstwerden körperlicher Angst zur Steigerung der hemmenden Wirkung beiträgt.

Rademacher's Erfahrungsheillehre.

Vorgetragen im Löwenberger Kreis-Vereine von Hrn. Dr. Jungo in Friedeberg [1].

Als ich mir die Rademacher'sche Erfahrungsheillehre zum Gegenstande meines heutigen Vortrages wählte, da lag der erste Antrieb dazu allerdings in dem Wunsche, selber mit dieser Lehre näher bekannt zu werden; denn abgesehen von dem wissenschaftlichen Interesse, welches uns jedes einschlagende Bestreben beachtungswerth macht, tritt uns praktisch diese Heilmethode in Kranken und Collegen da und dort an, und wir wollen doch mit ihnen als Wissende verkehren, dann aber werden wir wohl auch selber, versuchsweise oder durch die Noth gedrängt, uns dieser Methode zuwendend, manche unserer Erfahrungen in ihr erklärt, bestätigt finden, — da ist es denn doch wohl gut, sich eine Ein- und Uebersicht von ihr zu verschaffen. Das macht uns der alte Rademacher indessen nicht leicht; es ist kein kleines Pensum, seine beiden dicken Octavbände durchzulesen, sich in diese oft ungelenke, oft barocke Sprache hineinzufinden, eine Sprache, welche das Studium Paracelsischer Schriften mit all deren Eigenthümlichkeit gefärbt hat; endlich ist das ganze Werk, wie der Verfasser dies selber angiebt, in desultorischer Weise so nach und nach zusammengeschrieben, gleichsam als Fixirung bequemlicher Reden und Auslassung, wie sie ein älterer Praktiker im Kreise befreundeter Collegen wohl vorträgt. Da ist von einer systematischen Behandlung natürlich nicht die Rede, da wechselt Gedanke und Erfahrung, allgemeinster Satz und speciellster Fall, da corrigirt ein Tag den andern, da läuft mancher Widerspruch ganz unbefangen mit fort, da bleibt eine Menge ungelöster Fragen und Dunkelheiten übrig, die entweder gar nicht bemerkt oder ganz ehrlich zugestanden und als ungelöste Probleme stehen gelassen werden. — Kurz die Einheit dieser Lehre liegt nicht in ihr und auch nicht im Buche, sondern rein im Autor, und so wird sie immer wieder in Jedem liegen müssen, der sich dieser Methode zuwendet. Ein Jeder ist genöthigt, sich dazu ein System zu bilden, wenn er sie nur einigermaassen rationell, ja nur bequemlich handhaben will. Doch dies wenigstens hat Rademacher gegen Hahnemann, mit dem man in gleichem Falle war, voraus, dass er eine wissenschaftliche ärztliche Bildung gleich präsumirt, obgleich er eben diese Wissenschaft sehr anzweifelt, und dass somit diese Heilmethode nicht sofort den Nichtärzten verfallen kann und wird, ein Umstand, der weniger den Aerzten, als ihr selber zum Heil gereichen wird.

Rademacher, denn mit seiner Charakteristik müssen wir beginnen, gehört unter die Menschen, welche hienieden eine absolute Wahrheit begehren. Da aber diese für uns nicht fassbar ist, wir uns vielmehr mit einer relativen begnügen müssen, und es unsere Aufgabe nur ist, diese absolute Wahrheit in immer sich aus einander entwickelnden, annähernden Bildungen zur Anschauung zu bringen; so kommen wir beständig in den Fall, dass jede gefundene Wahrheit über sich hinaus deutet, auf eine zu findende, und die rückwärts liegenden Gestaltungen als unvollkommene, irrige, eben als überlebte abthut. Das ist so Ziel als Reiz des Strebens, und in diesem Suchen nach Wahrheit hat jeder Mensch, jedes Volk, jede Zeit seine Aufgabe zu lösen und findet auch seine Wahrheit, allein Vielen erscheint dieses lebendige Fortschreiten als ein trauriges Fortschleifen von Irrthum zu Irrthum, und indem sie Ruhe und Sicherheit in der Wahrheit suchen, in Wirklichkeit in ihr aber nur immer eine fortdrängende Unruhe finden, stehen sie muth- und hoffnungslos von allem Streben auf diesen Bahnen ab, oder wenden sich doch eben nur den niederen Auffassungen der Wahrheit, der Sinnenanschauung und der blossen Verstandesbegreiflichkeit zu, weil eben in diesen noch am meisten Sicherheit ist — die Welt der Idee, also des Vernunftbegriffes, dagegen weisen sie als unfassbar schlechthin ab, oder verfallen auch einer dunklen Mystik, also dem Unglauben oder dem Aberglauben. Eine solche Erscheinung bietet uns nun Rademacher in der Medicin dar, und weil er eben so ein ehrlicher, als mild gemüthlicher Mensch ist; weil er in seinem Buche uns mit grosser Offenheit die Genesis seiner Anschauungsweise, sein geistiges Leben vor Augen legt: so gewährt das einen Reiz, der uns immer und immer wieder zu seinen Bekenntnissen — denn so möchte ich sein Buch nennen — hinzieht. Es ist die Verzweiflung an aller ärztlichen Wissenschaft, die ihn zuletzt zu seiner Erfahrungsheillehre hingedrängt hat; da er aber nach seiner geistigen Complexion nicht ganz auf die gemeine Erfahrung, auf die blosse Casuistik sich beschränken konnte; so hat er sie an die Lehre der alten Geheimärzte angelehnt, mit der sie doch eigentlich nur lose, vielleicht nur durch einen einzigen Gedanken zusammenhängt. Da muss man sich denn eine weit fortgeführte Apologie des Paracelsus gefallen lassen, seine ungelenke Sprache durch das ganze Buch durchklingen hören, ja selbst die Dunkelheiten dieser alten Geheimärzte als pfiffige Verhüllung tiefster Weisheit hinnehmen. Indessen hält uns Rademacher diesen Kelch mit einer solchen Gutmüthigkeit vor, dass wir ihn geduldig hinnehmen; auch sind wir allerdings jenen Aerzten, und namentlich ihrem Haupte, zu grossem Dank verpflichtet.

Es braucht hier nur daran erinnert zu werden, wie Paracelsus, der Galenischen Zeit und Schule gegenüber die Einheit und Totalität des Lebens wieder zur Geltung brachte, von einem abstracten Spiritualismus, der die Basis realer Naturanschauung so weit verloren hatte, dass sogar die anatomische Kenntniss des Menschenleibes ihm entschwunden war, wieder zu einer tüchtigen unbehinderten und lebendigen Naturbetrachtung zurückdrängte. Diese Idee der Einheit und Totalität des Lebens drückt Paracelsus in dem Bilde vom Makrokosmus und Mikrokosmus aus, so dass also der Mensch im Kleinen eine Gesammtdarstellung der grossen Welt, besonders aber des Erdganzen sei, gleichsam eine Blüthen- und Gipfelbildung, in der sich das Gesammtleben im Kleinen selbstbewusst wieder darstelle, während alle andern Naturwesen nur die einzelnen Theile und Lebensrichtungen, etwa die umhergeworfenen aber für sich lebenden Glieder des Menschen seien. Es ist dies übrigens eine Idee, welche namentlich unsere Naturphilosophie vielfach genährt und fortgebildet hat. So entspricht denn jedem Theile, jedem Organe im Menschen irgend ein Naturkörper: eine Pflanze, ein Thier, ein Mineral, ein Salz, und weil diese Naturkörper in ihrer Besonderheit und in ihrem unmittelbaren Zusammensein mit dem unwandelbaren und unkräftigen Naturleben ihr eigenthümliches Wesen reiner und tüchtiger erhalten haben als dies der entsprechende Theil im Menschen vermag, so werden sie für diesen Heilmittel sein wenn er erkrankt, indem sie ihm von ihrem gesunden Naturleben wieder die nöthige Fülle und Kräftigung zuführen. In diesem Sinne bedient sich Paracelsus des Ausspruches: Gleiches müsse durch Gleiches geheilt werden — man darf also dabei durchaus nicht an die Hahnemann'sche Auffassung denken. — Ausdrücklich sagt er z. B. also sind die Kräuter auch Glieder; das ist ein Herz, das ist eine Leber, das ist eine Milz etc.

[1] Der obige Vortrag ist mir von einem Freunde aus dem Löwenberger Kreise mit der Bitte zugesandt, ihn in der „deutschen Klinik" abdrucken zu lassen. Ich thue dies, um aufs Neue den Beweis zu liefern, wie sehr die Rademacher'sche Lehre die Aerzte zu beschäftigen anfängt. Wie auch Hr. Junge andeutet, hat es seine Schwierigkeiten, Rademacher auf dem Gang seiner Entwickelung und seiner Darstellung zu folgen. Es liegt das zum Theil gewiss an seiner, ich möchte sagen, mystischen Ausdrucksweise, und gewiss ist sie für manche seiner Anhänger ebenso das Anziehende, als es für andere das scheinbar Leichte und Natürliche ist, womit sich die neue Lehre, wenn man sie so nennen will, handhaben lässt. Bei der steigenden Aufmerksamkeit, die Rademacher unleugbar erregt, wäre eine partei- und tendenzlose gründliche Beleuchtung des Neuen und Alten, des Wahren und Falschen, was sein Buch bietet, gewiss sehr wünschenswerth. Möchte sich zu einer solchen recht bald Jemand verstehen! G.

dass all Herz ein Herz sei, dem Auge sichtbar, ist nichts, sondern es ist eine Kraft und eine Tugend dem Herzen gleich — aus dem folget nun, dass die Satzung der Recepte also geordnet werden muss, auf dass das Glied zum Gliede komme, je eines dem andern gereicht werde — das Herz dem Herzen, Lunge den Lungen etc. kurz jedes kranke Organ hat in der äussern Natur sein Heilmittel und das zu finden und anzuwenden ist Aufgabe der Heilkunst. Dieser Paracelsus'sche Satz ist es, den Rademacher in einer langen Praxis mit Ausdauer, Eifer, fleissiger Beobachtung und gutem Humore zur Geltung gebracht hat. Die grosse Kluft zwischen Theorie und Praxis, wenn Sie wollen, zwischen Geist und Leib der Medicin, hat er nicht zu unterdrücken vermocht, darum hat er sich rein der Heilpraxis zugewendet und für diese sich nach einer haltbaren und erkennbaren Grundfeste umgesehen. Dieser Grundfesten giebt es nach ihm drei.

Die erste ist die Beachtung und Gruppirung der Krankheitszufälle und Anwendung der Mittel, die Zufall oder Erprobung an die Hand gegeben haben. Wir bekommen dadurch eine Symptomen-, eine Namenheilkunst und sie existirt noch in den Praktikern, die ohne Nachdenken aus den Symptomen sich den Krankheitsnamen zusammenstellen und nun diesen mit den gelernten Mitteln kuriren. Diese kuriren zuletzt eine Krankheitsform, aber keine Krankheit und am wenigsten einen Kranken.

Von diesem Unwesen hat man als Badearzt oft genug Gelegenheit, Erfahrung zu machen — der Kranke leidet an der Gicht — nach Warmbrunn, an der Brust nach Salzbrunn, an einer weiblichen Krankheit nach Flinsberg etc., sind denn Namen die Indicationen — soll es nicht vielmehr die Natur der krankhaften Zustände sein? Allein es fehlt dieser obigen Grundfeste auch die Erkennbarkeit, denn sehr häufig ist es gar nicht möglich, ein vollständiges Krankheitsbild uns zu beschaffen, so bei Irren, Kindern, Schwachen, Delirirenden, ja überhaupt bei Kranken, deren Gefühle eben alterirt sind. Darum greift auch Herr Hahnemann, der in unserer Zeit die Basis der rohen Erfahrungsheillehre wieder erhoben, und sie als die einzig richtige hingestellt, so oft fehl.

Die zweite Grundfeste ist die Kenntniss des belebten Menschenleibes. Da nun aber eine genaue Kenntniss desselben nicht möglich ist, der eine Arzt denselben immer besser kennen wollte als der andere, so erbaut sich darauf eine Menge Theorien und es haben so viele gelehrte und philosophische Köpfe es endlich dahin gebracht, dass jetzt kein Arzt mehr weiss, woran er ist, und demüthig mit Claudius sagen muss: Wir stolzen Menschenkinder, sind eitel arme Sünder, und wissen gar nicht viel. Wir spinnen Luftgespinnste und suchen viele Künste, und kommen weiter von dem Ziel.

Das ist die Summe von Rademacher's Skepsis in der Medicin — er spricht unsrer Wissenschaft die Möglichkeit ab, die absolute Wahrheit zu erkennen, das müssen wir ihm zugeben, und relative genügt ihm nicht. Denn so argumentirt er weiter, wir wissen eben nicht, was Leben ist, wir kennen seine Materie nicht und nicht den wichtigsten Punkt: Das Verhältniss des belebten Leibes zum All der Natur. Hier häuft R. eine Menge Fragen und geräth in einen Schwung der Rede, die uns fast an die erhabensten Stellen im Hiob erinnert — alles, nur zu beweisen, dass diese Grundfeste nicht erkennbar sei. Und nun führt er noch eine Reihe von Erscheinungen an, die alle für seine Meinung sprechen. Es bleibt ihm demnach nur die dritte Grundfeste übrig, und diese ist die Heilwirkung der Arzneimittel. Hierbei muss man jedoch nicht an die arzneilichen Kathegorien der alten Schule denken, nicht an reizende, alterirende, drastische, roborirende etc. Mittel, sondern bloss an die Heilwirkung überhaupt, an das Zurückführen des Erkrankten zum Normalzustande. Diese Heilwirkung ist unwandelbar wie die Naturgesetze überhaupt, und wenn z. B. ein Heilmittel in diesem Jahre eine Krankheitsform nicht bezwingt, die sie im vorigen heilte, so beweist das eben nur, dass man eine andere Krankheit vor sich habe und dass dies nicht das Heilmittel sei — man hat die nosologische Form mit der Krankheit selber verwechselt; was man durchaus nicht thun darf. Ferner ist diese Grundfeste vollkommen erkennbar, denn das fühlt und begreift der Kranke wie der Arzt ob die Gesundheit wiederkehrt, und somit das Heilmittel eben das Heilmittel sei. Hier liegt die Erkenntniss innerhalb der Sinnes- und der begreiflichen Verstandeswahrheit.

Die Erfahrungsheillehre erkennt nur eine Krankheitsursache, welche der innere zureichende Grund der Krankheit ist, die *Causa continens* und deren Entfernung die Krankheit hebt; Eine z. B. auf die *Causa occasionalis* gerichtete Kur kennt sie nicht. Das Wesen der Krankheit ist nicht erkennbar, nur die Beziehung derselben zum Heilmittel und es giebt also so viele erkennbare Krankheiten, als es wahre Heilmittel giebt. Es giebt keine Angina, keine Pleuritis, keinen Icterus etc. mehr, sondern Krähaugen-, Quassia-, Schwefel-, Cochenille- etc. Krankheiten. Somit müssen wir uns unsrer ganzen gewohnten Nomenclatur entwöhnen, unsere ganzen nosologischen Systeme fallen vorläufig zusammen und unsere Heilkunst, die bis jetzt ihre Basis im Menschen suchte, ist hinausgewiesen auf die in alle Welt gestreuten Heilmittel. Ueberlegt man sich das, so wird Einem im Augenblicke etwas schwindlig, man fühlt den Grund unter den Füssen wanken, allein es deutet doch alles wieder auf den belebten Einen Menschen zurück, wie in ihm sich die reiche, vielgestaltige Natur bewusst sammelte, in diesem Gipfelpunkte zusammenrann; so auch diese Heilmittellehre. In der alten Medicin greift der kranke Mensch nach allen Seiten nach Hülfsmitteln, in dieser neuesten dringen sie von aussen auf ihn herein, werden durch strebsame Geister ihm zugeführt — zweifeln wir nicht dass auch hier ein lebensfähiger Gegensatz sich andeute, der zu einer höhern Einheit führt. Indem wir nun zur Betrachtung der Heilmittel übergehen, müssen wir nochmals an den obigen Satz des Paracelsus erinnern, dass Gleiches durch Gleiches geheilt werde, und dass jeder Theil und jedes Organ im Menschen ein entsprechendes Heilmittel in der umgebenden Natur habe. Demnach wären denn alle Heilmittel Organheilmittel und so werden sie nun nach den Organen oder vielmehr Körpertheilen eingetheilt in Bauchmittel, Lebermittel, Milzmittel, Bauchspeicheldrüsenmittel, Magenmittel, Darmmittel — und in Mittel für die Brust und deren Theile, endlich in Mittel für den Kopf und dessen Theile. Diese Mittel helfen nur bei den Urerkrankungen dieser Organe, jedoch nicht bei den consensuellen und es sind diese eben an der Unwirksamkeit der entsprechenden Organmittel zu erkennen. Der Kranke bleibt krank, wenn auch das eine oder andere Symptom schwindet; da aber im Symptome nicht die Krankheit liegt, sondern in der Totalität des Befindens, so ist nicht von einer Heilung die Rede, und es muss das Organmittel weiter gesucht werden. Ein bedenklicher Fall trat aber da ein, als Krankheiten eines Organes, z. B. der Leber, durch verschiedene Mittel geheilt wurden, hier erkannte Rademacher, dass ein Organ verschiedene Urkrankheiten haben könne, dem also auch verschiedene Mittel entsprechen — so sind Quassia, Chelidon, salzsaurer Kalk, *Nux vomica*, Saffran, alles Lebermittel, aber für verschiedene Erkrankungen, deren Sitz Rademacher in den verschiedenen Theilen der Leber, in ihrer obern und untern Fläche, in ihrem Innern, in der Gallenblase etc. sucht, und hierbei eine Reihe praktischer Winke giebt, die einem folgenden Heilkünstler von Nutzen sein werden.

Dies ist der Kern der Rademacher'schen Erfahrungsheillehre, insofern sie sich auf die Organheilmittel bezieht. Wenn wir von specifischen Heilmitteln sprechen, d. h. von Heilmitteln, die eine eigenthümliche Beziehung zu gewissen krankhaften Richtungen des Lebens haben, somit eigentlich auf das Wesen der Krankheit bezogen werden, auf ein nach Rademacher nicht Erkennbares, auf ein blosses Abstractum, so haben wir hier specifische Mittel, die sich auf das erkrankte Organ unmittelbar beziehen und somit ein volles Leben, d. h. Kraft und organische Basis gleich decken. Dass damit etwas Neues und Nützliches für die specifische Heilwirkung gewonnen, dass die Einheit und Totalität gefasst sei, wird man nicht läugnen können; ebenso ist die Verschiedenheit von der Auffassung der Homöopathie nicht zu verkennen, da diese die Arzneiwirkungen nur äusserlich auf die Krankheitsform bezieht und sich erst jetzt zur Innerlichkeit und organischen Beziehung fortbildet. Aber grosse Schwierigkeiten bietet die Rademacher'sche Lehre in ihrer praktischen Anwendung, da sie rein auf den Versuch hingewiesen ist und die Organkrankheiten nicht nur räumlich sich immer neu gestalten, sondern auch zeitlich, indem im Fortgange der Lebensentwickelung der einzelnen Menschen wie der Menschheit immer neue Krankheiten auftreten. Wie sehr auch Rademacher eifert gegen die Annahme, als könne man irgend das Wesen der Krankheit erfassen, dennoch muss er selber darauf denken, muss wenigstens erforschen, in welchem Organe das Urleiden seinen Sitz hat und ob es dort wirkliches Urleiden oder blos consensuelles ist.

Kein denkender Arzt kann auf die Dauer den reinen Versuchsweg inne halten, er wird den Versuch rationell in die engsten Gränzen einzuschliessen suchen und selbst der blosse Versuch setzt schon eine Richtung auf die innere Natur der Krankheit voraus. Aber mögen inzwischen thätige, unbefangene und scharfsinnige Aerzte noch auf dem Versuchswege fortgehen, um ein immer reicheres Material zu beschaffen; so gut die Homöopathie ihre sichtenden und organisirenden Geister gefunden hat und dann in der Heilkunst ebenbürtig als Methode eingetreten ist, so gut wird es auch diese Rademacher'sche Erfahrungsheillehre. Gegenwärtig giebt sie statt der Indicationen nur erst praktische Winke, und nur ein Vielerfahrner wird sie mit Erfolg üben können. Rademacher selbst gesteht dies zu und warnt vor Missbrauch; selbst das gebrauchteste Heilmittel, so sagt er, könne man unter 4 Jahren nicht auslernen und mit andern sei er in 20 Jahren nicht zu Rande gekommen.

Den Organmitteln setzt Rademacher nun noch Urmittel entgegen, welche die Urkrankheiten heilen. — Urleiden sind solche, die nicht Organleiden sind, eine andere Definition wird nicht gegeben und kann nicht gegeben werden, da das Wesen der Krankheit nicht erkennbar ist, sondern nur ihr Unterschied von andern, allein auch dies zu bestimmen, ist wieder nicht möglich, da der Mensch nicht scheiden kann,

was die Natur nicht getrennt hat. So Rademacher und mag Jemand dieses Räthsel lösen.

Es giebt kein Zeichen für eine Urkrankheit als das beeinträchtigte Gesundheitsgefühl, doch auch bei consensuellen Affectionen ist dies vorhanden und manchmal fehlt es bei Urleiden. Unregelmässige Circulation ist ein weniger sicheres Zeichen, und Fieber ganz unbrauchbar. Dasjenige was bei diesen Urkrankheiten erkrankt, nennt Rademacher Gesammtorganismus, ohne sich jedoch näher über denselben zu erklären, nur beispielsweise führt er die Entzündlichkeit an, welches auch ein solches Gesammtleiden sei, das erst in bestimmten einzelnen Entzündungen seine individuelle Manifestation finde. Aber nach seiner vollleibendigen Auffassungsweise kann er kein Leiden ohne organische Basis hinstellen, er muss also auch für diese Urkrankheiten eine solche suchen und er erklärt sie für Erkrankungen des Urgewebes — seine Bestimmung ist schwer, seine Function dunkel, doch geht wohl in ihm die ganze Massenbildung und Umbildung vor, auch sei es der Sitz der Fieber.

Darauf nun wirken die Urmittel, und weil das Urgewebe den ganzen Leib ausmacht, so sind die Urerkrankungen, Gesammterkrankung und die Urmittel, Universalmittel. Bei Organleiden helfen sie nichts, sie sind demnach Erkennungsmittel, Erleichterungs- und Fristungsmittel. Es giebt der Universalmittel drei, nämlich *Natrum nitricum*, Eisen und Kupfer und folglich 3 entsprechende Erkrankungen, deren Unterscheidung an sich schon sehr schwierig ist und die es noch mehr wird, weil ihre Urleiden in einander übergehen. So geht Salpeter in Kupfer über bei Alten, Schwachen, nach Missbrauch des Quecksilbers und übermässigen Blutentziehungen, Salpeter in Eisen oft noch rascher und dies besonders zu Zeiten wo Salpeterkrankheiten herrschen — Eisen in Salpeter sehr selten, doch verträgt eine schwache Salpeterkrankheit anfangs Eisen, wird aber dadurch leicht bösartig — Kupfer in Eisen ist Rademacher'n nie vorgekommen. Eisen und Kupfer sind dem Salpeter entgegengesetzt, unter sich stehen sie nebeneinander.

Ein specielles Eingehen in die Heilmittel selber liegt nicht in meinem Plane und würde die Gränzen eines Vortrages in unserm Vereine überschreiten, wenn es irgend genügend sein sollte, aber im Allgemeinen bemerke ich noch, dass sich diese 3 Universalmittel den beiden höhern Systemen anfügen — indem nämlich Salpeter zur Thätigkeit des Blutsystemes sich deprimirend verhält, während Eisen dasselbe hebt und kräftigt, Kupfer aber in seinen Präparaten sich dem Nervensysteme zuwendet. Da ist denn der Uebergang von Salpeterkrankheiten in Eisen und Kupferkrankheiten wohl erklärlich, besonders nach deprimirenden Einflüssen, ebenso in schwachen Salpeterkrankheiten eine schnell vorübergehende Besserung auf milde Eisenmittel, allein die ganze Lehre von den Universalmitteln ist so verworren, dass sie durchaus noch eine besondere Bearbeitung fordert. Mir genügt es, wenn ich hoffen darf, dass ich, mich selber orientirend, meinen verehrtesten Collegen eine möglichst gedrängte Uebersicht einer Lehre gegeben habe, die noch vollkommen unabgegohren dem Publiko vorgelegt ist, nicht als ein Fertiges, sondern als die ersten Schürfungen einer neuen, vielleicht doch sehr probehaltigen Bergart, zum Anreiz für Andere, die nachfahren und Gediegeneres zu Tage zu fördern hoffen können. Sei ihnen ein hoffnungsvolles Glück auf! zugerufen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.

Von
Dr. Theodor Clemens,
prakt. Arzt und Assistenz-Arzt daselbst.

Spasmi sutorum, Schusterkrämpfe [1]). (Eine Motilitätsneurose.)

Ein eigenthümliches, im ärztlichen Publikum noch wenig gekanntes und in unseren Handbüchern noch nicht genanntes Krankheitsbild, eine Motilitätsneurose im Bereiche der motorischen Nerven der oberen Extremitäten. — Die Schusterkrämpfe haben in mancher Beziehung Aehnlichkeit mit dem Schreibekrampf, unterscheiden sich jedoch auch wieder wesentlich von diesem. Unter allen bis jetzt beobachteten Fällen waren die Leute, wie dies beim Schreibekrampf fast immer der Fall ist, nicht genöthigt, ihr Geschäft zu verlassen. Die Stellung der Hand beim Nähen der Schuster und das Drücken des Pfriemenkolbens in die Volarfläche der Hand beim Bohren rufen bei den vom Krampf Ergriffenen nicht immer einen Anfall hervor, eben so wenig kann man die Krämpfe durch Kitzeln der Handballen hervorrufen. Es scheinen demnach diese eigenthümlichen Krämpfe nicht die Folge eines Reflexreizes zu sein, wie dies beim Schreibekrampf geglaubt wird, sondern die Wirkung einer peripherischen Affection motorischer Nerven. Die Anfälle kommen plötzlich, ohne Vorboten, ohne bedingende Momente, manchmal selbst dann noch, wenn die davon befallenen Individuen wochenlang weder gearbeitet, noch einen Versuch dazu gemacht haben. Der Schusterkrampf hat ferner die Eigenschaft, sich sympathisch zu verbreiten, sowohl nach der Länge als auch nach der Queere der Rückenmarksstränge. In allen Fällen tritt er in Form eines zugespitzten Pfötchens in der rechten Hand zuerst und am heftigsten auf, in den wenigsten Fällen bleibt es jedoch bei dieser Localisation. Nie befällt der Krampf Oberarme und Oberschenkel, sondern nur Hände und Unterarme, Füsse und Unterschenkel. Der Krampf ist tetanisch und befällt Flexoren und Extensoren gleich stark. In den meisten Fällen ist der Verlauf des *Nervus ulnaris* schmerzhaft; während des Krampfes erregt Druck auf den *N. ulnaris* fast immer Schmerz. Das jugendliche Alter scheint am empfänglichsten. Von den hier aufgezählten ergriffenen Individuen ist keines über 21 Jahre und 6 unter dem 20. Jahre. In allen Fällen wurde anhaltende und anstrengende Beschäftigung als Entstehungsursache angegeben, und bei den meisten sind Rückfälle eingetreten. Nur in einem Fall war allgemeines Rückenmarksleiden ausgesprochen und die Sensibilität der Hautnerven getrübt; in der Regel sind die Handkrämpfe von keinen Gefühlsalienationen begleitet, und bleibt auch nach den Anfällen keine grössere Reizbarkeit der betreffenden Nerven, und nur in wenigen Fällen ein nicht bedeutend getrübtes Allgemeinbefinden zurück. Alle übrigen Functionen gehen ungestört ihren Gang, und selbst wenn der Krampf sympathisch sich symmetrisch vervierfacht, so traten in keinem solchen Fall irgend lebensgefährliche Symptome auf. Nur in zwei Fällen wurde ein deutlich schmerzhafter Wirbel beobachtet, ohne dass Druck auf denselben von Einfluss auf Entstehung oder Veränderung der Krämpfe gewesen wäre. Während der Krampfanfälle ist der Rücken eben so wenig schmerzhaft, Sensorium immer ganz frei, Puls und Herzschlag nicht wesentlich verändert. Die Behandlung war in den meisten Fällen eine allgemeine; Ruhe ist wohl die Hauptsache, und dürfte die passendste Behandlung bei fortgesetzter anstrengender Beschäftigung nur wenig oder gar nichts bessern. Nur in einem Falle konnte Neigung zu allgemeinen Krämpfen nachgewiesen werden; sonst waren die befallenen Individuen meist gesunde, kräftige junge Leute. Alle verliessen das Hospital als geheilt. Nie wurde bei anderen Individuen das gleiche Krankheitsbild auch nur vorübergehend beobachtet.

Fall I. J. Thomas, 19 Jahre alt, aus Oberursel, Schuster, tritt am 20. Febr. 1849 in das Hospital. Er ist schwächlich gebaut, Rücken ziemlich abgemagert. Kein Wirbel schmerzhaft, auch bei den Krampfanfällen nicht. Der Krampf tritt in beiden Händen auf, vorzüglich und am stärksten in der rechten, welche zuerst von dem Krampf ergriffen wurde. Die Hände werden gewöhnlich zuerst in Form einer Faust geballt, worauf sie allmälig die Form eines stark gespitzten Pfötchens annehmen. Der Daumen ist dann in die Hand geschlagen und liegt fest an den dritten Finger angedrückt, ohne dass jedoch das Nagelglied des Daumens gekrümmt ist. Die Finger sind überhaupt extendirt, ohne dass die Flexoren erschlafft sind. Vollkommener Tetanus der Hand. Während der Anfälle klagt Pat. oft über ziemlich lebhaften Schmerz in den Flexoren und im Lauf des *Nerv. ulnaris*. Der Verlauf dieses Nerven ist gegen Druck empfindlich. Die Anfälle kommen ganz plötzlich, ohne Vorboten, dauern meistens $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ Stunden und wiederholen sich oft mehrmals im Tage. Nach den Krampfanfällen ist ein häufiger klebriger Schweiss der Handteller auffallend, sonst ist das Allgemeinbefinden wenig getrübt. Pat. bekommt Bäder und *Aq. laurocerас.* ℥j 3 Mal täglich 30 gtt., und wird nach 14 Tagen als geheilt entlassen.

Fall II. Th. Fischer, 19 Jahre alt, aus Busskirchen, Schuster, tritt am 1. Dec. 1841 in das Hospital. Er klagt über einen oft plötzlich auftretenden Schmerz und Steifigkeit der rechten Hand. Die Finger, und besonders der Daumen, sind oft steif und schmerzhaft und werden in Form eines Pfötchens zusammengezogen. Das Handgelenk ist etwas angeschwollen. Er will dieses Leiden in Folge mehrtägig sehr angestrengter und anhaltender Arbeit bekommen haben. Allgemeinbefinden sonst nicht getrübt. Laugenbäder. Wird am 6. Dec. geheilt entlassen.

Fall III. C. Weber, 21 Jahre alt, aus Wiesbaden, Schuster, tritt am 8. März 1841 in das Hospital. Seit 8 Tagen hat Pat., ohne eine besondere Veranlassung angeben zu können, Ziehen und Reissen im ganzen Körper, besonders in beiden Armen vom Ellenbogen bis in die Finger. Die Finger beider Hände werden oft plötzlich krampfhaft

[1]) S. Henle u. Pfeufer's Zeitschr. für rationelle Medicin, Bd. X. p. 31: Zur Lehre von den Nervensympathien von Dr. Th. Clemens.

zusammengezogen, so dass Pat. es nicht vermag, sie von freien Stücken auszustrecken. Die Hände sind wie ein Pfötchen geformt, und alle Erscheinungen an der rechten Hand immer prävalirend. Zeitweise treten Zuckungen in den Armen auf. Allgemeinbefinden sonst nicht getrübt. Laugenbäder. Pat. wird am 15. März geheilt entlassen.

Fall IV. P. Lüdemann, 16 Jahre alt, aus Kroneberg, Schuster, tritt am 12. Dec. 1842 in das Hospital. Pat. hat schon im vergangenen Sommer 8—14 Tage lang an krampfhaftem Zusammenziehen der Finger der rechten Hand gelitten. Seit vorgestern hat Pat. zwei heftige Krampfanfälle der rechten Hand gehabt. Jeder Anfall dauerte 4—5 Minuten. Allgemeinbefinden weiter nicht getrübt. Kein Schmerz im Rücken. Am 13. ein 2 Minuten langer Krampfanfall der rechten Hand. Die Hand ist in Form eines Pfötchens starr geschlossen und die Finger sind unbeweglich. Jeder Versuch, sie von einander zu entfernen, ist schmerzhaft. Den 15. Pat. fühlt sich schwach und hat wieder zwei Anfälle gehabt. *Flor. Zinci* ʒj. *Sacch.* ʒij. Div. in XIV. 4 Mal täglich 1 Pulver. Am 16. zwei kurze Anfälle ganz derselben Art. Ebenso am 17., wo die Anfälle etwas länger dauern. Am 18. und 19. täglich ein leichter rasch vorübergehender Anfall. Alle übrigen Functionen beständig ohne Störung verlaufend. Urin ist meist grüngelblich, krystallhell, ohne Neigung zu Sedimentbildung. Am 20. und 23. täglich zwei Anfälle. Dann keine Krampfanfälle mehr bis zum 28., wo Pat. als geheilt das Haus verlässt.

Fall V. J. Walther, 17 Jahre alt, aus Orb, Schuster, tritt am 1. Mai 1843 in das Hospital. Er giebt an, seit 14 Tagen an Krampf in beiden Händen zu leiden. Die Hände sind fast nie frei von einem krampfhaften Gefühl, jedoch treten die eigentlichen Handkrämpfe paroxysmenweise auf. Diese Erscheinungen will Pat. zuerst vor einem Jahre an sich beobachtet haben, sodann seien von 8 Wochen zu 8 Wochen, auch manchmal in kürzeren Zwischenräumen, allgemeine Krämpfe aufgetreten, wobei die Daumen vorzüglich starr gewesen seien. Auch habe er immer bei den Krämpfen grosse Schmerzen in den Fingern, manchmal bis zu den Ellenbogen sich erstreckend, gehabt. Pat. hat ausserdem immer ein mehr oder weniger ausgesprochenes Gefühl von Taubheit in den Händen und Füssen. Es macht ihm etwas Mühe, die Finger auseinander zu spreizen. Den 7. Die Krämpfe traten heute vorzüglich in den Händen und in dem rechten Bein auf. Bis zum 12. nichts Bemerkenswerthes. Pat. klagt über Taubheit in den Füssen. Krämpfe treten nicht mehr auf, und Pat. wird als geheilt am 21. Mai entlassen. Die Behandlung beschränkte sich auf *Flores Zinci* und Laxanzen. — Schon am 2. August kommt Pat. mit denselben Erscheinungen wieder. Die vom Krampf befallenen Hände zeigen das gewöhnliche Bild der Schusterpfötchen.

Fall VI. H. Wicke, 21 Jahre alt, aus Waldershausen, Schuster. Seit 2 Jahren hier in Arbeit; war immer gesund, einen Zufall, der ihn etwa vor 2 Jahren betroffen hat, ausgenommen. Wie er angiebt, so fiel er damals auf einem Spaziergang plötzlich zur Erde und blieb etwa $\frac{1}{2}$ Stunde bewusstlos liegen; ob jedoch Krämpfe oder Steifigkeit der Glieder mit diesem Zufall verbunden gewesen waren, kann Patient nicht angeben. Einige Monate nachdem Patient als Schuster in Arbeit stand, entwickelten sich bei demselben in beiden Vorderarmen und Händen (ganz besonders in der rechten) die eigenthümlichen Schusterkrämpfe, welche auch manchmal die Füsse ergreifen sollen und den Patienten selbst im Bett nicht verschonen. Diese Krämpfe dauern oft $\frac{1}{2}$—1 Stunde und überfallen das Individuum circa wöchentlich 1 Mal, in den letzten 8—14 Tagen dagegen (wo die Arbeit anhaltend und sehr anstrengend war) wiederholten sich die Krämpfe so heftig und oft, dass sie an manchen Tagen sich fast alle 2—3 Stunden einstellten. Der Krampfanfall kommt immer plötzlich, ohne alle Vorboten und ohne jede bewusste Veranlassung. Immer tritt der Krampf zuerst in der rechten Hand, welche Anfangs mehr faustartig geballt ist, auf. Die Faust ist jedoch nicht geschlossen, und je mehr der Krampf steigt, desto weniger schliesst sich die Hand, indem sie allmälig (durch den Kampf der Extensoren mit den Flexoren) die Form eines gespitzten Pfötchens annimmt. Der Daumen ist fest in die Hand geschlagen, ohne dass sein Nagelglied flectirt ist. Die Finger können selbst mit Gewalt nicht aus ihrer Lage entfernt werden. Dabei empfindet Pat. heftiges Spannen und Schmerzen an der inneren Seite des Vorderarmes in den Flexoren, welche von Zeit zu Zeit durch elektrische Schläge unterbrochen werden. Alle diese Erscheinungen erstrecken sich nicht über den Ellenbogen. Die linke Hand wird nie so heftig wie die rechte ergriffen, doch wird dieselbe von Zeit zu Zeit von demselben Krampf befallen, jedoch immer nach oder mit der rechten Hand, nie allein. Dagegen befallen die Krämpfe fast noch häufiger die Füsse als die linke Hand und den linken Arm. Auch hier sind die Erscheinungen ähnliche. Die Zehen werden zusammengezogen und steif in dieser Lage erhalten. Die Füsse sind starr und spitz ausgestreckt. Der Schmerz ist hier hauptsächlich auf die Gastrocnemii und die Achillessehne beschränkt. Pat. ist dann unvermögend aufzutreten, und hat das Gefühl von Taubheit und Eingeschlafensein beider Füsse. Die Krämpfe sind in beiden Füssen gleich heftig und treten fast immer in beiden zugleich auf. Der Rücken ist nicht besonders abgemagert, auch keine schmerzhafte Stelle an demselben zu entdecken. Die ersten Brust- und Lendenwirbel scheinen gegen Druck etwas empfindlicher zu sein. Ausserdem leidet Pat. viel an Kopfweh und Schwindel. Zunge rein, Geschmack, Appetit und Oeffnung gut, Puls ruhig. Während der Krämpfe ist der Herzschlag beschleunigt, nicht verstärkt, die Respiration normal. — Bäder; *Cucurb.* xij *in column. vertebr.*; *Nitr. c. Kali sulf.* Am 29. und 30. hatte Pat. wiederholte heftige Krampfanfälle, worauf Gefühl von Mattigkeit in allen Gliedern. Allmälig verlieren die Anfälle, welche sich bis zum 6. Juni noch mehrmals wiederholen, an Intensität, und am 9. Juni wird Pat. als geheilt entlassen.

Fall VII. Martin Daum aus Rüsselsheim, 18 Jahre alt, Schuster, tritt am 4. Nov. 1850 in das Hospital. Früher stets gesund, will er, seitdem er in Arbeit steht (4 Jahre) an öfteren krampfhaften Contractionen der Hände und Füsse leiden. Auch jetzt giebt er Schmerzen in Händen und Füssen an, ganz vorzüglich aber in der rechten Hand, welche am meisten und öftesten von Krampf befallen wird. Der erste Krampfanfall der rechten Hand sei nach angestrengter Arbeit entstanden, nachdem Pat. schon $\frac{3}{4}$ Jahr Schuster war. Früher will Pat., wie schon gesagt, niemals die leiseste Spur von Handkrämpfen gefühlt haben. Seit 14 Tagen fühlt Pat. Steifigkeit in den Hals- und Nackenmuskeln, welche nach seiner Angabe nach Erkältung entstanden sein soll. Pat. kann den Mund weit öffnen und fühlt nur ein leichtes Spannen in den Masseteren. Keine Verletzung nachweisbar. Aussehen sehr angegriffen und blass. Ringe um die tiefliegenden Augen. Mundwinkel etwas zusammengekniffen. Zunge belegt, Mund trocken, Geschmack schlecht, Durst. Brust und Leib frei, Oeffnung täglich normal, Puls 110, klein und elend. Pat. zittert beim Aufsetzen im Bett und fühlt grosse Mattigkeit und Abgeschlagenheit im ganzen Körper, sowie Pelzigsein der Fingerspitzen. Die Extremitäten seien ihm wie mit Blei ausgegossen. Rücken ziemlich abgemagert, dritter Halswirbel bei Druck schmerzhaft. Genitalien wenig entwickelt und welk. Excesse in Venere verneint das Individuum hartnäckig. (?) — *Hirud.* xij *in vertebr. tert. Calomelan.* gr. viij, *Opii* gr. iv, *Sacch.* ʒij. Div. in No. XII. Täglich 4 Pulver. — In der Nacht vom 6. auf den 7. hat Pat. Krämpfe gehabt, vorzüglich in den Händen, welche mehr krallenförmig gebogen waren. Bei Druck kein Schmerz im Verlauf des *Nerv. ulnaris.* Das Gefühl immer noch ziemlich bedeutend alienirt, so dass Pat. z. B. heftiges Zwicken in den Fingern und Händen eben nur empfindet. In den Füssen ist das Gefühl weniger alienirt. Puls 120, klein. Leinsamen-Cataplasma in den Nacken. — Den 8. Oeffnung gut. Pat. hat keine Krämpfe gehabt. Nacken weniger steif, kein Schmerz beim Schlucken. Gefühl von grosser Mattigkeit bis Schmerz in den Extremitäten. Die Haut des ganzen Körpers ist weniger feinfühlend als normal. Dieses Stumpffühlen will Pat. früher niemals an sich beobachtet haben. — Den 9. Eine Oeffnung; Kopf frei, Pat. schläft wenig, kann den Kopf drehen und ebenso ohne Schmerz sich bücken; Gefühl, besonders in den Fingerspitzen der rechten Hand, noch pelzig. Aussehen noch blass und angegriffen. Puls 90, klein. — Am 10. der Schmerz im Rücken vermehrt, deshalb *Cucurb.* No. x *in nuch.* und Bäder. Krämpfe zeigen sich nicht mehr, doch ist das Gefühl noch immer getrübt. Pat. steht am 15. auf, Motilität nicht gestört. Vesicans *in nuch.* gereizt bis 21. Nov. Pat. fühlt sich noch schwach, nimmt jedoch täglich an Kräften zu. Puls verliert allmälig seine Frequenz, bleibt jedoch noch klein. Am 22. Sensibilität und Motilität normal. Pat. verlässt am 25. Nov. geheilt das Haus. —

An diese 7 Fälle reiht sich der achte, welcher einen Schriftsetzer betrifft. Es ist dieses der einzige Fall, wo dieselbe Form der Krämpfe an einem Nichtschuster beobachtet wurde. Die Erscheinungen wie die Entstehungsursachen sind jedoch so ganz dieselben, wie wir sie bei den Schusterkrämpfen beobachtet haben, dass diese Krankheitsgeschichte in jeder Beziehung hier angereiht werden kann als

Fall VIII. Heinrich Auber, aus Mannsbach, 18 Jahre alt, Schriftsetzer, tritt am 27. Mai 1849 in das Hospital. Er war bis zum Morgen dieses Tages vollkommen gesund. In Folge sehr angestrengter Arbeit bekam er plötzlich Schmerz in beiden Handgelenken, und von da ab bildete sich ein öfter wiederkehrender Krampf beider Hände aus, welcher folgendes Bild bietet. Die Hände werden etwas flectirt und die Finger in Gestalt eines spitzen Pfötchens unbeweglich zusammengestellt. Der Daumen ist tetanisch fest an den dritten Finger angedrückt, und überhaupt ebensowohl die Extensoren als auch die Flexoren der Finger von Krampf befallen. An der Hand liegen die Flexoren so, dass die Hand mit dem Arm einen ziemlich stumpfen Winkel bildet. (Die Hände haben ganz die Form, welche die rechte Hand eines Schriftsetzers macht, wenn er die Lettern aus dem Kasten holt und zwischen Daumen, Zeige- und Mittelfinger hält.) Pat. klagt über ein unangenehmes Gefühl in den Füssen, wie er sich ausdrückt: „als ob es auch

hier zu Krämpfen kommen wolle." — Die Beine sind öfter bis an die Kniee eingeschlafen, und beobachtet man oft ein momentanes Zucken in denselben. Pat. giebt an, schon früher nach angestrengter Arbeit öfter krampfhaftes Ziehen in Armen und Beinen gespürt zu haben; zu eigentlichen Krämpfen sei es jedoch nie gekommen. Dieser Anfall sei nach angestrengter Arbeit (Pat. stand bis tief in die Nacht und schon am frühen Morgen am Kasten) plötzlich mit Heftigkeit entstanden und habe an Intensität beständig zugenommen. Da der Anfall schon in die vierte Stunde währte und auf ein und derselben Höhe stehen blieb, so wurde ein Emeticum gegeben und *Cucurb. No.* xv *ad nuch.* applicirt, zu gleicher Zeit auch Einreibungen von warmem Oel in den Rücken gemacht. Die Symptome werden durch diese Behandlung jedoch in nichts geändert. Pat. sieht angegriffen aus, Haut wenig feucht, Schmerz besonders im Verlauf des *Nerv. ulnaris* und in den Händen. Hände bleiben tetanisch starr in derselben Stellung, bis Pat. Abends einschläft. Auch im Schlaf bleibt der Krampf noch längere Zeit, bis er sich allmälig (unbestimmt wann?) in der Nacht löst. Pat. erwacht erst am andern Morgen, von den Krämpfen vollkommen befreit. Die Finger sind ihm noch etwas taub, sonst keine Klage. Mittags etwas krampfhaftes Zucken in den Beinen, jedoch nur von kurzer Dauer. Puls 84, voll, aber ganz weich. Diese Krampfanfälle treten noch einige Tage lang minder intensiv auf. Der Krampf und Schmerz reicht nur bis zum Ellenbogen, und ist meistens und manchmal zuerst in der rechten Hand ausgeprägt und intensiver. Einige Wochen nachdem das Individuum geheilt entlassen war, consultirte mich derselbe über diesen wiederholt aufgetretenen Handkrampf. Ich verordnete kalte Bäder und kalte Waschungen des Rückens, sowie ein leichtes kühlendes Purgans, und sah den Pat., der sich ziemlich wohl dabei befand, noch einige Zeit lang, ohne dass, selbst nach anstrengender Arbeit, die Krämpfe der Arme mit ihrer alten Intensität wieder aufgetreten wären. Das Gefühl sowie das Sensorium waren niemals getrübt gewesen.

Bericht über die Cholera-Heilanstalt in Berlin im Jahre 1850.

Von
Dr. R. Leubuscher,
dirigirendem Arzte.

(Schluss aus No. 1.)

Einer der schwierigsten Punkte in der Pathologie der Cholera ist die Eintheilung der Reaction, der Nachkrankheiten und vor Allem des sogenannten Typhoids. Hammernik, dessen schon citirtes Werk das neueste und vollständigste, dasjenige, welches als Erzeugniss der Prager Schule die neuern Untersuchungsmethoden zur Grundlage sich vorsetzt, widmet diesem Gegenstande seine besondre Aufmerksamkeit. Er verwirft und tadelt die von Reinhardt und mir in unsrer Choleraarbeit (Archiv von Virchow etc. 1849) vorgeschlagne Eintheilung in schnelle, protrahirte Genesung und Typhoid. Wir haben den Grundzustand nicht erkannt, der nach seiner Ansicht Urämie ist, sondern ihn mit den Erscheinungen andrer Zustände, wie der verschiedenen diphtheritischen Exsudationen, der Bronchialkatarrhe und Infiltrationen des Lungengewebes, verschiedenartiger metastatischer Processe verwechselt (S. 213), unsre Eintheilung sei willkührlich, entbehre jeder anatomischen Grundlage (S. 215); endlich sei unser Grundsatz „die Eintheilung einer Krankheit in Stadien ist nur unter der Beschränkung zu gestatten, dass man sie als einzelne Ruhepunkte der Beobachtung, nie aber als feststehende Marken des Processes betrachtet" ontologisch, denn gerade müsste sich jede Eintheilung auf solch feststehende Marken des Processes beziehen, die sich sowohl während des Lebens, wie an der Leiche, abgranzen und charakterisiren liessen. Ich will über den letztern Punkt mit H. nicht streiten; die Polemik der neuern Zeit hat das Wort Ontologie in sehr verschiedenem Sinne, immer als den bösesten Tadel gegen die Andersgläubigen proclamirt; ich will es getrost dem Urtheil Andrer überlassen, welche Methode eine Zukunft in sich trage, ob diejenige, welche der Ergründung der Processe nachstrebt, oder die, welche sich häuslich an einzelnen Stellen niederlässt, und welche von beiden auf die Bezeichnung ontologisch einen grössern Anspruch hat. — Wir haben bei unsrer Eintheilung in schnelle, protrahirte Genesung und Typhoid das Ergriffensein des Nervensystems, das Sensorium in den Vordergrund gestellt, weil es das am meisten hervortretende Symptom ist. Diese Eintheilung ist blos symptomatologisch, sollte aber auch nichts Andres sein. Wir haben damals mit der möglichst vollständigen Auffassung der Erscheinungen so viel zu thun gehabt, dass wir den Versuch nicht unternommen haben, den Choleraprocess darzustellen. Wir haben jedoch der Störungen in andern Organen ausdrücklich Erwähnung gethan (p. 447. 460 l. c.) und auf das Auftreten diphtheritischer Entzündungen, Infiltrationen des Lungengewebes wiederholt hingewiesen (p. 465. p. 514 in der Epikrise); auch in der pathologisch anatomischen Darstellung sämmtliche Veränderungen aufgezählt. Der Vorwurf der blos symptomatologischen Eintheilung ist richtig: sie darf nur so lange Nothbehelf sein, als bis es gelingt, die zu Grunde liegenden Zustände genauer zu definiren.

Sehen wir zu, wie H. diesem Mangel abzuhelfen versucht hat. Es giebt nach ihm 5 Arten der Reaction: 1) die vollkommne Reaction, die natürliche und schnelle Rückbildung der Krankheit. Den Zeitpunkt der Genesung bestimmt H. nach dem Körpergewichte und er betrachtet es entscheidend für die Genesung, wenn neben dem normalen Befunde aller Organe das Körpergewicht mehrere Tage unverändert bleibt. Wir müssen H. gewiss sehr dankbar für sein mühsames Abwiegen sein, aber ist damit wirklich mehr als ein rein äusserliches Moment gewonnen und steht das Gewicht des Körpers immer in gleichem Verhältniss zur Kräftigkeit der einzelnen Organe? 2) Die unvollkommne Reaction; sie endet in der Regel tödtlich. In Genesung kann sie nicht unmittelbar übergehn, sondern es entwickeln sich aus ihr leichtere oder schwerere urämische Affectionen oder Metastasen. Die Reconvalescenz dauert sehr lange. — Die Form entspricht so ziemlich dem, was wir protrahirte Genesung genannt haben, obgleich H. meint, dass die „protrahirte Genesung" mit den Erscheinungen der leichtern urämischen Affection zusammenfalle; es ist eine Uebergangsform. 3) Die Reaction mit urämischen Erscheinungen als leichtere oder schwerere. Der Verlauf der leichtern urämischen Affectionen wird jedoch nicht selten durch verschiedne Metastasen gestört. 4) Die Reaction mit Metastasen und 5) die combinirte Reaction. Die sogenannten typhoiden Erscheinungen erklärt H. für eine urämische Affection; sie kommen nach ihm bei der Cholera nur bei Störungen in der Urinausscheidung vor, gerade so, wie wenn diess im Verlaufe andrer Krankheiten geschieht.

Es ist richtig und anzuerkennen, dass er den Versuch macht, das Typhoid in seinen einzelnen, mannigfaltigen Zuständen zu zerlegen, doch die Annahme, dass die Retention eines im Harn enthaltenen Bestandtheils, des Harnstoffs im Blute, die nervösen Erscheinungen, wie sie in der Cholera vorkommen, hervorbringen müsse, ist hypothetisch, und sie ist jedenfalls einseitig. Die Erscheinungen der Urämie während des Lebens haben nichts Charakteristisches; sie kommen noch andern putriden Infectionen der Blutmasse zu. Aus der Untersuchung des Blutes und der Excrete die Menge des Harnstoffs zu bestimmen, ist äusserst schwierig und ein Urtheil über die relative Vermehrung dieses Bestandtheils nur annährend möglich, da Harnstoff zwar im gesunden Blute nachgewiesen, aber über sein Verhältniss zu den andern Blutbestandtheilen zur Zeit noch Nichts feststeht. Aus dem Geruche der Leiche, z. B. des Lungenödems etc., die urämische Affection bestimmen zu wollen, ist sehr misslich und es ist nicht ersichtlich, was riechen soll; der Harnstoff selbst ist geruchlos, bis er sich in seine Zersetzungsproducte auflöst. In vielen Fällen mag der urinöse Geruch erst die Folge der vorher erschlossnen Urämie sein; es ist so verführerisch etwas zu finden, dessen Gegenwart man erwartet. Ich halte das Vorhandensein einer urämischen Affection für möglich, aber symptomatologisch nur auf eine Gruppe von Fällen zu beschränken und als der Grundzustand bei allen bis jetzt noch nicht für erwiesen.

Ich halte ferner die Annahme einer urämischen Blutveränderung als des Grundzustandes der typhösen Erscheinungen für einseitig. Ist denn die Zurückhaltung der Harnelemente im Blute die einzige Veränderung desselben? Soll der Verminderung der flüssigen Bestandtheile, der Eindickung des Blutes, der Vermehrung der farblosen Blutkörperchen, der enormen Abnahme der Salze im Blute, wie es nach unsern vorjährigen Untersuchungen der bedeutende Gehalt derselben in den Stühlen wahrscheinlich macht, keine Rechnung getragen werden? Die Untersuchungen des Blutes und der Secrete in der Cholera sind so spärlich und lückenhaft, dass eben nur einige der aller äusserlichsten Momente aufgefunden und constatirt sind und uns bei jedem Schritte neue Räthsel aufstossen; hat H. so wenig Vertrauen und Hoffnung auf die Zukunft der pathologischen Chemie, dass er die Streitfrage eben für abgeschlossen hält? haben wir nicht die Verpflichtung in den Fällen, wo wir in einem Processe nur ein Glied kennen, lieber auf die Construction des Processes zu verzichten, als dass wir das eine Glied als seine normgebende Grundlage hinstellen? Aus diesen Gründen kann ich mich der Ansicht von H. von der Urämie als der alleinigen Ursache der typhösen Erscheinungen in der Cholera nicht anschliessen. Ich wiederhole, wie ich zugebe, dass es nothwendig ist, die Fälle von Typhoid in ihren Formen genauer zu sondern und die Benommenheit des Sensorium nicht bloss als die Fortbildung der im *Stad. reactionis* eintretenden Hirnsymptome zu betrachten, ohne dabei den Versuch machen zu wollen, für diese verschiednen Formen wieder einen gemeinsamen Ausdruck suchen zu wollen. Ich möchte als verschiedenartige Zustände folgende unterscheiden, indem ich mich jedoch dagegen verwahre, eine Eintheilung der Reaction, wie H., geben zu wollen:

1) Fälle mit Hyperämie des Gehirns, oder der Häute desselben, die meist venöser Natur sind, Fälle von seröser Exsudation in die Häute, namentlich in die *Pia mater* und Serumansammlung in den Ventrikeln. In diesen Fällen finden sich auch zuweilen Veränderungen der Pupille, der Sprache, mitunter haben wir Zuckungen beobachtet, auch einige Male eine krampfhafte Spannung der Nackenmuskeln, die freilich nicht unbedingt Zeichen einer tuberculösen Meningitis, sondern ganz allgemein bei Exsudationen an der Basis des Gehirns vorkommt. Als Analogon für diese Fälle möchte ich auf die so ungemein häufigen Hirnerscheinungen bei Kindern aufmerksam machen, welche lange an Diarrhöen gelitten haben. Der danach eintretende Zustand von Anämie begünstigt das Zustandekommen der sogenannten passiven Stasen und serösen Exsudationen im Gehirn. Sehr leicht treten Störungen des Sensorium auch nach leichten Choleraanfällen bei Säufern ein und die Section zeigt dann die erwähnten Veränderungen. Es ist bei ihnen nicht immer ein *Delirium tremens*, obwohl auch diess häufig genug vorkommt. Das charakteristische Zittern kann fehlen. Wir haben diese Zustände gesehen, ohne dass Störungen der Urinabsonderung vorhanden waren.

2) Fälle von Benommenheit des Sensorium vor dem Ausbruche eines Exanthems. Die Beobachtungen der Prodrome andrer acuter Exantheme zeigt ebenfalls einen hohen Grad von Congestionen gegen das Hirn, doch ist bei diesen Zuständen auch auf die veränderte Ernährung des Nervensystems in Folge der veränderten Blutmischung Gewicht zu legen. Störungen in der Urinsecretion sind wieder nicht nothwendig mit diesem Zustande des Sensorium verbunden.

3) Fälle, in welchen diphtheritische Exsudationen auf die Schleimhäute geschehen. Wir wissen, dass diese vorzugsweise auf der Dünndarmschleimhaut vor sich gehen. Es giebt diphtheritische Entzündungen, welche ohne Hirnerscheinungen eintreten, wie wir schon früher ausgesprochen haben (p. 514); so habe ich auch diesmal wieder zwei derartige Fälle gesehen, namentlich wo auf der Scheidenschleimhaut exsudative Processe vor sich gingen, so wie umgekehrt auch Typhoide ohne diphtheritische Entzündungen auftreten. Die Diphtheritis gehört also nicht n o t h w e n d i g zum Typhoid. Gewöhnlich ist mit ausgebreiteten diphtheritischen Processen auch eine croupöse Exsudation in die Harnkanälchen, Brightsche Krankheit, verbunden und der Urin ist spärlich und eiweisshaltig, doch haben wir im Gegensatze dazu auch Fälle gesehen, freilich nur einzelne, wo d e r E i w e i s s g e h a l t a b n a h m, d i e M e n g e d e s U r i n s n o r m a l w u r d e und die Section ausgebreitete Exsudationen im Dünndarm nachwies. Es giebt Fälle, wo nach Eintritt der Reaction die Stühle längere Zeit ungefärbt oder wenig gefärbt und dünnflüssig bleiben, deren äussere Erscheinung mit der leichtern urämischen Affection II. zusammenfällt (heisse Haut, frequenter Puls, Benommenheit des Kopfes etc.): wir haben bei diesen die Diagnose auf einen Exsudativprocess in den G a l l e n o r g a n e n gestellt und erinnern zur Stütze dieser Diagnose an die eigenthümliche helle, farblose Beschaffenheit der Galle in typhoiden Zuständen, wie wir sie früher geschildert.

4) Fälle von Entzündungen in andern Organen, namentlich in den Lungen. Die Pneumonien sind meist hypostatisch mit Lungenödem. Eigentliche croupöse Pneumonien kommen fast nur an umschriebnen Stellen vor. Dagegen haben wir auch diesmal, wie in den ersten Epidemien, einige Fälle von der sogenannten galatinösen Infiltration, wie sie als das erste Stadium der Tuberculose bezeichnet worden sind, gesehen. — Ich führe diese Processe als gesondert von den Entzündungen auf, welche wir diphtheritische genannt haben, weil ich noch nicht weiss, ob sie in der That mit ihnen zusammenfallen.

5) Fälle von vollständiger Stockung der Urinsecretion. Die Kranken sind unbesinnlich, haben fortwährend Drang zum Urinlassen, aber die Blase ist leer. Auch ein Fall von Verschwärung der Blasenschleimhaut dürfte hierher zu ziehen sein.

Somit erscheint mir die Retention des Harns nicht als die alleinige Ursache der nervösen Erscheinungen in und nach dem *Stad. reactionis;* ich verkenne die Wichtigkeit der Störungen in der Urinsecretion nicht, den Eiweissgehalt des Urins etc., aber ich halte dafür, dass auch den andern Zuständen Rechnung getragen werde. Die Frage steht ganz ähnlich wie beim Abdominaltyphus, wo die Hirnerscheinungen gewiss nicht bloss auf die Retention des Harns bezogen werden können.

In p r o g n o s t i s c h e r Beziehung haben wir auch schon in frühern Epidemien in Uebereinstimmung mit S c h ü t z, im Spital und in der Privatpraxis, namentlich in t y p h o i d e n Z u s t ä n d e n den Zustand der Respiration als einen sichern Maassstab für den lethalen Ausgang des Falles kennen gelernt. Wenn die Respiration langsamer wird, auch wenn die übrigen Symptome nicht ungünstig erscheinen, wenn die Benommenheit des Kopfes mässig ist, der Kranke bloss zeitweise anfängt zu duseln, wenn die Stuhlentleerungen wenig frequent und breiig werden, die Haut normale Turgescenz gewinnt, so ist der Kranke doch verloren. Die Respiration wird zuerst bloss langsamer, ist aber sonst durchaus normal; die physikalische Untersuchung der Lungen zeigt keine Erkrankung derselben, die Respiration wird zuweilen erst nach 2—3 Tagen bei fortschreitender Vaguslähmung wirklich mühsam, wird Abdominalrespiration, rasselnd und der Kranke stirbt an Lungenödem. Bei alten Leuten ist die Prognose der Cholera immer unsicher; wir haben Kranke, bei denen die Reaction ganz vollständig und schnell gewesen war, die mehrere Tage, ja Wochen lang unter stetiger Abnahme aller Krankheitserscheinungen guten Appetit, normale Stühle etc. hatten, ganz plötzlich im Zeitraume weniger Stunden zu Grunde gehen sehen. Die Prognose ist natürlich um so schwankender, je unvollständiger die Reaction war. —

Die Erscheinungen d e s T o d e s sind für das asphyktische Stadium früher von uns (cf. Archiv p. 440 et seq.) beschrieben worden, und es ist hier namentlich im Gegensatze zu den typhoiden Zuständen auf die Beschleunigung der Respiration hingewiesen worden. In der bei weitem grössern Zahl der Folgezustände, gleichviel von welchem andern Zustande die nervösen Erscheinungen abhängen, erfolgt der Tod durch die langsam sich entwickelnde Vaguslähmung; andre zeigen ohne Hervortreten einer bestimmten Erscheinung einen immer mehr zunehmenden allgemeinen Collapsus, namentlich alte Leute und gehen fast ohne Todeskampf, wie ein Licht zu Grunde, das allmälig verlischt; einige Male haben wir ohne Vorboten, plötzlich Zuckungen, Convulsionen und den Tod eintreten sehen, wahrscheinlich abhängig von einer acut eintretenden Blutüberfüllung des Gehirns.

Die Untersuchungen bei den Sectionen haben uns auf keine wesentlich neuen Resultate geführt. Wir haben wiederholt Untersuchungen des R ü c k e n m a r k s vorgenommen, aber keine constanten Veränderungen darin auffinden können; einige Male etwas seröses Exsudat in den Häuten, einzelne hyperämische Stellen im Marke, einzelne Stellen von weicherer Consistenz, doch durchaus keine Anhaltspunkte gefunden, pathologisch-anatomisch eine besondre Theilnahme des Rückenmarks an der Erkrankung nachweisen zu können. Auch die Bauchganglien, namentlich das *Ganglion coeliacum* haben wir wiederholt untersucht, ohne eine bemerkenswerthe Veränderung daran angeben zu können. Einmal fand ich in dem Darm eines an asphyktischer Cholera Gestorbnen neben allgemeiner Hyperämie, Anschwellung der Solitären und der Peyerschen Plaques, geheilte Typhusgeschwüre und ausserdem frische, markähnliche, über das Niveau der Schleimhaut stark prominirende Infiltrationen, ganz so, wie sie als das zweite Stadium der Typhusgeschwüre beschrieben werden. Ueber die Anamnese war nichts Genaueres zu ermitteln gewesen und der Kranke war zu schnell gestorben, als dass uns eine längere Beobachtung in den Stand hätte setzen können, eine genauere Diagnose zu stellen. Die Milz zeigte nicht die dem Typhus eigenthümlichen Veränderungen; sie war derber, als eine Typhusmilz. Nach den genauen Krankengeschichten welche H a m e r n i k (l. c. p. 48 etc.) mittheilt, ist indess kein Zweifel vorhanden, dass die Cholera sich im Verlaufe des Typhus entwickeln könne und zwar aller Formen desselben und dass somit dieser Fall diesen Beobachtungen anzureihen ist. So habe ich auch wiederholt die Cholera-Veränderungen des Darms neben tuberculösen Geschwüren desselben gesehen.

T h e r a p e u t i s c h e s.

Die beschämende Erfahrung, dass die Verhältnisse der Genesung und Heilung im Grossen und Ganzen ziemlich dieselben bleiben, welche Behandlungsweise auch angewendet werden mag, hat sich bis jetzt in jeder Epidemie geltend gemacht. Und trotz dieser Erfahrung, trotz der wissenschaftlichen Erkenntniss, dass wir nur die äussersten Umrisse des Processes abgrenzen können, wird es uns immer wieder von Neuem aufrütteln dem furchtbaren Feinde gegenüber nicht die Hände in den Schooss zu legen, sondern zu handeln. —

Als ich die Leitung des Spitals übernahm, trat ich mit dem Vorsatze an's Krankenbett, ausser der Behandlung der Haut und dem innern Gebrauche von Eiswasser kein Reizmittel zu geben, weil ihr Gebrauch nur ein symptomatischer und weil mir die Grenze einer Ueberreizung und später eintretender Hirnsymptome allzuschwer zu bestimmen schien. Der schon früher empfohlne Gebrauch von Calomel, neuerdings von A y r e wieder mit grosser Wärme vertreten, schien mir für den Zustand der Darmschleimhaut entsprechend zu sein, während gleichzeitig die äussere Behandlung der Haut die peripherische Lähmung aufhalten sollte. Wir haben in 27 Fällen Calomel angewendet und zwar in der Dosis von ℈j halbstündlich, in drei Fällen bei Kindern zu gr. ij. Ich wählte dazu die schwersten asphyktischen Fälle im Anfange der Epidemie, wo die Lethalität auch in der Stadt am stärksten war. Es wurden bis zu 10—12 Dosen dieses Mittels gegeben; äusserlich die früher von uns angegebne Behandlung der Haut mit Bädern, Abreibungen, Uebergiessungen, mit Ausnahme von 3 Fällen, welche ganz ohne Bäder behandelt wurden und nur ausserdem Eiswasser zum Getränk erhielten. Ich wählte die grossen Gaben nach dem Vorgange der Versuche beim Typhus. In den drei ersten Fällen verband ich die Calomel-Dosis nach dem Rathe von A y r e mit Opium und zwar gr. j *pro dos.*, ein Ver-

Sonnabend, № 3. 18. Januar 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ein Beitrag zur näheren Erkenntniss des Chloroforms in chemischer und physiologischer Beziehung.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 52.)

Betrachten wir die Wirkungen des Chloroforms auf den menschlichen Organismus, diesen mit dem vollkommensten, überwiegendsten Nervenskelett ausgestatteten Thierkörper, so begegnen wir einer Symptomengruppe, welche wir selbst bei höher organisirten Thieren vermisst haben. Bei Inhalation gewisser Mengen Chloroform tritt ein Zustand ein, wo Cerebral- und Spinalfunctionen abgetrennt vom herrschenden Willensimpuls, unbewacht von dem prüfenden Selbstbewusstsein, isolirt auftreten. Dieser Zustand, mit dem Namen Chloroform-Narkose belegt, ist individuell sehr verschieden und bietet nicht im Verhältniss zur inhalirten Quantität verschiedene Abstufungen dar. Desshalb kann die Frage „wie viel Chloroform ist nöthig zu einer vollständigen und unschädlichen Narkotisation?" nicht wohl genügend beantwortet werden, auch nicht von der Pariser Academie. — Die Art der Inhalation hat mehr Einfluss auf den Grad der Narkose und auf diese überhaupt als die Quantität. — Mit 16 gtt. Chloroform kann man tief narkotisiren, während man bei einer Inhalation von 95 gtt. der Narkose noch ganz bequem ausweichen kann. Es kommt alles auf die Quantität des zugleich mit in die Lungen geführten Sauerstoffs an. Wir besitzen nämlich in dem Chloroform ($C_4 H_2 Cl_4$) ein Mittel, welches keinen Sauerstoff enthält aber dennoch von der Blutmasse assimilirt und getragen wird. Wir wissen aber auch, dass ohne Sauerstoff kein Leben möglich ist. Desshalb tödtet reines Chloroformgas eingeathmet oft mit Blitzesschnelle. Die Scheidewand zwischen Blut und Nervenleben ist gefallen, es fehlt der Primitivfaser der adäquate Reiz; denn des Menschen Leben liegt im Blute. Aber nicht allein durch die plötzliche Sauerstofflosigkeit kann Tod entstehen, sondern auch indem dem Blut eine deletäre Materie einverleibt wird, welche eine Intoxication zu Wege bringen kann. Chloroform besteht nämlich aus zwei Factoren, deren jeder für sich nicht nur als irrespirables Gas bekannt ist, sondern auch allein eingeathmet Intoxications-Symptome hervorbringt. Schon das gew. Kohlenwasserstoffgas ($H_4 C$) — die von den Bergleuten so gefürchteten schlagenden Wetter — ist im Stande, in gewisser Quantität eingeathmet, schnell zu tödten. Kleine Thiere sterben bekanntlich schon nach einmaliger Inspiration von $H_4 C$ mit Blitzesschnelle. Das ölbildende Kohlenwasserstoffgas, ein Bestandtheil des Chloroforms, ist den thierischen Organismen gleich gefährlich. Es unterscheidet sich überhaupt von $H_4 C$ nur durch seine ihm den Namen gebenden Eigenschaften, sein grösseres specif. Gewicht und seinen grossen Sauerstoffverbrauch beim Verbrennen. Es gehört zu den Giften, welche menschliche Industrie hervorgebracht hat, indem es nicht in der Natur gebildet vorkommt. Der andere Factor des Chloroforms ist Chlorgas, eine Luftart, deren gefährliche, ja tödtliche Wirkung (rein geathmet kann Chlorgas sogleich tödten) hinlänglich bekannt ist. Diese zwei Gifte gemischt bilden das Chloroform (= 11,079 ölbild. K.w.st. 88,921 Cl.), welches von nun an unsere Lungenkrankheiten heilen soll. — Als ich vor einigen Jahren den Versuch machte [1]), dem Ozon nicht einen Platz in der Aetiologie zu verschaffen, sondern nur allein der Aufmerksamkeit zu empfehlen, habe ich die Ozon zerstörende Kraft des ölbildenden Kohlenwasserstoffs berührt und schon damals hingedeutet auf die so sehr wünschenswerthen Versuche Lungenkrankheiten durch Gas-Inhalation zu heilen. Hinlänglich vertraut mit den Kohlenwasserstoffen und ihren Verbindungen widmete ich, als das Chloroform als Heilmittel unserer Therapie einverleibt wurde, sogleich demselben meine ganze Aufmerksamkeit. Ich betrete daher hier ein bekanntes Feld und will meinen damals ausgesprochenen Muthmassungen, die sich auf Versuche stützten, auch jetzt noch das Wort reden. — Nicht allein als nicht sauerstoffischer Körper wirkt das Chloroform, es wirkt auch als Ozon zerstörender. In ihm vereinigen sich zwei mächtige Gegner der Ozonbildung [1]). (Dies ist auch einseitig bei dem Aether der Fall.) Ob diese Eigenschaft des Chloroforms bei Heilung von Ozon-Pneumonien in Betracht gezogen wird, wollen wir der Zukunft überlassen. Jedenfalls ist durch die Anwendung der Chloroform-Inhalationen der Therapie ein reiches Feld vielversprechender Experimente eröffnet worden. —

Bevor ich nun auf die speciellen, durch Chloroform geheilten und geheilt werden sollenden Krankheiten übergehe, will ich der gew. Chloroform-Narkose noch einige Zeilen widmen. Bis jetzt sind uns in der Chloroform-Litteratur 26 Todesfälle (zuverlässige und amtlich bestätigte) bekannt geworden. Von diesen 26 sind 5 durch unvorsichtigen Selbstgebrauch des Chloroforms entstanden und viele haben den Apparat oder das Tuch mit Chloroform selbst vor den Mund gehalten. Den Kranken selbst das Chloroform halten zu lassen ist eine sehr grosse Unvorsichtigkeit, was jeder, der schon viel chloroformirt hat, einsehen wird. Je näher der Narkose, desto grösser wird der Chloroformhunger, die Kranken athmen tiefer und angestrengt, greifen nach dem Chloroform und wollen es dicht und fester vor Mund und Nase halten. Haben sie es nun selbst in der Hand, so drücken sie es oft krampfhaft fest vor Mund und Nase, und mit der eintretenden vollkommenen Narkotisation tritt oft eine plötzliche sehr tiefe Inspiration auf, welche tödten kann und schon oft getödtet hat. — Je allmäliger daher die Narkotisation eingeleitet wird, desto weniger Gefahr ist vorhanden. Man muss nie die Narkose forciren wollen und es ist in dieser Hinsicht mehr wie auffallend, dass bei den meisten bis jetzt bekannt gemachten Todesfällen der Tod bei der zweiten oder dritten Chloroformdosis eingetreten ist. Sehr zu vermeiden sind vor und während der Narkotisation alle Aufregungen im Nervensystem, namentlich Schreck [2]). Sollen grössere Dosen Chloroform inhalirt werden, so ist es jedenfalls sehr zu empfehlen, wenn man den Pat. von Zeit zu Zeit frei inspiriren lässt und das Chloroform auf Augenblicke entfernt. In der Regel wirkt das Chloroform bei der gewöhnlichen Inhalation weder auf Herz noch auf den Pulsschlag verändernd ein, werden aber grössere Mengen plötzlich eingeathmet, so ist dies allerdings der Fall. Diese Beobachtung hatte ich Gelegenheit auf eine sehr unangenehme Weise an mir selbst zu machen. Ich hatte in einer grossen Flasche, welche mit einem etwa 1″ dicken Kork fest verschlossen war, circa 2 Pfd. höchst rectificirtes Chloroform, welches von einer circa 2″ dicken Wasserschicht bedeckt gehalten wurde. Diese Flasche war heftig umgeschüttelt worden, und indem ich den Pfropfen entfernte, kam ich gerade mit der Nase senkrecht über die Flaschenmündung, eine leichte Inspiration machend. Mit Blitzesschnelle überfiel mich augenblicklich ein nicht zu beschreibendes Gefühl von Unsicherheit, Flimmern vor den Augen, Neigung umzufallen, Kälte über den ganzen Körper und enorm vermehrter Herzschlag mit dem Gefühl als wolle das Herz jeden Augenblick stille stehen. Ich hatte noch so viel

[1]) S. Henle und Pfeufer's Zeitschrift VII. Band. 2. Heft. Pag. 237. Wirkungen Ozon zerstörender Gase auf den menschlichen Organismus, nebst einigen Beobachtungen über Ozon als Krankheitsursache.

[1]) S. Ueber die Erzeugung des Ozons auf chem. Wege v. Ch. F. Schönbein. Basel 1844. Pag. 35. Versuch 14.

[2]) Ich habe vielfach die Beobachtung gemacht, dass Kranke, die vor der Operation sehr aufgeregt waren, ausserordentlich schwer betäubt wurden. Von dem Chloroformhunger habe ich einen eclatanten Fall bei einer Dame gesehen, die ich zwei Mal chloroformirte, und die jedes Mal mit wahrer Gier noch weiterem Chloroform verlangte. G.

Besinnung, mein Gesicht sogleich in ein mit kaltem Wasser gefülltes Gefäss, welches vor mir stand, zu stecken, so wie eine Portion kalten Wassers mir in den Nacken zu giessen, und einen im Nebenzimmer befindlichen Collegen mit schwacher Stimme zu rufen. Sodann trank ich einen Schluck Essig und stellte mich, nur mit der grössten Willenskraft mich aufrecht erhaltend, in Zugluft. Mein College, der mir den Puls sogleich fühlte, gab denselben noch auf circa 130—40 an und sagte mir nachher, dass ich schneeweis und entstellt ausgesehen hätte. Erst ganz allmälig minderte sich die Pulsfrequenz und ich empfand noch einige Stunden lang eine grosse Reizbarkeit und Aufgeregtheit, ohne dass ein sonstiges Symptom von Uebelbefinden zurückgeblieben wäre. Ebenso habe ich bei Thieren, welche ich eine Inspiration Chloroformgas habe machen lassen, sehr schnell vermehrten Herzschlag beobachtet. — Die Narkose durch Chloroform ist von allen anderen Zuständen der Art so verschieden, dass es wohl der Mühe werth ist, ihre Eigenthümlichkeiten etwas näher zu betrachten. Sie charakterisirt sich hauptsächlich durch Hallucinationen in den Gebieten der verschiedensten Cerebral- und Spinalnerven. Die Narkotisirten leben in einer Art von Clairvoyance und sprechen oft in dem Sinne ihrer verschiedenen Täuschungen ganz ruhig mit ihrer Umgebung, ohne auch nur im geringsten sich ihres Zustandes bewusst zu sein. Das Gehör wird am wenigsten getrübt, Geruch, Geschmack, Gesicht und das Hautgefühl am meisten. Die Narkose beginnt und endigt gewöhnlich mit einem tiefen Seufzer, und erreicht je nach Individualität, Dosis und Dauer verschiedene Grade. Sie steigert sich etwa folgendermassen: Schwindel und Benommenheit des Kopfs, Schwarzsehen, Gefühl von Betrunkensein, Gesichts-Hallucinationen, Chloroformtraum, Chloroformschlaf. Sie schreitet aber nicht auf dieselbe Art zurück, sondern kann auf jeder dieser Stufen, je nach Dosis und Dauer der Chloroformisation, plötzlich aufhören. Sie entsteht viel langsamer als sie verschwindet. Durch Einathmen von Sauerstoff wird sie abgekürzt und aufgehoben. — Hält man dem im tiefsten Chloroformtraum befangenen Kranken ein Glas mit 3 Theilen atmosphärischer Luft und 1 Theil Sauerstoffgas unter die Nase, und zwar so, dass das ausströmende Gas durch einige Inspirationen (indem man rasch den Mund zuhalten lässt) aufgenommen wird, so reiht sich der Narkotisirte oft plötzlich die Augen um zu sehen was mit ihm vorgenommen wird. Man kann also durch Sauerstoff die Narkose aufheben, wie man sie durch Mitathmung gehöriger Mengen atmosphärischer Luft gänzlich umgehen kann, wie ich weiter oben gezeigt habe. Wahrscheinlich wirkt Ozon und Sauerstoff oder Ozon allein noch rascher und intensiver. Eine Muthmassung welche ich bis jetzt, bei der so umständlichen und schwierigen Darstellungsweise dieses räthselhaften Princips etc., durch Versuche noch nicht unterstützen kann. — Der in den diesjährigen Canstatt'schen Jahresberichten berührten, die Chloroform-Narkose ausschliessenden und entgegentretenden Wirkung des Opium und Morphium, kann ich bis jetzt nicht beitreten, indem ich öfter Individuen, die beide Mittel in ziemlich starker Dosis genommen hatten, ohne eine abweichende Wirkung zu beobachten, narkotisirte.

Wenden wir uns nun zu der Behandlung specieller Krankheiten mittelst Chloroform, indem wir so unpartheiisch als möglich die bisher mit diesem neuen Mittel erlangten Resultate kritisch zu erleuchten uns bemühen wollen. Vor allem muss unsere Aufmerksamkeit den Lungenkrankheiten gewidmet werden, theils wegen der bereits veröffentlichten äusserst günstigen Resultate ihrer Behandlung mittelst Chloroform, theils weil wir uns hier auf einem Gebiete befinden, welches mit dem oben abgehandelten Chloroform-Chemismus in den engsten Beziehungen steht. Die Behandlung der Pneumonien (als der am meisten und mit dem besten Erfolg behandelten Lungenkrankheit) mit Chloroform-Inhalationen ist eine solche Novität in therapeutischer Hinsicht, dass von kritischer Beleuchtung keine Rede sein kann, wenn man keine eigene Erfahrungen zur Seite stehen hat. In dem hiesigen Hospital wurden bis jetzt sechs Fälle von ausgesprochener Pneumonie ausschliesslich mit Chloroform behandelt, und ich halte es für am zweckmässigsten, die gewissenhaften und genau Tag für Tag notirten Krankengeschichten hier wörtlich anzuführen. Dies ist um so nothwendiger, weil, wenn ich selbst ganz allgemein über den abnormen Verlauf der mit Chloroform behandelten Pneumonien sprechen würde, doch unmöglich diese so ganz abweichenden Erscheinungen so treu und selbstredend vorgeführt werden können, als dies nach den zuerst vorgeführten Krankengeschichten einer kurzen rein übersichtlichen Epikrise möglich ist.

Fall I. *(Pneumonia lobularis dextra.)*

(Dieser erste Fall ist auch zugleich der einzige, wo das Chloroform als unzulänglich bei Seite gelegt werden musste, und zu der alten Behandlungsmethode geschritten wurde. Ob die geringen Dosen oder die ängstliche Handhabung dieses Mittels überhaupt, an diesen ungenügenden Resultaten Schuld getragen haben oder ob dem damaligen *Genius epidemicus* und individueller Modification das Misslingen zugeschrieben werden muss, lasse ich dahin gestellt. Uebrigens nahm ich mir schon nach jenem Fall, überzeugt von der erleichternden Einwirkung und der sicher totalen Unschädlichkeit der Methode, fest vor, bei nächster Gelegenheit kräftiger und entschiedener aufzutreten. Ein Vorsatz, der in seiner Ausführung auch mit dem besten Erfolge gekrönt wurde.)

Carl Rebell, 37 Jahre alt, aus Oberrode, Taglöhner, tritt am 5. August 1850 in das Hospital ein. Er giebt an, stets ziemlich gesund gewesen zu sein, ausgenommen eine vor circa 1 Jahre bestandene Pneumonie. Er ist seit 3 Tagen krank, sein Unwohlsein begann mit Frost und Hitze, Kopfschmerz und Stechen im rechten Thorax. Dabei will er angestrengt gehustet und seit gestern blutig zähe Sputa ausgeworfen haben. Sein Aussehen ist das eines schwerer erkrankten, Respiration kurz und gehemmt, Zunge weiss belegt, Geschmack fade, Hitze und trockne Haut. Puls 120. Percussion ist auf der rechten Seite in ziemlicher Ausdehnung matter, ebenda zwei — drei Finger breit unter der Clavicula starkes Bronchialblasen und Schleimrasseln. Das Aufsetzen des Stethoskops vermehrt den stechenden Brustschmerz, über welchen Pat. sehr klagt. Auswurf ächt pneumonisch, doch weder besonders zäh noch sehr reichlich. Pat. hat im Tag 2 dünne Stühle gehabt und fühlt sich überhaupt sehr schwach und krank. —

Morgens 10½ Uhr wird die erste Chloroform-Inhalation gemacht. (Vermittelst einer Blechschaale welche Mund und Nase deckt für beide je ein Kugelventil und zur Chloroformaufnahme im unteren Theil der stark convexen Schaale ein Stück Badeschwamm). Patient athmet während 15 Minuten den Dampf von 2 × 15 gtt. ein. Es zeigt sich kein Symptom der eintretenden Narkose. Die Respiration, besonders die einzelnen Inspirationen, werden tiefer und reichlicher. Das Seitenstechen während und nach dem Athmen nur wenig gelindert. Puls bleibt gleich frequent, entwickelt sich jedoch etwas mehr. Die subjectiven Symptome der Chloroformeinwirkung sind mit den objectiven gleich unbedeutend. Inhalation No. II. 4 Uhr 30 Minuten. In 15 Minuten 30 Tropfen ohne irgend eine Spur von Erleichterung eingeathmet. Puls fällt etwas und ist weniger hart. Respiration und Seitenstechen gleich. Pat. findet keine Veränderung nach der Inhalation. Gegen Abend nehmen alle Symptome an Heftigkeit so zu, dass zur Venaesection geschritten werden muss. Abends 7 Uhr. V.S. ℥xvj. Rec. ***Tart. stib.*** gr. vj. ***Aq. meliss.*** ℥vj. stündlich 1 Esslöffel.

6. Aug. Pat. hat 1 Erbrechen und 10 Stühle gehabt, Allgemeinbefinden viel besser, Seitenstechen lässt nach, Empfindlichkeit des Thorax viel geringer. Hitze mässig, Bronchialblasen nicht fortschreitend. Respiration 26. Puls 96. 10½ Uhr Morgens Chloroform-Inhalation No. III. In 15 Minuten 30 gtt. ohne merkliche Erleichterung des Pat. 4½ Uhr Mittags Chloroform-Inhalation No. IV. in 15 Minuten 40 gtt. Keine Narkose, Respiration tiefer. 7½ Uhr Abends Inhalation No. V. In 15 Minuten 50 gtt. Darauf bedeutende Erleichterung der Brust ohne irgend ein Symptom von Narkose. (Sowie Pat. sich im Kopf etwas befangen fühlt, wird der Apparat einige Inspirationen lang weggenommen.) Schon nach der Inhalation um 4½ Uhr Mittags gab Pat. an, dass das Seitenstechen sehr abgenommen habe. Ebenso hat der Husten an Intensität verloren. Kurz nach der fünften Inhalation fühlt sich Pat. sehr erleichtert. Die Inspiration ist tief und reichlich, und selbst bei ganz angestrengtem Athmen versichert Pat. keine Spur von Seitenstechen mehr zu fühlen. Husten und Auswurf sind geringer. Die genau vorgenommene Auscultation ergiebt nach der fünften Inhalation folgendes Resultat: Bronchialblasen in der Umgegend der achten und neunten Rippe, besonders vom Rücken aus, noch sehr vernehmbar, jedoch ziemlich scharf daselbst localisirt und abgegrenzt. In der Umgegend freie Respiration, kein Schleimrasseln hörbar. Im oberen Lungenlappen *(Apex pulm.)* Respiration ganz normal. Percussion überall schmerzlos doch noch gleich matt, besonders zwischen der 7ten und 9ten Rippe.

7. Aug. 8 Uhr Morgens Chloroform-Inhalation No. VI. 50 gtt. in 10 Minuten. Pat. fühlt Erleichterung, Respiration tief und reichlich. (Bei den Inhalationen niemals Hustenreiz.) Pat. hat 10 Stühle gehabt. In der Nacht mehr gehustet, Auswurf noch zäh, stark rostbraun und blutig. Respiration 26 Puls 96. 2 Uhr Mittags Chloroform-Inhalation No. VII. 50 gtt. Abends ist Pat. ziemlich aufgeregt und klagt über Seitenstechen. Pat. benimmt sich übrigens sehr ungebärdig, entblösst sich beständig und lief mit blossen Füssen im Saal umher.

8. Aug. Pat. hat wenig gehustet und ausgeworfen, Seitenstechen gering, Bronchialblasen sehr beschränkt, kein Schleimrasseln, Haut feuchtwarm, Zunge weniger belegt, zwei Oeffnungen. Puls 96. Pat. war trotz allen Verbots aufgestanden, im Saal herumgegangen und hat circa ½ Stunde am offnen Fenster gesehen. Er will durchaus noch heute Morgen (aus Sehnsucht nach seiner Familie) das Hospital verlassen. — Urin hat starkes Sediment. 2 Uhr Chloroform-Inhalation No. VIII. 50 gtt. in 8 Minuten; mit merklicher Erleichterung und Nachlassen des wieder aufgetretenen Seitenstechens. — 6 Uhr Abends Chloroform-Inhalation No. IX. 50 gtt. in 8 Minuten mit Erleichterung der Brust. Abends 8 Uhr, Puls wieder frequenter, Hitze vermehrt.

9. Aug. 3 Abweichen, Urin trüb mit sehr dickem, schleimigem Satz, in der Nacht Dyspnöe, aber wenig Husten, Schleimrasseln; gegen Mittag mehr Luft, bei tiefer Respiration hebt sich die Brust gut. Reichlicher etwas dünnflüssiger Auswurf. Percussion hinten weit herauf dumpf, Respirationsgeräusch fast rein, doch etwas ferne. Respiration 38. Puls 108. *Vesic. in lat. dextr. Succ. pector.* (*Rp. Calomel. Sulf. aurat. antim.* āā gr. iij. *Magnes. carb.* gr. vj. *Succ. Liquir.* ʒj. *Aq. Meliss.* ℥ij stündlich einen Theelöffel.) — Abends 6 Uhr Chloroform-Inhalation No. X. 50 gtt. in 10 Minuten. Pat. fühlt sich erleichtert, Respiration tiefer und viel freier; die Erleichterung hält mehrere Stunden an.

Von nun an werden die Chloroform-Inhalationen als unzulänglich für die weitere Behandlung weggelassen. Die Krankengeschichte verliert daher in ihrem ziemlich gewöhnlichen Verlauf ihr für diese Zeilen specielles Interesse. Es möge daher genügen, wenn ich sage, dass Pat. sich allmälig erholte und die rückschreitende Metamorphose der kranken Lunge eigentlich wenig Abnormes darbot. Dass keine Hepatisation eingetreten ist, wenigstens nur eine höchst unvollkommene, beweist das fast reine, wenig gedeckte Respirationsgeräusch der kranken Lungenparthie am dem 7ten bis 8ten Tage der Krankheit. Die Sputa waren noch am 19ten und 20sten zähe und hellgelb, verloren ihre zähe Beschaffenheit sehr allmälig und verschwanden ebenso langsam.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der Poliklinik des Prof. Seitz zu München.

Vorträge über Scharlach.

M. H.! Die verbreitetste Krankheit, zu deren Beobachtung sich uns in diesem Semester Gelegenheit bot, ist der Scharlach. Die Zahl der seit Ende April an dieser Krankheit von uns behandelten Kranken beträgt 54. Fassen wir nun, was wir an ihnen beobachtet, am Schlusse des Semesters in einen Rahmen zusammen, so wird uns ein Bild dieser Krankheit, wie sie sich in der diesjährigen Epidemie hier dargestellt hat, erwachsen.

Scharlach kommt hier alljährig sporadisch im Winter wie im Sommer vor; grössere Verbreitung wie in diesem Jahre hatte er seit 1844 nicht mehr erlangt. Seine epidemische Herrschaft in diesem Jahre kündigte sich im Monat März durch einzelne heftige Erkrankungsfälle an, die in einigen Familien rasch fast alle tödtlichen Ausgang nahmen, und darum grosses Aufsehen erregten. Oefter zeigen die ersten Fälle weiter sich verbreitender Volkskrankheiten solch bösartigen Charakter. Die Krankheit breitete sich im Monat April langsam weiter aus, in den Monaten Mai, Juni und Juli kamen zahlreiche Erkrankungsfälle vor, seit der Mitte des August wurden sie seltener.

Wie gewöhnlich, war die Ausbreitung des Scharlachs auch diesmal in hiesiger Stadt eine allmälige, nicht eine plötzliche, so dass zu gleicher Zeit oder rasch nach einander die empfängliche Generation erkrankt, wie sie anderen Volkskrankheiten, z. B. der Influenza zukommt. Sie trat in allen Stadttheilen gleichzeitig auf, verbreitete sich aber nur langsam von Haus zu Haus. Diese Art der Verbreitung spricht für contagiöse Mittheilung. Abgesehen von dieser, die auch bei sporadischem Erscheinen des Scharlachs zu verfolgen ist, fragt sich, worin der Grund seiner weiten Verbreitung heuer dahier zu suchen. Viele Beobachter von Scharlachepidemien bemerkten, dass dieselben nach oder in nassen Jahrgängen auftraten. Auch der der Epidemie von 1844 vorausgegangene Sommer war sehr feucht gewesen. Lange war aber wohl keine Zeit so reich an atmosphärischen Niederschlägen, wie der verwichene Winter und der gegenwärtige Sommer. Prof. Unger, der verdienstvolle Forscher im Gebiete der vergleichenden Pathologie der Pflanzen, hat beobachtet, dass Exantheme an Pflanzen viel verbreiteter in regnichten Jahrgängen vorkommen. Aehnlich scheint sich's mit den exanthematischen Krankheiten bei den Menschen zu verhalten. So herrschten in diesem Jahre allenthalben in München näher gelegenen Orten exanthematische Krankheiten, wie in Dachau Blattern, in Wolfrathshausen Morbillen. Hier wurden zur Zeit der Herrschaft des Scharlachs nur sporadische Fälle von Blattern beobachtet, oft sah man in der Zeit dagegen Urticaria und Erysipelas, deren häufiges Auftreten zur Zeit der epidemischen Herrschaft von Ausschlagskrankheiten eine von vielen Beobachtern constatirte Thatsache ist. Was das gleichzeitige Vorkommen anderer Krankheiten betrifft, so kamen nur in mässiger Verbreitung und Intensität Katarrhe der Athmungs- und Verdauungsorgane, Rheumatismen und Entzündungen, selten aber typhöse Fieber zum Vorschein.

Als die für den Scharlach empfänglichste Lebensperiode lernten Sie das kindliche Alter kennen. Ihm gehörten, mit Ausnahme einer ledigen 22jährigen Frauensperson, alle unsere Kranken an. Die Mehrzahl derselben, 40, standen im Alter von $\frac{1}{4}$ bis 8 Jahren, im Alter von 8 bis 14 Jahren 13. Doch sind im Laufe dieses Jahres dahier auch einzelne Erkrankungsfälle bei Leuten im höheren Alter, in den 50er und 40er Jahren beobachtet worden. Auffallend überwiegt die Zahl der von uns behandelten scharlachkranken Mädchen die der Knaben, indem sich die der ersteren auf 36, die der letzteren auf 18 beläuft. Dass der Scharlach selten ältere Subjecte befällt, rührt daher, dass die meisten ihn schon in den Kinderjahren überstanden haben, und die Empfänglichkeit in der Regel mit dem einmaligen Ueberstehen desselben erlischt. Die überwiegende Zahl von erkrankten Mädchen, die in unsere Behandlung kamen, scheint nicht zufällig zu sein, da das weibliche Geschlecht auch grössere Disposition zu anderen Exanthemen, z. B. dem Friesel, zeigt. Kinder von schwacher wie von starker Constitution wurden von der Krankheit befallen. Einige unserer Kranken trugen die Spuren des skrophulösen, einige des rhachitischen Siechthums.

Die Krankheit zeigte in den einzelnen Fällen grosse Verschiedenheit im Verlaufe und in ihren Erscheinungen, nach der Entwickelung des Exanthems auf der äusseren Haut und ihrer Localisation auf Schleimhäuten und inneren Organen. So trat sie meist mit Halsschmerz und Schlingbeschwerden, in vielen Fällen mit Diarrhöe und Erbrechen, einige Male mit Husten auf. Nur in wenigen Fällen begannen Fiebererscheinungen allein die Reihe der Krankheitssymptome. Frost wurde vielfach nicht wahrgenommen, war nicht beträchtlich und von kurzer Dauer. Die Hitze und Pulsbeschleunigung dagegen, die nie fehlten, erreichten hohe Grade. Gefühl von Schwäche, Abgeschlagenheit, Eingenommenheit des Kopfes waren überall vorhanden. In einigen Fällen war die Eingenommenheit des Kopfes grösser, die Kranken lagen den grössten Theil des Tages in einem betäubten Schlummer. Ueber Schmerz im Kopfe wurde wenig geklagt; vielfach stellten sich bald Delirien ein.

Das Exanthem auf der Haut entwickelte sich zu verschiedener Zeit. In einigen Fällen erschien es gleich am ersten Tage mit den Fiebererscheinungen, in anderen am zweiten oder dritten, ein paarmal erst am vierten Tage. Wie in der Zeit seines Entstehens, liess es auch in seiner Form und seinem Verlaufe mancherlei Abänderungen wahrnehmen. In den meisten Fällen stellte sich dasselbe zuerst in der Gestalt kleiner blassrother Flecken dar, die bald intensivere Röthe und grössere Ausbreitung gewannen, so dass grössere Partien der Körperoberfläche mit gleichförmiger Röthe überzogen erschienen. In einigen Fällen bot die ganze Körperoberfläche vom Halse abwärts diese gleichförmige Röthung dar, ohne gleichzeitige Anschwellung. In ein paar Fällen stellten sich grössere unregelmässige, lebhaft geröthete Flecken zuerst ein, zwischen denen die Haut mindere Röthe zeigte. Unter dem Druck der Finger schwindet die Röthe, stellt sich darnach aber rasch wieder von der Peripherie aus ein. In drei Fällen stellte sich das Exanthem in Form runder, linsengrosser, livider, den Petechien ähnlicher Flecken ein. In einem Falle trat eine schwache diffuse Röthung der dazwischen gelegenen Hautpartien dazu; ein zweiter endete tödtlich ohne diese; im dritten, der günstigen Ausgang nahm, blieb sie gleichfalls aus. Das Exanthem entwickelte sich gewöhnlich an den oberen Körpertheilen: dem Gesicht und Halse, der Brust, den Armen, früher als an den unteren: dem Abdomen und den Beinen. Mehrfach war aber die Röthung an diesen intensiver, als an jenen. In fünf Fällen konnte man nur an einer Körperregion, zwei Mal am Rücken, drei Mal an den Extremitäten, diffuse Röthe wahrnehmen, die nach 1 oder 2 Tagen wieder verschwunden war.

Die höchste Entwickelung des Exanthems fiel zusammen mit der Acme der Fiebererscheinungen, gewöhnlich auf den 2. Tag des Ausbruchs desselben, den 3., 4., 5. Tag des Fiebers. Schon am 3. oder 4. Tag begann der Ausschlag zu erblassen, erschien wie im Beginne, nur mehr auf kleine umschriebene rothe Stellen beschränkt, die noch ein paar Tage, allmälig sich gelbbräunlich färbend, sichtbar blieben.

In $\frac{3}{4}$ aller von uns beobachteten Fälle beschränkte sich die Entwickelung des Exanthems nicht auf die beschriebene fleckige Form, sondern die Epidermis ward in Gestalt kleiner, hirsekorngrosser Knötchen (*Papulae*) emporgetrieben. Diese bleichten sich am andern oder dritten Tage an ihrer Spitze, und stellten nun kleine Bläschen dar, die zu schmalen bräunlichen Krusten vertrockneten. Sie enthielten eine anfänglich ungefärbte seröse, später weissgelbliche und dicker werdende Flüssigkeit, die alkalisch reagirte, und unter dem Mikroskop kleine, den Eiterkörperchen ähnliche Zellen wahrnehmen liess. Doch kamen die Knötchen nicht immer zur Bläschenbildung, sondern verschwanden meist, ohne diese erreicht zu haben, bald wieder. Nur in wenigen Fällen erhoben sie sich an der ganzen Körperoberfläche, meist erschienen sie am Halse, der Brust und den oberen Extremitäten. An letz-

teren, besonders an den Händen, sahen wir die Entwickelung zu Bläschen am häufigsten. In keinem Falle beobachteten wir diese Knötchenbildung vor dem 2. Tage nach dem Erscheinen der Scharlachflecken, gewöhnlich kam sie später, oft erst nachdem jene schon erblasst waren. Obgleich dieses papulöse Exanthem ganz dem des Friesels glich, so fehlten doch die dem Friesel eigenthümlichen Erscheinungen: die profusen Schweisse, der drückende Schmerz in der Magengegend, das Jucken und Stechen auf der Haut und das krampfhafte Gefühl in den Fingern. Nur ein einziges krankes Mädchen klagte beim Ausbruch des Scharlachs über drückenden Schmerz in der Herzgegend.

In drei Fällen nahmen wir die Bildung grösserer Blasen wahr, zwei Mal beschränkt auf die Umgebung des Mundes, in einem dritten Falle über den ganzen Körper verbreitet. Der kleine Kranke, ein halbjähriger wohlgenährter, vollsaftiger Knabe, der noch von seiner gesunden Mutter gesäugt wurde, liess schon am zweiten Tage der Erkrankung auf der sich verbreitenden Scharlachröthe an der Brust mit Serum gefüllte Blasen wahrnehmen. Sie kamen hernach besonders zahlreich am Kopf, am Rücken und Unterleib, weniger an den Extremitäten zum Vorschein. Alle waren hemisphärisch, hatten aber verschiedene Grösse, von der einer Linse bis zum Umfang eines Kreuzerstücks und darüber; sie waren von einem rothen Hofe umgeben, an einzelnen Körperstellen flossen mehrere zusammen zu grossen Blasen. Ihr Inhalt war mehr oder weniger bräunliches Serum, und reagirte alkalisch. Manche platzten bald, in anderen trübte sich nach längerem Bestande der Inhalt eitrig und vertrocknete zu gelbbräunlichen Krusten, die erst 10 bis 14 Tage nach dem Entstehen der Blasen abfielen und vertiefte grosse Narben zurückliessen. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Inhalts der mehr bräunlich gefärbten Blasen nahm man zahlreiche Blutkörperchen, in dem gelblich eitrig gewordenen Inhalt Kernkörperchen und Eiterzellen wahr. Neben den sich entwickelnden Blasen blieb die Scharlachröthe der Haut 3 Tage lang sichtbar; auch nachdem sie verschwunden war, kamen in den folgenden 2 Wochen noch hier und da kleinere Blasen auf rothem Grunde zum Vorschein, die aber rascher verkrusteten und abfielen.

Bei mehreren Kindern sahen wir, da das Exanthem schon erblasst war, Schweissbläschen *(Sudamina)* am Halse, der Brust, dem Bauche. Bei einem 5jährigen Mädchen, das in einer niedrigen Dachstube lag, in der die Sonne des Juni andauernd einen hohen Wärmegrad erhielt, erhob sich die Epidermis am ganzen Körper in solchen unregelmässigen, mit hellem, sauer reagirendem Serum gefüllten Schweissbläschen, die an den Armen confluirten, und durch Abstossung der Epidermis excoriirten. Die Excoriationen, die sich über den grössten Theil des Ober- und Vorderarmes verbreiteten, trockneten indessen rasch ein, in wenig Tagen hatte sich die Epidermis ganz restaurirt.

Nur in zwei Fällen, die sonst alle Erscheinungen des Scharlachfiebers boten, zeigte sich Röthung der Beine auf der äusseren Haut. In dem einen waren profuse Schweisse vorhanden, unter denen einige Sudamina im Gesichte und am Halse erschienen; der andere nahm bald tödtlichen Ausgang.

Sie hatten so Gelegenheit, m. H., bei der diesjährigen Scharlachepidemie alle Verschiedenheiten in der Form des Exanthems, die man als *Scarlatina variegata, laevigata, papulosa seu miliaris, vesiculosa, pustulosa* und *pemphigodes* bei den Autoren unterschieden findet, und auch den Scharlach ohne Ausschlag, *Scarlatina sine exanthemate,* zu beobachten. Als den Scharlach von anderen Ausschlagskrankheiten, die uns freilich in der Zeit in weniger Exemplaren zur Beobachtung kamen wie die Blattern, unterscheidend, wird Ihnen das Vielgestaltige, Wandelbare und Unstäte der Hautaffection aufgefallen sein. Derselbe wandelbare und flüchtige Charakter kommt auch den anderen Erscheinungen des Krankheitsprocesses zu. Wie schon erwähnt, erreichten die Fiebererscheinungen ihren Höhepunkt mit der Entwickelung des Exanthems, gewöhnlich am 3., 4., 5. Tage der Krankheit. Die Haut war am ganzen Körper sehr heiss, doch nur selten trocken, gewöhnlich feucht, der Durst gross. Der Puls war härtlich, voll, sehr beschleunigt, von 110—150 Schlägen. Die Kranken waren sehr unruhig, schlaflos, delirirten. Das geröthete Gesicht mit den glänzenden, injicirten Augen, hatte den Ausdruck der Aufgeregtheit. Oefter blichen die Fiebererscheinungen, auch nachdem das Exanthem schon zu erblassen begann, noch ein paar Tage auf derselben Höhe. Dann nahm die Hitze der Haut ab, es stellten sich Schweisse ein, die Frequenz des Pulses verlangsamte sich allmälig; die Delirien hörten auf, die Kranken konnten mehr schlafen. Das Fieber zeigte gewöhnlich Remission am Morgen, exacerbirte in den Abendstunden; in einigen Fällen stellten sich täglich zwei Exacerbationen ein, eine in den Morgenstunden, die zweite am Nachmittag. Oefter liess sich, nachdem das Fieber schon geschwunden, neue Steigerung desselben beobachten, gewöhnlich war dies der Fall vor dem späteren Hervorbrechen des papulösen Exanthems.

Unter den Erscheinungen der Localisation der Krankheit auf inneren Organen waren am constantesten die der Stase der Schleimhaut der Mundhöhle, des Schlundes, die meist schon vor dem Ausbruch des Exanthems auf der äusseren Haut wahrnehmbar waren. Die Schleimhaut in der Mundhöhle und den Fauces röthete sich, die Uvula, das *Velum palatinum* und die Tonsillen schwollen an. Frühzeitig, schon am zweiten Tage des Fiebers, konnte man an letzteren öfter Eiterpunkte wahrnehmen. Die meisten Kranken klagten gleichzeitig über Schmerz im Halse und Schlingbeschwerden. Wie die übrigen Partien der Mundhöhle, zeigte sich auch die Zunge gleich vom Beginne der Krankheit an geröthet, die angeschwollenen *Papillae filiformes* ragten wie verlängert hervor, was der Oberfläche der Zunge ein granulirtes Ansehen giebt, das man mit dem Namen Himbeerzunge bezeichnet hat. In einigen Fällen sah man an ihr deutliche Bildung von Bläschen, deren Anfangs klarer Inhalt sich später weisslich färbte. Solche weissliche Bläschen bildeten sich auch an der Schleimhaut der Mundhöhle unter den Wangen, die sich hier wie an der Zunge öfter in grösseren weisslichen Partien später abstiess. In den meisten Fällen war die Zunge ganz roth ohne allen Beleg, manchmal aber war sie in den ersten Tagen von ihrem mittleren Drittheile an mit einem weissen, dünnen oder dicken Belege überzogen. Dieser setzte sich in den Schlund und über die Tonsillen fort. In drei Fällen glich er ganz einer Croupmembran; es war dabei das Schlingen sehr erschwert.

Wenn auch das Kratzen und Brennen im Halse und die Schlingbeschwerden sich nach einigen Tagen minderten und in der zweiten Woche der Krankheit verloren, so blieb doch die Röthe der Schleimhaut noch länger, und die Geschwulst der Tonsillen in der dritten Woche, ja manchmal später noch sichtbar.

(Fortsetzung folgt.)

Aus Ed. Martin's geburtshülflicher Klinik in Jena.

Ueber das Vorliegen und den Vorfall der Nabelschnur bei der Geburt.

Ein in der Gebäranstalt am 22. October 1850 beobachteter und glücklich beendigter Geburtsfall, bei welchem die Nabelschnur zwischen den vorliegenden Unterschenkeln des Kindes vorgefallen war, gab Anlass zu folgenden Bemerkungen:

Die Frequenz des in Rede stehenden Fehlers ist in verschiedenen Uebersichten der in Gebäranstalten beobachteten Geburten verschieden angegeben, und schwankt zwischen 1 : 100 (Klein in Wien) und 1 : 521 (Boivin). Dies letztere Extrem lässt schon deshalb mit ziemlicher Bestimmtheit vermuthen, dass nicht sämmtliche Beispiele von Nabelschnurvorfall von der Verfasserin in Rechnung gebracht sind, weil von den 39 Beobachtungen unter 20,357 Geburten der Boivin 38 den Vorfall neben dem vorliegenden Kopf betroffen haben sollen, und es doch anerkannte Thatsache ist, dass auch neben dem Beckenende, sowie bei fehlerhafter Kindeslage der Nabelschnurvorfall oft, ja relativ noch häufiger als bei Kopfendelagen vorkommt. Die Durchschnittszahl, welche Collins aus seinen zahlreichen Beobachtungen zieht, wonach auf 171 Geburten ein Nabelschnurvorfall zu erwarten steht, scheint sich auch durch die Ergebnisse der Wiener Gebäranstalt, wie sie Arneth mittheilt, als eine der Wahrheit sehr nahe kommende zu bestätigen, denn unter 16,523 hier von Klein, Bartsch und Arneth beobachteten Geburten fand man 104 Nabelschnurvorfälle, also beiläufig 1 unter 158 Geburten. — Das Resultat der sehr mannichfaltigen Zusammenstellung Joh. Christ. Saxtorph's, wonach erst unter 241 Geburten ein *Prolapsus funiculi umbilicalis* zu erwarten stehe, scheint mir nicht durchweg auf hierfür genügend sichere Elemente gebaut, und daher verwerflich.

Wie Ihnen, meine Herren, bekannt ist, unterscheidet man das Vorliegen der Nabelschnur innerhalb der unverletzten Eihäute von dem Vorfall nach Zerreissung der letzteren. Beide Unterarten einer und derselben Geburtsstörung beruhen auf demselben fehlerhaften Grundzustande, der mangelhaften Contraction des unteren Gebärmutterabschnittes um den vorliegenden Kindestheil, sind aber mannichfach, insbesondere in Hinsicht auf die Therapie des Fehlers verschieden, daher ich sie gesondert betrachten will.

I. Das Vorliegen der Nabelschnur innerhalb der unverletzten Eihäute, ein Fehler, der, zumal da er eine spontane Beseitigung zulässt, in der täglichen Praxis häufig übersehen werden dürfte, und dessen Frequenz daher mindestens für jetzt nicht festzustellen ist, wird für minder gefährlich erachtet, als der Vorfall. Diese Meinung hat Manches für sich, wie z. B. den Umstand, dass der Druck auf die Nabelschnur vor dem Blasensprung selten ein so beträchtlicher und anhaltender wird, als nach der Berstung der Eihäute. Dessenungeachtet kommen auch Fälle von gefährlicher Compression der Nabelschnurgefässe

innerhalb der geschlossenen Eihäute vor, wie mich eine unzweideutige Beobachtung lehrte; ich möchte gerade darin eine Todesursache derjenigen Kinder suchen, welche ohne wahrnehmbare Fötalkrankheit und ohne erhebliche Geburtsverzögerung todt geboren werden. — Am bestimmtesten droht aber dem Kinde beim Vorliegen des *Funiculus umbilicalis* Gefahr, wenn die Nabelschnur gespannt über den Kopf hinwegläuft, und dann an zwei entgegengesetzten Stellen einem Druck ausgesetzt ist; in einem solchen Falle fühlte ich einmal mit jeder Wehe, wobei das Kind trotz der unverletzten Eihäute vorwärts geschoben wurde, die Pulsation in den Nabelschnurwindungen langsamer werden und endlich ganz aussetzen.

Bemerkenswerth sind die Täuschungen, welche in Betreff der vorliegenden Nabelschnur bei stehenden Wässern vorkommen. Einmal rief mich eine Hebamme zu einer Geburt, weil die Hand vorliege; als ich explorirte, zeigte sich allerdings in den Eihäuten ein der geballten Faust ähnlicher unebener Körper, an welchem sich aber bei genauerem Zufühlen eine deutliche Pulsation wahrnehmen liess, so dass alsbald die angeblichen Finger für ungewöhnlich hervortretende Windungen der Nabelschnurgefässe erkannt wurden, eine Täuschung, welche auch Anderen (z. B. Trefurt) begegnet ist. Die Verwechselungen mit einer streifenartigen Verdickung der Eihäute können ebenfalls nur beim Vorliegen der Nabelschnur vorkommen, während diejenigen mit der vorderen Mutterlippe oder mit einer angeschwollenen Schamlippe einer weiblichen Frucht, welche von den Autoren aufgeführt werden, erst beim Vorfall nach geborstener Blase denkbar sind.

Die Therapie des Vorliegens der Nabelschnur besteht, abgesehen von der Begünstigung der sogenannten spontanen Reduction durch die Zusammenziehungen des unteren Gebärmutterabschnittes, welche mittelst einer passenden Lagerung der Kreissenden geboten wird, vorzugsweise in dem sogenannten Verstreichen derselben innerhalb der Eihäute (Nuta). Bevor man sich zu diesem Verfahren entschliesst, bedenke man jedoch, dass dabei möglicherweise die Blase bersten könne, und dass man somit die Gefahren des Vorfalls beschleunige. Deshalb halte ich es für gerathen, die Reposition innerhalb der unverletzten Eihäute erst dann zu versuchen, wenn der Muttermund hinlänglich weit eröffnet ist, so dass man, im Fall die Blase bersten sollte, von dieser Seite keine Verzögerung zu fürchten hat; es müsste denn die Pulsation in der vorliegenden Nabelschnur sehr beträchtlich nachlassen, und durch eine entsprechende Lagerung der Kreissenden nicht wieder hergestellt werden können, so dass man durch die dringende Lebensgefahr der Frucht zu einem bestimmteren Eingreifen, sogar auf die Gefahr hin, die Blase zu sprengen, berechtigt, ja sogar verpflichtet wäre. — Dass nur im wehenfreien Zeitraume das Verstreichen vorgenommen werden dürfe, und dass nach anscheinendem Gelingen desselben der Herzschlag der Frucht sorgfältig und andauernd mit dem Hörrohr bewacht werden müsse, bedarf keiner ausführlichen Erörterung.

Sollte das Klopfen in der Nabelschnur hinter den Eihäuten dauernd nachlassen und das Verstreichen nicht gelingen, so bleibt nichts übrig zur Rettung des Kindes, als die Eihäute zu zerreissen und sodann die Reposition nochmals zu versuchen, oder, falls diese auch jetzt fehlschlägt, auf den Fuss zu wenden, eine Operation, welche freilich nicht bloss das Leben des Kindes nicht sicher stellt, sondern auch das der Mutter mehr exponirt, als der vorliegende Fehler selbst es zu thun pflegt, andererseits aber unter den gedachten Verhältnissen bei beweglichem Stand des vorliegenden Kopfes und bei genügender Vorbereitung der Geburtswege den einzigen Weg zur Rettung der Frucht bietet.

II. Zerreissen die Eihäute bei vorliegender Nabelschnur, so wandelt sich der Fehler in den Vorfall des Nabelstranges um; doch entsteht dieser auch wohl ohne vorhergegangenes Vorliegen durch das Hervorstürzen des Fruchtwassers; immer bedarf es aber zur Ausbildung des fraglichen Fehlers einer mangelhaften Verschliessung der Gebärmutteröffnung. Für die letztere ist als die häufigste und wesentlichste Bedingung die unvollkommene Zusammenziehung des unteren Gebärmutterabschnittes um den vorliegenden Kindestheil anzusehen, und darauf zunächst das häufige Zusammentreffen des Nabelschnurvorfalles mit dem Vorfall einer Extremität, namentlich der Hand, neben dem Kopfe (welcher nach Saxtorph's Zusammenstellung 41 Mal unter 253 Fällen von *Prolapsus funiculi umbilicalis* neben dem vorliegenden Kopfe, nach Arneth 5 Mal bei 19 Nabelschnurvorfällen mit Hinterhauptlagen beobachtet wurde), sowie das öftere Zusammentreffen von Querlagen und Gesichtslagen mit dem Vorfall der Nabelschnur (nach J. Fr. Osiander's und meiner Beobachtung) zurückzuführen. — Die so eben gedachte Anomalie, die mangelhafte Contraction des unteren Gebärmutterabschnittes, findet erfahrungsmässig auch bei den Beckenendelagen sehr häufig statt, ja dieser Zustand des Uterus ist zum guten Theil Ursache jener ungewöhnlichen, sowie der fehlerhaften Kindeslagen; schon deshalb sind die Fuss- und Steisslagen der Frucht verhältnissmässig weit häufiger mit dem Vorfall der Nabelschnur complicirt, als die Kopflagen. (Collins fand unter je 14 Fusslagen 1 *Prolapsus funic. umb.*, sowie unter je 9 Schulterlagen 1 desgleichen, während man im Allgemeinen erst unter 158, resp. 171 Geburten einen Vorfall der Nabelschnur zu erwarten hat. Arneth sah unter 33 Vorfällen der Nabelschnur denselben 5 Mal bei Fusslagen, 4 Mal bei Steisslagen, 3 Mal bei Querlagen.) — Für die hohe Disposition zu dem fraglichen Fehler in Folge von mangelhafter Uterincontraction spricht aber endlich auch der Umstand, dass bei Zwillingsgeburten, und namentlich beim zweiten Zwilling, der Vorfall der Nabelschnur sehr häufig beobachtet wird, wie die Angabe von Collins darthut, der den *Prolapsus funiculi umbilicalis* unter 97 Fällen 12 Mal bei Zwillingen, und zwar 7 Mal beim zweiten Kinde fand. — Wenn ich aber auch die fehlerhafte Contraction des unteren Gebärmutterabschnittes als die Hauptursache des Nabelschnurvorfalles mit Wigand, Nägele und Churchill bezeichne, so leugne ich doch keineswegs die Bedeutung anderer Momente, sollten sie auch nur eine Disposition zu dem in Rede stehenden Fehler gewähren. So dürfte z. B. die Thatsache, dass Fusslagen weit häufiger (1 : 14), als Steisslagen (1 : 121 Collins; nach Saxtorph's Zusammenstellung kamen von 292 Vorfällen der Nabelschnur 5 neben dem Steiss, 20 neben den Füssen, 12 neben fehlerhaften Kindeslagen zur Beobachtung) mit dem Vorfall des Nabelstranges complicirt sind, sich dadurch erklären, dass die Füsse den Muttermund minder vollständig ausfüllen und verstopfen, als der Steiss, anderntheils aber auch dadurch begründet sein, dass bei Fusslagen die eine Insertionsstelle des Nabelstranges, nämlich die am Unterleibe der Frucht, dem Muttermunde mehr zugewendet sich befindet, als bei der Steisslage. Auf einem dem zuletzt erwähnten ganz ähnlichen Verhältnisse mag die Disposition zum Nabelschnurvorfall beruhen, welche nach einigen Autoren (namentlich nach H. Fr. Nägele und Churchill) durch die marginale und velamentale Insertion des Nabelstranges am unteren, dem Muttermunde besonders nahe gelegenen Rande des Mutterkuchens gegeben wird. So wahrscheinlich übrigens dieses disponirende Moment ist, so sehr bedarf es immerhin noch hinsichtlich des Werthes desselben für den Nabelschnurvorfall der Bestätigung durch fernere genaue Beobachtungen; denn nur die seltenen Fälle von Velamentalinsertion über dem Muttermunde vermögen für sich allein den fraglichen Fehler herbeizuführen, während andererseits eine marginale Insertion des Nabelstranges am unteren Rande des tief unten im Uterus sitzenden Mutterkuchens oft genug auch ohne *Prolapsus funiculi umbilicalis* beobachtet wird. Wenn aber Saxtorph die Vermuthung ausspricht, dass der Sitz des Mutterkuchens in der Nähe des Muttermundes die Entwickelung der Contraction des unteren Gebärmutterabschnittes hindern dürfte und dadurch zum Nabelschnurvorfall disponire, so muss dagegen die Häufigkeit des tiefen Sitzes des Mutterkuchens und die Seltenheit des Nabelschnurvorfalls, sowie die Thatsache angeführt werden, dass die Placenta nie im Mutterhalskanale ihren Sitz habe, während das regelmässige enge Anliegen des unteren Gebärmutterabschnittes an dem vorliegenden Kindestheile (Michaelis' Strictur), welches den Vorfall in den gewöhnlichen Fällen vorzugsweise verhindert, gerade vom innern Muttermunde und dem Mutterhalskanal bewirkt werden dürfte.

Alle übrigen angeblichen Ursachen des Nabelschnurvorfalles, wie die übermässige Menge des Fruchtwassers, das enge, namentlich mit einem sehr hervorspringenden Promontorium versehene, oder das zu weite Becken, die ungewöhnliche Neigung desselben, der Hängebauch, die Entleerung des Mastdarms in der zweiten Geburtszeit, die ungewöhnliche Länge der Nabelschnur, die Knoten und Auswüchse derselben, die Kleinheit des Kindes u. s. w. geben nur entfernte Disposition, indem sie, wie z. B. das Uebermaass von Fruchtwasser, die regelmässige Configuration und Contraction der Gebärmutter hindern, oder stehen mit dem Vorfall in gar keinem erweislichen Zusammenhang. Als entfernte Ursachen erscheinen dagegen alle Momente, welche eine mangelhafte Thätigkeit des unteren Uterussegmentes bedingen, wie die *Endometritis catarrhalis* u. s. w., welche daher, zumal vom prophylaktischtherapeutischen Standpunkte aus, einer ganz besonderen Aufmerksamkeit werth sind.

Die Behauptung, dass Mehrgebärende dem Nabelschnurvorfall öfter ausgesetzt seien, als Erstgebärende, scheint unbegründet; denn zieht man in Erwägung, dass die Zahl der späteren Geburten durchschnittlich drei Mal so gross ist, als die der ersten, so wird man das Verhältniss ganz natürlich finden, wenn Busch unter 39 Fällen 10 Erstgebärende und 29 Mehrgebärende zählte. —

Die Folgen des Nabelschnurvorfalles treffen nur äusserst selten die Mutter, für welche man ganz ausnahmsweise eine Zerrung und Lostrennung des Mutterkuchens, und dadurch Blutungen und Inversion des Uterus unter der Bedingung zu befürchten hat, dass die vorgefallene Nabelschnurschlinge schleuderartig den Kopf umgiebt, und so mit dem vorrückenden Kindskopf gewaltsam vorwärts geschoben wird.

Ungleich häufiger und in höherem Grade leidet die Frucht, und in dieser Beziehung gehört der Nabelschnurvorfall zu den unangenehmsten Ereignissen, welche dem Arzt begegnen können, namentlich dann,

wenn derselbe, durch Nebenumstände gezwungen, das Kind dahinsterben sehen muss, ohne ihm helfen zu können. — Nach den neuesten statistischen Mittheilungen über die Dubliner und Wiener Gebäranstalten (durch Collins, Hardy und M'Clintock, Bartsch, Klein und Arneth) gelang es in 138 Fällen 94 Kinder zu retten, ein Verhältniss, welches um so günstiger erscheinen muss, als von den Todtgeborenen eine nicht unbedeutende Anzahl bereits mit kalter Nabelschnur in die Anstalten kamen, oder todtfaul, also in keiner Weise zu retten waren. Für die Privatpraxis wird sich das Verhältniss nie so günstig stellen, obschon auch hier noch Manches von den verbesserten Technicismen der Aerzte und von der geschärfteren Aufmerksamkeit der Hebammen in denjenigen Orten, in welchen diese zunächst zu den Gebärenden gerufen werden, zu erwarten steht. Als Beispiel, um wie viel ungünstiger hier das Ergebniss sich gestaltet, mag die Angabe Lever's und Oldham's dienen, welche unter 6608 Geburten in der Guy's hospital Lying-in-Charity bei 8 Vorfällen der Nabelschnur nur ein Kind zu erhalten vermochten. Joh. Friedr. Osiander rettete in 13 Fällen nur 5, Joh. Clarke unter 6 (bei 3816 Privatgeburten) nur 3. Mir gelang es in der poliklinischen und Privatpraxis, von 16 Kindern, deren Nabelschnur vorgefallen war, 8 zu erhalten. — Die Ursachen, welche die Verhältnisse in der Privatpraxis, zumal da wo Aerzte erst nach Entdeckung der Fehler durch die Hebamme zu den Geburten hinzugezogen werden, ungünstiger gestalten, bedürfen keiner Auseinandersetzung.

Ueber die Todesart, welche die Früchte beim Vorfall der Nabelschnur erleiden, hat man viel gestritten; gegenwärtig herrscht aber wohl kaum noch ein Zweifel daran, dass die Kinder durch Blutstockung in Folge der unterbrochenen Circulation zu Grunde gehen. Denn die scheinbar zu Gunsten der Ansicht, dass Anämie den Tod herbeiführe, sprechenden Mittheilungen Ritgen's und Wehn's über den Nutzen der Unterbindung des Nabelstranges bei der Extraction des Kindes an dem unteren Körperende und die darauf etwa zu gründenden Empfehlungen desselben Verfahrens beim Vorfall der Nabelschnur haben wenigstens in meinen Augen sehr viel an Gewicht verloren, seitdem ich die Anfangs ebenfalls glücklicheren Resultate der Extraction mit vorgängiger Unterbindung der Nabelschnur in gleichem Maasse später ohne die gedachte Unterbindung erzielt, und dadurch die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die früheren nicht so befriedigenden Ergebnisse anderen Ursachen, vielleicht einer geringeren Vollendung der Technik, zuzuschreiben waren. — Die von Schuré, Chailly u. A. veröffentlichten Sectionen der durch Druck der Nabelschnur gestorbenen Kinder erweisen die früher gedachte Todesart der Kinder unzweifelhaft. Auch unsere Poliklinik lieferte dafür im Jahre 1849 einen Beleg, den ich nach den Aufzeichnungen des damaligen Praktikanten Dr. Rürli Ihnen mittheilen will.

Die betreffende Geburt einer 34 Jahre alten Mehrgebärenden war in den ersten Stadien durch eine sehr schmerzhafte *Endometritis catarrhalis* verzögert worden; als endlich Abends 8 Uhr die Wässer abflossen, stürzte eine beträchtliche Schlinge der Nabelschnur aus den Genitalien hervor. Die alsbald eingetretenen kräftigen Druckwehen vermochten jedoch den Kopf nicht schnell genug auszutreiben, um das Kind zu retten, und wir kamen erst hinzu, als dasselbe im Durchschneiden begriffen war. Bei der am folgenden Tage vorgenommenen Section des todten ausgetragenen wohlgenährten Knaben, dessen Wangen und Lippen sogleich nach der Geburt eine livide Farbe zeigten und dessen Nabelschnur 28″ lang war, ergab sich Folgendes: Die Schädelhöhle zeigte viel flüssiges, schwarzes Blutextravasat zwischen der harten Hirnhaut und den Schädelknochen; die ganze Schädeldecke erschien sehr blutreich; eine Kopfgeschwulst war nicht vorhanden, doch schien eine stärkere Blutanhäufung auf dem rechten Scheitelbein den Beginn einer solchen zu verrathen; sämmtliche Gehirnvenen waren mit Blut überfüllt; die *Pia mater* injicirt, das ganze Hirn sehr blutreich und von ziemlich weicher Consistenz. Aus dem Rückenmarkskanal drang etwas Wasser hervor. Die Brusthöhle enthielt eine grosse, sehr blutreiche Thymusdrüse; die atelektatischen Lungen waren ziemlich fest, sehr blutreich und mit zahlreichen kleinen Ecchymosen bedeckt; das Herz gross, derb, blutleer in seinen Höhlen; Herzsubstanz sowie die Gefässstämme injicirt. Bauchhöhle: Leber gross und blutreich, ebenso die Milz. — Der Darmkanal mit dunkelgrünem Meconium angefüllt. — Auch hier Blutanhäufung in den Venen; eine seröse Infiltration längs dem Verlauf der Nabelgefässe. Nierensubstanz blutreich. — Harnblase mit Urin gefüllt. —

Bei all den Bedenklichkeiten, welche einen Nabelschnurvorfall begleiten, ist es in prognostischer und somit auch in therapeutischer Hinsicht sehr wichtig, der mannichfaltigen Beobachtungen nicht zu vergessen, in welchen es gelang, auch dann noch das Kind zu retten, wenn der Puls in der vorliegenden Nabelschnur nicht mehr gefühlt werden konnte, ja dieser Theil sogar schon ein merkliches Sinken der Temperatur wahrnehmen und die Auscultation den Herzschlag nicht entdecken liess. Mit Berücksichtigung dieser Erfahrungen erscheint mir der Rath derjenigen, welche, um die Mutter nicht durch die Therapie weiteren Gefahren auszusetzen, von denen sie in Folge des Vorfalls an sich nicht bedroht ist, durchaus exspectativ verfahren wollen, verwerflich; ich halte im Gegentheil überall, wo der Tod des Kindes nicht ausser Zweifel gestellt ist, ein jedes Verfahren für gerechtfertigt, welches das Leben des Kindes zu sichern vermag, ohne die Gesundheit der Mutter zu bedrohen, ja, ich muss in dieser Beziehung dringend zur besonnenen Thätigkeit auffordern. Nur in denjenigen Fällen, in welchen der Tod der Frucht durch die längere Dauer der Pulslosigkeit, durch das Kalt- und Welksein der Nabelschnur oder sonstwie unzweifelhaft dargethan ist, hat man nichts zu unternehmen, falls nicht die Mutter durch Zerrung der Nabelschnur, wie erwähnt, bedroht wird; am wenigsten aber hat man mit Collins in diesen Fällen ohne Weiteres zu perforiren und mit dem Haken zu extrahiren, ein Verfahren, welches er unter 97 Nabelschnurvorfällen 12 Mal in Anwendung zog. Die letztgedachten Operationen haben mit dem Vorfall der Nabelschnur gar nichts zu schaffen, und müssen durch ganz andere Momente angezeigt sein, als durch den Tod der Frucht!

Für alle übrigen Fälle gelten mir folgende Regeln:

1) Bei vorliegenden Füssen oder Knieen bewache man die Pulsation in der Nabelschnur unausgesetzt, die vollständige Erweiterung des Muttermundes unter dem geeigneten Verhalten erwartend, und fördere, falls nicht andere Umstände Anderes erheischen, das Kind erst dann zu Tage, wenn die Pulsation im Nabelstrang nachlässt; um diess letztere jederzeit sofort und mit Sicherheit ausführen zu können, lagere man die Kreissende in dem gedachten Falle zeitig auf das Querbett.

2) Bei vorliegendem Kopf oder Steiss hat man zunächst, so lange der gedachte Theil noch nicht tief und fest im Becken steht, die Reposition der vorgefallenen Nabelschnurschlinge zu versuchen. Die zu diesem Zwecke erfundenen mannichfaltigen Instrumente haben meiner Meinung nach nur unter einer an und für sich sehr ungünstigen Complication des Nabelschnurvorfalles Werth, nämlich bei mangelhafter Erweiterung des Muttermundes, also bei vorzeitig abgeflossenem Fruchtwasser. Hier gelingt die manuale Reposition in der Regel nicht, eine Extraction ist aber ohne Gefährdung der Mutter nicht möglich, und so greift man zu demjenigen Mittel, welches einigen, wenn auch einen sehr unsicheren Erfolg verspricht. Unter den verschiedenen Instrumentalvorrichtungen wird einem Jeden diejenige am meisten nützen, auf welche er sich besonders eingeübt hat; unter dieser Bedingung gebührt meines Bedünkens der einfachsten Vorrichtung, einem elastischen Katheter mit hindurchgezogener Schnur und der nach der Reposition zu entfernenden Sonde, nach Champion's und Collin's Angabe, im Allgemeinen der Vorzug, weil durch den liegenbleibenden biegsamen Katheter, an welchem der Nabelstrang durch die hindurchgezogene Schnur lose befestigt ist, zugleich der Wiedervorfall einigermassen verhütet wird. — Uebrigens hat die Erfahrung längst gelehrt, dass unter den gedachten Umständen die Reposition nicht allein ein schwieriges, sondern auch ein selten vollständig gelingendes Unternehmen ist. Jedenfalls wird man auch nach anscheinend gelungener Reposition den Herzschlag der Frucht sorgfältig mit dem Hörrohr überwachen müssen, während man durch eine entsprechende Lagerung der Kreissenden das Herabrücken des Hinterhauptes oder des Steisses zu befördern, und durch die geeigneten äusseren und inneren Medicamente die meist fehlerhafte Wehenthätigkeit zu reguliren hat.

Ist hingegen der Muttermund hinlänglich erweitert oder doch vollkommen nachgiebig, so gelingt die Reposition in der Regel und viel leichter mit der Hand, als mit Instrumenten, wie in der neuesten Zeit von verschiedenen Seiten anerkannt wird. — Ich bediene mich, wie Sie wissen, in der Regel bloss zweier oder vier Finger, mit welchen ich die Nabelschnurschlinge über den vorliegenden Kopf emporschiebe, verbinde damit aber, — und ich sehe mich durch Erfahrung veranlasst, hierauf einen ganz besonderen Nachdruck zu legen, — eine dem einzelnen Falle entsprechende Lagerung der Kreissenden, welche theils das Emporschieben begünstigt, theils das Herabrücken des vorliegenden Theiles befördert, und damit das Wiedervorfallen verhindert. Ist z. B. die Nabelschnurschlinge in der rechten Beckenhälfte nahe der vorderen Wand herabgesunken, so lasse ich die Kreissende sich auf die linke Seite legen, und schiebe mit dem eingeführten Zeige- und Mittelfinger meiner rechten Hand die Nabelschnurschlinge bis über den Beckeneingang empor; ich halte und beobachte sie daselbst mit den Fingern so lange, bis die vermehrten Druckwehen den Kopf in das Becken herein- und meine Finger aus der Scheide herausgedrängt haben, in welchem Falle sodann die Auscultation die völlige Beseitigung der Gefahr darthun muss. — Liegt die Nabelschnurschlinge hingegen vor der hintern Beckenwand, so bedarf es der Knie- und Ellenbogenlage, um die Reposition bis über das Promontorium oder doch bis über eine *Synchondrosis sacro-iliaca* bewirken zu können. Diese gelingt in der gedachten Lage überraschend leicht und vollständig, in-

dem man dabei mit vier Fingern fast jederzeit über den Beckeneingang hinaufreicht. — Die ganze volle Hand zur Reposition zu verwenden, wie diess Arneth empfiehlt, halte ich mindestens für eine überflüssige Quälerei der Gebärenden, der das Einführen der ganzen Hand jedenfalls heftigen Schmerz verursacht. Ob die Wehenthätigkeit, wie derselbe Autor will (während er bei der Wendung auf den Kopf ganz das Entgegengesetzte behauptet), dadurch eher gefördert als gestört werde, mag eine fernere unbefangene Beobachtung entscheiden. — Dabei kommt noch zu erwägen, dass ein höheres Emporschieben der Nabelschnurschlinge als über den Rand des Beckeneinganges überflüssig ist, da gerade beim *Prolapsus funiculi umbilicalis* eine Zusammenschnürung des inneren Muttermundes und Mutterhalskanales — wie wir sahen, der natürliche Schutz vor dem Vorfall der Nabelschnur — in unseren Fällen fehlt.

Nur dann, wenn die Reposition der Nabelschnur durchaus nicht gelingt oder unvollständig bleibt, und stets neue Vorfälle entstehen, halte ich bei beweglichem Stand des Kopfes die Wendung auf den Fuss indicirt; eine Operation, die bei gleichzeitiger fehlerhafter Kindeslage unter der angegebenen Bedingung — hinreichende Erweiterung des Muttermundes — sofort statt der Repositionsversuche auszuführen ist. Ob die Extraction an dem Fusse der Wendung folgen soll, oder nicht, hängt von den Umständen ab. Einige von Ihnen, meine Herren, werden sich bei dieser Gelegenheit der hier einschlagenden poliklinischen Beobachtung vom 23. April v. J. erinnern. Wir kamen am frühen Morgen des gedachten Tages nach dem eine Stunde von hier entfernten Dorfe Zwätzen gerufen, gegen 4 Uhr dort an, und fanden bei einer 33 Jahre alten Mehrgebärenden, die wegen mehrfacher Aborten und Blutung früher schon wiederholt ärztlicher Hülfe bedurft hatte, und bei welcher, laut Aussage der anwesenden Hebamme, jetzt, nach mehrtägigen falschen Wehen, früh 2 Uhr das Fruchtwasser abgeflossen und eine Nabelschnurschlinge vorgefallen war, eine fusslange Schlinge kühl, jedoch mit klopfenden Adern, zwischen den Oberschenkeln der Kreissenden. Im Beckeneingange lag der rechte Ellenbogen, der Vorderarm nach rechts und hinten laufend. Die äussere Exploration bestätigte, dass der Kopf in der linken Weiche, der Steiss und die Füsschen nach rechts, und letztere nach hinten gelegen waren. Da der Muttermund völlig erweitert erschien und die Wehen, welche einige Zeit nach dem Wasserabfluss schwach und sparsam gewesen sein sollten, seit einiger Zeit heftiger und häufiger wiederkehrten, brachten wir, unter Erwärmung der kühlen Nabelschnurschlinge, nach vollständiger Anästhesirung durch Chloroform-Inhalationen die Kreissende in die rechte Seitenlage, gingen mit der linken Hand ein, ergriffen nicht ohne Mühe, da die Wässer vollständig abgeflossen zu sein schienen, den rechten Oberschenkel, streckten Knie und Fuss vorsichtig herab und vollendeten gleichzeitig ohne Aufenthalt die Umlagerung. Da inzwischen die Pulsation der Nabelschnur cessirt hatte, wurde die Kreissende sofort quer auf das Bett gelegt, und da indess durch die Wehen der Steiss ausgetrieben war, die Lösung des rechten und hierauf des linken Armes, sowie die Extraction des Kopfes mit den Händen bewirkt. Das wohlgenährte, reife, scheintodte Mädchen wurde bald durch Ansprengen mit frischem Wasser und Reiben zum vollen Athmen gebracht und befindet sich noch heute wohl. Nach einer Viertelstunde erwachte die Kreissende, heiter, und dankbar überrascht von der glücklichen und schmerzlosen Entbindung. Die aus der Scheide entfernte Nachgeburt zeigte eine 36″ lange lateral inserirende Nabelschnur und einen 8förmigen Mutterkuchen, dessen Lagenverhältniss zum Muttermunde wegen ausgiebiger Zerreissung der Eihäute nicht genau bestimmt werden konnte. Das Wochenbett verlief ohne Störung. —

Die Extraction des vorliegenden Kopfes mit der Kopfzange endlich halte ich erst dann für angezeigt, wenn der Kopf im Becken feststeht und die Reposition in keiner Weise gelingt. Sie wird nur unter der Bedingung einen erfreulichen Erfolg für Mutter und Kind bieten, wenn die Genitalien gehörig vorbereitet sind, um eine rasche Durchführung des Kindes zu gestatten.

M i s c e l l e n.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin am 16. December 1850.

Vor der Tagesordnung wird das Protokoll verlesen und angenommen.

Hr. Körte berichtet über die Thätigkeit des Vereins während des verflossenen Jahres, nennt die Themata der gehaltenen Vorträge und fordert die Mitglieder zu pünktlicherem Erscheinen auf.

Hr. Remak gab zunächst einen kurzen Abriss der über den Bau der Gefässe bereits in Müller's Archiv für Anatomie (1850) veröffentlichten histologischen Ergebnisse. Nach denselben unterscheidet er drei Gefässhäute: eine innere Längsfaserhaut, eine mittlere Ringfaserhaut und eine äussere Längsfaserhaut. Die Bestandtheile dieser Häute sind elastische (Fasern und gefensterte Häute) contractile oder muskulöse, denen des Darmrohrs ähnliche Fasern und bindegewebige Fasern und Häute. Die innere Haut ist von einer Zellenschicht (Epithelium) ausgekleidet und in der Regel bindegewebig-elastisch. Nur an den von dem Herzen entfernteren Ausflussmündungen der Arterien und an denen der Pfortaderäste ersten und zweiten Grades enthält sie auch contractile Fasern, offenbar als Antagonisten der sehr starken Ringfaserhaut, die eine zu starke Verengerung verhindern können. Die Ringfaserhaut ist contractil-elastisch, von sehr wechselnder Stärke und von wechselnden Mischungsverhältnissen der beiden Bestandtheile. Die relative Menge der contractilen Fasern richtet sich nicht nach der Stärke des Gefässes und nach der Dicke der Wand. Die Ringfaserhaut der Aorta ist sehr stark, aber verhältnissmässig nicht so contractil, wie die der Carotis und der *A. radialis.* Das Uebergewicht der contractilen Faser über die elastischen nimmt nach der Peripherie hin zu, doch giebt es Verschiedenheiten auch zwischen Gefässen von gleichem Durchmesser und gleicher Entfernung vom Herzen, durch örtliche Umstände bedingt, je nach dem Druck oder der Dehnung, der die Arterie ausgesetzt sein kann. Die Ringfaserhaut der Venen ist schwächer und nimmt nicht in gleichem Verhältniss mit dem Lumen zu. Die äussere Längsfaserhaut ist in der Regel elastisch; doch enthält sie in der Aorta und deren Aesten ersten und zweiten Grades, namentlich denen der Bauchhöhle, gleichwie auch die Lungenarterien contractile Längsfaserbündel eingestreut. Diese contractile äussere Längsfaserschicht ist in den grossen Venenstämmen des Unterleibs, namentlich im Lebertheile der unteren Hohlvene am stärksten entwickelt und durch netzförmige Verbindungen der Bündel so eingerichtet, dass sie das Gefäss verkürzen und zugleich verengen kann. — Die Gefässwand übt einen Druck auf die Blutsäule, stärker in den Arterien als in den Venen, wie durch bekannte Versuche bewiesen wird. Dieser Druck rührt nach den jetzt herrschenden Vorstellungen sowohl von den elastischen als auch von den contractilen Bestandtheilen her, ohne dass die Wirkungsgrenze derselben zur Anschauung gebracht worden. Um diese zu finden, muss man als elastisches Lumen eines Gefässes dasjenige bezeichnen, welches nach dem Tode und nach dem Aufhören aller Contractilität sich zeigt. Dieses Lumen repräsentirt die elastische Leistungsfähigkeit der Gefässwand. Da nun während des Lebens, namentlich in den Arterien, eine weit unter dieses Lumen gehende Verengerung vorkommt, so kann die letztere nur von den contractilen Bestandtheilen ausgehen: die elastischen können dabei nicht mitwirken, sondern nur hindern, da zu ihrer Zusammendrückung oder Zusammenschiebung ein für die Verengerung verloren gehender Kraftaufwand der contractilen Bestandtheile nöthig ist.

Allein selbst bei einer über das elastische Lumen hinausgehenden Anschwellung der Blutsäule ist es zweifelhaft, ob die letztere einem Drucke der elastischen Fasern ausgesetzt wird, denn diese stehen selbst unter dem, durch die Erweiterung der Gefässwand noch wachsenden, überlegenen Druck der contractilen Fasern und gehen dadurch ihrer verengernden Wirkung verlustig oder sie sind, wie in der äusseren Längshaut, so gestellt, dass sie hauptsächlich in der Längsrichtung wirken, und ihre verengernde Wirkung gegenüber der Ringfaserhaut kaum in Betracht kommt. Bei allen Gefässen also, welche einer unter das elastische Lumen herabgehenden Verengerung fähig sind, also namentlich bei den Arterien, lässt sich behaupten, dass die Blutsäule sich wesentlich unter dem Druck der contractilen Fasern befindet und dass die elastischen Bestandtheile den letzteren nur als eine für die Wegsamkeit der Gefässe und möglichste Verminderung der Reibung bequeme Stütze dienen. — Der auf die Blutsäule wirkende Druck der Gefässwand wird in der Regel, namentlich bei den Arterien, als ein die Blutbewegung förderndes Mittel und als „Propulsivkraft" gedeutet. Volkmann hat aber in seinem Werke über Hämodynamik gezeigt, dass $^1/_{200}$ der Kraft des Herzens hinreichen würde, das Blut in Bewegung zu erhalten und dass die übrige Kraft zur Ueberwindung von Widerständen verwendet wird. Diese Widerstände sind in den Gefässwänden, namentlich in den contractilen Bestandtheilen der Arterien enthalten. Während der Systole des Herzens wirkt die durch die angeschwollene Blutsäule ausgedehnte Wand als Widerstand, während der Diastole wirkt sie zwar in centrifugaler Richtung als Förderungsmittel der Blutbewegung, allein gleichzeitig auch in centripetaler Richtung mit gleicher Kraft als Hinderniss. Im Ganzen ist sie daher nur ein Mittel des Widerstandes und zwar richtet sich die letztere nach der relativen Menge der contractilen Fasern, wächst also nach der Peripherie hin bis zu den kleinsten Arterien hinab. Da die Wärme auf die contractilen Fasern erschlaffend, die Kälte zusammenziehend wirkt, so werden Kälte und Wärme benutzt, um je nach Bedürfniss die Zuleitung des Bluts zu Organen zu hindern oder zu fördern. Es ist klar, dass um eine volle Wirkung zu erzielen, nicht blos die Organe, son-

dern auch die zuleitenden Arterienstämme von der Kälte oder Wärme betroffen werden müssen. Zwar werden durch dieselben Mittel auch die Venen ausgedehnt oder verengt, allein wegen der schwächeren Ringfaserhaut nicht in gleichem Grade. — In den Venen nimmt der Herzdruck dergestalt ab, dass er in der Nähe des Herzens beinahe gleich Null ist. Da die meisten Venen mit Klappen versehen sind, so wird hier der von den Wänden ausgeübte Druck nicht gegen den Herzdruck wirken, sondern als Förderungsmittel der Blutbewegung dienen können. Zwar fehlen den Venen der Bauchhöhle beim Menschen die Klappen; allein die Vergleichung mit den Säugethieren, bei welchen auch in den Mesenterialvenen und namentlich an der Uebergangsstelle des Lebertheils der unteren Hohlvene in den weder elastischen noch contractilen Brusttheil derselben sich Klappen vorfinden, lässt kaum einen Zweifel übrig, dass die contractilen Bestandtheile der grossen Venenstämme nicht als Widerstände gegen den geschwächten Herzdruck, sondern als Förderungsmittel der Blutbewegung und namentlich dazu dienen, den Brusttheil der unteren Hohlvene im gefüllten Zustande zu erhalten, während der Diastole der rechten Vorkammer dieselbe mit Blut zu füllen und so die Wirkung auszuüben, welche man von der hypothetischen, allen physikalischen Gesetzen widersprechenden Saugkraft des Herzens erwartete. Immerhin wird die Klappenlosigkeit der Bauchhöhlenvenen des Menschen ein längeres Verweilen des Bluts und, bei Erschlaffung der Venenwände, selbst Blutstockungen in den Bauchorganen leicht zur Folge haben können.

Nach Beendigung dieses Vortrages las der Schriftführer Krieger eine Abhandlung über Iritis, in welcher er zuerst die Gewohnheit angriff, einem Augenleiden immer einen dyskrasischen Charakter beizulegen, weil dadurch die Unbefangenheit der Anschauung und demzufolge die Wahl der einzuschlagenden Therapie gefährdet werde; zweckmässiger sei es, unter strenger Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse des erkrankten Theiles, lediglich die Veränderungen aufzufassen, welche durch die physiologische Entwickelung des Krankheitsprocesses bedingt würden, als zufällige semiotische Erscheinungen zur Richtschnur für die Therapie zu nehmen. Nach einer kurzen Uebersicht der Anatomie der Iris geht K. zur Entzündung derselben über, in welcher er die eine Entzündung überhaupt charakterisirenden 4 Momente: Röthe, Hitze, Schmerz, Geschwulst wiederfindet; ferner die Photophobie als Folge der Functionsstörung bezeichnet, darauf aber den nach eingetretener Hyperämie der Capillaren entstehenden Erguss in das Parenchym oder unter das Epithelium der Iris stufenweise schildert und die verschiedenen Formen des dadurch gebildeten Exsudates aus der Lage desselben und den verschiedenen dabei betheiligten Gefässen deducirt, dieselben auch durch die Resultate seiner Experimente an Thieren und vorgelegte Abbildungen einzelner Exsudatformen bei Menschen veranschaulicht. Die Unterschiede der als dyskrasisch anerkannten Arten der Iritis versucht K. dadurch zu erklären, dass er nachweist, welche Gefässe bei jeder derselben betheiligt sind, und welche Veränderungen hieraus resultiren müssen. Die skrophulöse Iritis z. B. folgt immer auf eine Keratitis, durch die schon die *AA. cil. post. breves* afficirt und einestheils die Bildung eines leichten Exsudats auf dem serösen Ueberzug, anderntheils eine Kyklitis (Entzündung des *Orbiculus ciliaris*) bedingt wird. Die rheumatische Iritis wird von der Conjunctiva und Sclerotica her auf die Iris fortgepflanzt, und zwar durch die *AA. cil. post. longae* und *cil. anter.*; sie erfasst schnell das Parenchym der Iris, daher ihr acuter Verlauf und ihre Gefährlichkeit; die syphilitische Iritis, die gewöhnlich mild ist, beeinträchtigt sonst nur die oberflächlichen Capillaren, besonders die von den *AA. cil. anter.* ausgehenden, welche durch ihre zahlreichen Gefässschlingen am Pupillarrande, hier die kleinen knopfförmigen Exsudate absetzen; die arthritische Iritis zeichnet sich ferner durch Mitleidenschaft der Venen aus, die im ganzen Bulbus sich gewöhnlich schon vor dem Eintreten der Iritis als erkrankt wahrnehmen lassen, daher der bläuliche Ring um die Cornea u. s. w. Will K. auch den Einfluss einer Dyskrasie auf diese verschiedenen Formen nicht völlig leugnen, so glaubt er doch, dass der Weg, den die Entzündung im einzelnen Falle nimmt, mehr dazu beitrage, um dessen Eigenthümlichkeiten zu construiren, als jene.

Nach dem Schlusse der Sitzung blieb die Gesellschaft zur Feier des Stiftungsfestes zu einem heitern Mahle zusammen.

Der Secretair der Gesellschaft: Krieger.

Preisaufgabe.

Die Gesellschaft der Wissenschaften, schönen Künste etc. zu Rouen wirft für 1852 folgendes Thema wieder auf: „Eine kleine Abhandlung der populären Hygieine, frei von jedweder theoretischen Betrachtung, zum Gebrauche der Handwerker in den Städten und der Landbewohner."

Universitäts-Nachrichten.

In Heidelberg hat den Preis für die vorjährige Preisaufgabe: „Genaue und zahlreiche Untersuchungen des Magen- und Darminhaltes von Embryonen verschiedener Thiere und aus verschiedenen Lebensaltern, insbesondere in mikroskopischer Beziehung, um zu erfahren, ob das Verschlucken der Amnionflüssigkeit und der in ihr befindlichen Haare und Epitheliumpartikeln ein constanter und gesetzmässiger Vorgang sei"
der Student der Medicin Ludwig Thudichum gewonnen.

In Berlin ist bei der Universität endlich einem grossen Bedürfniss durch Errichtung eines physiologischen Instituts abgeholfen worden. Die Direction desselben ist Hrn. Prof. Schultz v. Schultzenstein übergeben worden. In wie weit ausgezeichneten jüngeren Docenten der Physiologie Gelegenheit geboten werden wird, das Institut auch für sich und ihre Schüler zu benutzen, steht noch dahin.

Hr. Robert Bunsen, Professor der Chemie in Marburg, ist dem Ruf zur ordentlichen Professur der Chemie nach Breslau gefolgt. Dem Vernehmen nach war er dazu Anfangs nicht geneigt, weil an der Breslauer Universität es an einem Laboratorium, so gut wie ganz, fehlte. Diesem Uebelstande soll nun aber abgeholfen werden, und demgemäss ist die Ernennung des Hrn. Bunsen, der selbst in Berlin war, die Sache zu betreiben, als Professor und Director des chemischen Laboratoriums erfolgt.

Sicherem Vernehmen nach liegt den immer wieder auftauchenden Gerüchten, als wolle Hr. Geh. Med.-Rath Schönlein seine Professur niederlegen, wohl gar Berlin ganz verlassen, bis jetzt nichts zum Grunde, als die Lust der Welt, Gerüchte zu erfinden und zu verbreiten.

Spanien. Die medicinischen Facultäten des Landes unterliegen einer vollkommenen Reorganisation. Sämmtliche Agrégé-Professuren wurden aufgehoben. Bei der medicinischen Facultät in Madrid sind drei Lehrstühle für Specialitäten errichtet worden, und zwar mit den entsprechenden Kliniken, nämlich einer für syphilitische, einer für Haut- und einer für Augenkrankheiten.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Bat.-Arzte Lohsse vom Füsilier-Bataillon des 31. Inf.-Reg. der Rothe Adler-Orden 4. Kl. Der Geh. Med.-Rath Dr. Horn ist von dem General-Verein norddeutscher Chirurgen zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

Personalveränderungen. Preussen. Befördert: Der Stabsarzt 1. Klasse Dr. Müller zum Reg.-Arzte des 10. Husaren-Reg., der Stabsarzt 2. Kl. Dr. Chalons zum Stabsarzte 1. Kl. und der Assist.-Arzt Dr. Marcus vom Regiment Garde du Corps zum Stabsarzte 2. Kl.

Todesfälle. Preussen. Der Reg.-Arzt des 10. Husaren-Reg. Dr. Cramer in Aschersleben.

Wir erbitten uns alle Zusendungen an die „deutsche Klinik" unter Adresse der Verlagshandlung portofrei oder auf Buchhändlerwege.

Die Redaction.

Sonnabend, № 4. 25. Januar 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ein Beitrag zur näheren Erkenntniss des Chloroforms in chemischer und physiologischer Beziehung.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 3.)

Fall II. *(Pneumonia lobularis dextra.)*

(Mit diesem zweiten Fall beginnen nun die einzig und allein mit Chloroform-Inhalationen behandelten Pneumonien.)

Nikolaus Schnitz aus Deutz, 21 Jahre alt, preussischer Soldat, tritt am 3. December 1850 in das Hospital ein. Er giebt an, seit vorgestern krank gewesen zu sein. Sein Unwohlsein begann mit Schmerzen in der rechten Brust, Frost und Hitze und Kopfschmerz. Pat. hat noch nie eine Brustkrankheit gehabt und war überhaupt früher immer ganz gesund gewesen. — Kopf eingenommen, Zunge belegt, Respiration oberflächlich und ängstlich, bei tiefer Inspiration klagt Pat. Stechen im rechten Thorax. Percussion daselbst matt. Im mittleren Lappen Knisterrasseln. Oberflächlicher Husten und Auswurf eines bräunlich blutigen, glasig zähen Schleims, der nur mit Mühe und Anstrengung allmälig expectorirt werden kann. Gesicht heiss, Wangen lebhaft umschrieben geröthet und trocken heiss, Oeffnung täglich normal. Puls 110, voll und eher härtlich. Es wird sogleich (Nachmittags 3 Uhr) eine Chloroform-Inhalation (gtt. 45) gemacht. Es treten hierauf die ersten Symptome einer leichten Narkose ein, nach deren Verschwinden Pat. sehr wesentlich sich erleichtert fühlt, während und kurz nach dieser Inhalation hören die Bruststiche, selbst bei ganz tiefen Inspirationen, auf. Abends 6 Uhr Chloroform-Inhalation No. II. 65 gtt. in circa 8—10 Minuten. Um 8 Uhr 75 gtt. inhalirt. — Nach jeder Inhalation Brust frei, Stechen verschwunden, freieres Athmen, grosse Erleichterung. Nach der dritten Inhalation starker und reichlicher Schweiss. Gegen 12 Uhr Nachts fangen die Stiche beim Athmen, sowie Brustbeklemmung und Husten wieder an.

4. Dec. Pat. befindet sich besser, Auswurf rein pneumonisch, Auscultation und Percussion wie gestern. Es werden im Tag 6 Chloroform-Inhalationen in gleichen Intervallen gemacht. Jedesmal werden allmälig (gewöhnlich in zwei Dosen) gtt. 95 inhalirt mit beständigem Verhüten vollkommner Narkotisation. Puls 96, voll.

5. Dec. Keine Oeffnung, Nachts fast gar kein Stechen mehr in der Brust, nach jeder Inhalation spürt Pat. bedeutende Erleichterung. Alle subjectiven Symptome werden jedesmal geringer. Rechts im mittleren Lungenlappen noch starkes Knisterrasseln hörbar. Charakteristischer pneumonischer Auswurf, ziemlich copiös, zähe und stark mit Blut tingirt. Husten weniger angreifend, Sputa werden leichter expectorirt. Urin bierfarbig, harnsauer, mit Neigung zu Sedimentbildung. Im Laufe des Tages wird *uti heri* 6 Mal chloroformirt, jedesmal circa 80—90 gtt. immer mit Vermeidung der Narkose. (Ich ändere von nun an die Methode das Chloroform zu inhaliren und verfahre folgendermassen: Ich nehme ein Stückchen Baumwollenwatte, drehe dasselbe fest zusammen und giesse hierauf das Chloroform, sodann wickle ich dieses Stück Baumwolle in ein grösseres ganz lockeres, welches so gross sein muss, dass es Nase und Mund vollständig deckt. Der Chloroform-Dunst hält sich sehr lange darin. Dieses Stück Watte halte ich immer selbst dem Pat. vor Mund und Nase, denselben öfter nach den ersten Symptomen der eintretenden Narkose fragend. Kommt ein solches Symptom, so lasse ich 4—6 freie Inspirationen machen und dann weiter inhaliren, im Ganzen immer circa 5—10 Minuten lang, je nach der Intensität der Krankheit und der Individualität des Kranken.)

6. Dec. Keine Oeffnung, Sputa noch blutig und zäh, rostbräunlich. Weniger Knisterrasseln, Urin getrübt. Im Tag 5 Chloroform-Inhalationen. Es wird ein leichtes Purgans gereicht *(Senna c. Kali sulf.)*.

7. Dec. 1 Oeffnung, alle sub- und objectiven Symptome geringer, hat gut geschlafen, viel geschwitzt, Kopf frei, manchmal noch etwas Oppression der Brust, jedoch ohne Schmerz. Auswurf noch zäh, rostbraun, aber wenig. Urin hat Sediment. Puls 80. Im Tag 5 Chloroform-Inhalationen. Abends Percussion heller, Respiration fast ganz frei, kaum noch trocknes Schleimknarren, kein besonderes Schallen der Stimme.

8. Dec. 1 Oeffnung. Husten und Auswurf ganz gering, weder Schmerz noch Enge der Brust. Percussion kaum von der normalen zu unterscheiden. Urin hat starkes Sediment. Puls 80. Im Tag wird 5 Mal chloroformirt.

9. Dec. Keine Oeffnung. Auswurf weiss und hell, etwas weniger zähe. Urin hat starkes Sediment. Puls 73. 4 Mal chloroformirt.

10. Dec. Sehr gut geschlafen, kein Husten, kaum noch eine Spur von Auswurf. Respiration 22. Puls 77. Im Tag noch eine Chloroform-Inhalation zum Schluss. (Es wurden im Ganzen also 34 Chloroform-Inhalationen gemacht; die erste am 3., die letzte am 10. December.)

11. Dec. 2 Oeffnungen. Zunge rein, Urin hell, keine Klage mehr.

12. Dec. Pat. steht auf, fühlt sich wenig matt, hat guten Appetit und ist als vollkommen geheilt zu betrachten. Weder von Husten noch von Auswurf eine Spur.

Fall III. *(Pneumonia dextra.)*

Georg Weizinger, 32 Jahr alt, aus Salzburg, bairischer Soldat, tritt am 27. October 1850 in das Hospital. Sein Unwohlsein begann vorgestern Abend, indem ihn plötzlich ziemlich heftiger Kopfschmerz, Frost, Hitze und Stechen in der rechten Brust befiel. Vorher will er immer gesund gewesen sein und nie an der Brust gelitten haben. — Zunge ist weisslich belegt, Geschmack pappig. Uebelkeit und Aufstossen, kein Appetit, viel Durst. Seit 2 Tagen keine Oeffnung. Puls 132, voll. Der Thorax hebt sich bei der Respiration nur unvollkommen. Pat. fühlt beim Einathmen Schmerz und Stechen in der rechten Seite. 44 Athemzüge in der Minute, Husten stark und schmerzhaft, ziemlich bedeutender Auswurf eines blutig zähen Schleims. Percussion rechts schmerzhaft, Ton viel matter, besonders in der hinteren unteren Gegend. Daselbst etwas Bronchialathmen und Vibration der Stimme.

28. Oct. Chloroform-Inhalation um 12 Uhr Mittags, 2 Uhr, 4 und 6 Uhr Abends, jedesmal circa 80 Tropfen. Pat. fühlt sich nach jeder Inhalation sehr wesentlich erleichtert. Nach der dritten Inhalation tritt ein enormer Schweiss ein. Puls 108, voll aber ganz weich und wellenförmig. Pat. kommt anfangs in leichte Narkose, wobei er immer sehr heiter ist. In den zwischen den Inhalationen freien Zeit-Intervallen schläft Pat. ganz ruhig mit tiefer, langsamer Respiration. Kein Husten, kein Auswurf. Das Stechen in der Brust verschwindet nach jeder Inhalation auf einige Zeit gänzlich und Pat. fühlt sich sehr glücklich. In der Nacht schläft er ganz gut bis gegen Morgen 4 Uhr, wo heftiger Brustschmerz, Husten und pneumonischer Auswurf mit Uebelkeit auftreten. Brust beengt und bei jeder Inspiration lebhafter Schmerz.

29. Oct. Pat. wird im Lauf des Tages 6 Mal chloroformirt und fühlt sich jedesmal sehr erleichtert, er greift immer mit grosser Begierde nach dem Chloroform und will immer länger und öfter einathmen als ich ihm gestatte. Auswurf gelbbraun, zäh, blutig. Percussion matt, Knisterrasseln und etwas Bronchialathmen, keine Oeffnung seit 3 Tagen. Puls 120, entwickelt. Respiration 35. *Pulv. laxans.*

30. Oct. Pat. hat gut geschlafen, in der Nacht einmal erbrochen. Kaum etwas Husten mit wenig zähem, blutstreifigem Auswurf. Pat. ist ganz munter, kann auf beiden Seiten liegen und klagt nicht mehr.

Urin hat starkes, lilaröthliches Sediment. Percussion nur auf dem vorderen unteren Lappen dumpfer, im oberen Lappen gesundes Respirationsgeräusch, im mittleren kein Bronchialblasen mehr, unten etwas leiseres Respirationsgeräusch. Puls 120. 4 Oeffnungen. 1 galliges Erbrechen. Wenig zäher, eigelber Auswurf. Urin hochroth mit sehr starkem rothem locker Satz. 4 Mal chloroformirt.

31. Oct. In der Nacht hat Pat. wieder mehr Stechen auf der Brust, Husten mässig, höchstens 1 Unze sehr dicken, zähen, weissgelben (nicht rostfarbenen) Schleims. Urin hat einen sehr starken rosenrothen Satz (Harnsäure), öfter Schweiss, doch nicht mehr so profus wie vorgestern. 1 Oeffnung. Percussion und Auscultation wie gestern. Der rechte Thorax ist um $^1/_4$" ausgedehnter wie der linke. Respiration 26, Puls 88. 5 Mal chloroformirt. Immer Erleichterung und Schmerzlosigkeit, auch meistens Schweiss nach den Chloroform-Inhalationen.

1. Nov. Keine Oeffnung, Urin noch immer mit reichem rosenrothem Sediment. Tiefer Athem ganz frei, Husten mässig, sehr wenig Auswurf, dünne, weniger zähe Schleimbrocken, ein einziger mit einigen Blutstreifen gefärbt. Percussion und Auscultation wie gestern. Pat. kann auf beiden Seiten liegen, wenig Schweiss. Puls 90. 5 Mal im Tag chloroformirt.

2. Nov. Morgens gegen 4 Uhr wieder Bruststechen und Husten (die Nacht über sind niemals Chloroform-Inhalationen gemacht worden). Zerflossen schleimiger Auswurf ohne Blutspuren. Percussion rechts noch matter, Respiration überall hörbar, obgleich noch leise. Nirgends Schleimrasseln. Nachts viel Schleim, keine Oeffnung, Urin hell. Puls 75. *Pulv. laxans.* Im Laufe des Tages werden noch 4 Chloroform-Inhalationen gemacht.

3. Nov. Pat. hat sehr gut geschlafen, keine Klage, wenig Husten und Auswurf. Urin hat wieder einen starken ziegelmehlartigen, rosenrothen Bodensatz (Harnsäure). Percussion besser, Auscultation wie gestern. 2 Oeffnungen. Im Laufe des Tages werden noch 3 Chloroform-Inhalationen gemacht. Morgens, Mittags und Abends eine. Die Kur wird sodann als vollendet betrachtet und die Inhalationen geschlossen. (Im Ganzen wurden 34 Chloroform-Inhalationen gemacht.

4. Nov. 1 Oeffnung, Urin hat noch Sediment. Percussion gut, Auscultation wesentlich besser. Rechts unten jetzt etwas Schwirren der Stimme. Keine Klage mehr.

Am 5. und 6. Nov. zeigen sich bei dem Pat. Morbillen (zu derselben Zeit war eine Masernepidemie in der Stadt und viele daran Erkrankte im Hospital). Die Masern verlaufen bei dem Pat. rasch und sehr gutartig. Am 9. Nov. steht er auf und verlässt am 18. Nov. geheilt das Hospital. Die katarrhalischen Symptome waren während dem Verlauf des Exanthems fast null.

Fall IV. *(Pneumonia lobularis dextra.)*

Johann Engel, 26 Jahre alt, aus Kranach, bairischer Soldat, tritt am 7. Dec. 1850 in das Hospital. Seit 2 Tagen krank, fing das Uebel mit Frost, Hitze und Gliederreissen an, Schmerz und Stechen in der rechten Seite, seit heute Nacht bei Inspiration sehr vermehrt, besonders hinten unter der Scapula am heftigsten. Kopf heiss, Zunge belegt, etwas trocken, sehr viel Durst, die Haut ziemlich feucht, Urin hell, Puls 115. Percussion rechts in der Seite matter, Auscultation ergiebt rechts unter der *Fossa axillaris* zähes Schleimknarren. Husten gering und schmerzhaft. Wenig Auswurf einiger trockenen, sehr zähen, rostbraunen Sputa. War noch nie brustkrank und weiss keine besondere Erkrankungsursache anzugeben. Es werden (Pat. kam Abends am 7.) am 8. sogleich 6 Chloroform-Inhalationen gemacht, worauf Erleichterung, Schweiss und Schlaf mit ruhiger, ziemlich tiefer Respiration.

9. Dec. 3 Mal Oeffnung, normal. Kopf freier, Zunge belegt. Mehr Auswurf blutig rostbraun zäher Sputa. Weniger Dyspnöe. Noch Schmerz in der Seite beim Athmen. Percussion rechts oben noch matt, ebenda die Respiration noch bedeckt. Resp. 30. Puls 100. Es werden 6 Chloroform-Inhalationen gemacht.

10. Dec. Eine Oeffnung. Pat. hat ziemlich geschlafen, Urin ganz trüb, Auswurf heller, noch schleimig zäh. Weniger Hitze und Schweiss, Sprache und Respiration freier. Puls 86. Wieder 6 Chloroform-Inhalationen. Pat. fühlt sich nach jeder Inhalation freier und kann während derselben tief, ruhig und ohne Schmerz athmen. Die Erleichterung immer eine, auch zwei Stunden anhaltend.

11. Dec. Auswurf noch zähe und schleimig, Urin dick, satzig. Pat. hat gut geschlafen und fast gar nicht gehustet. Schweiss geringer, Kopf freier. Percussion fast ganz normal, Auscultation gut, Resp. 24. Puls 70, normal.

12. Dec. Auswurf noch zähe und ziemlich copiös, Nachts wenig gehustet und gut geschlafen. Urin hat Sediment. Brust ziemlich frei. Resp. 24. Puls 68. Im Tag wird 5 Mal chloroformirt (Pat. verträgt sehr grosse Dosen Chloroform, 100—110 Tropfen in 8—10 Minuten, ohne merkliche Benommenheit des Kopfes.)

13. Dec. Auswurf noch ziemlich viel, Urin hell. Brust frei, kein Schmerz mehr, auch nicht bei tiefer Respiration. 1 Oeffnung. Puls 72. Im Tage 4 Mal chloroformirt.

14. Dec. Brust frei, nur circa $^1/_2$ Unze heller, schleimiger Sputa. Resp. 26. Puls 68. Es werden zum Schluss noch 2 Chloroform-Inhalationen gemacht. (Im Ganzen wurden 35 Inhalationen gemacht.)

15. Dec. Pat. steht auf, hat starken Appetit, und fühlt sich, etwas Schwäche abgerechnet, ganz gesund und munter.

Fall V. *(Pneumonia dextra.)*

Franz Daus, 29 Jahre alt, aus Gernsheim, Schreiner, wird am 6. Dec. 1850 gegen Abend in das Hospital gebracht. In der Nacht vom 5. auf den 6. erkrankt, auch fühlte er schon den Abend zuvor Mattigkeit, Kopfschmerz, Frost und Hitze, sowie eine gänzliche Appetitlosigkeit mit Neigung zum Erbrechen. Am 6. Morgens früh plötzlich heftiger Brustschmerz mit Hustenreiz, und bald darauf Auswurf von copiösen, zähen, sehr blutigen Sputis. Beim Husten war der Brustschmerz unerträglich. Pat. weiss keine Krankheitsursache anzugeben und war noch nie brustkrank.

Status praesens. Heisses rothes Gesicht, beschleunigte kurze Respiration mit dem Ausdruck grosser Angst, häufiges Hüsteln, indem Pat. der Schmerzen wegen tief zu husten nicht wagt. Haut trocken, heiss, Zunge belegt und halbtrocken, Mund und Lippen ganz trocken, grosser Durst. Puls 115, hart. Pat. klagt über heftige, stechende Schmerzen in der rechten Brust, und wirft ziemlich viel blutig zähe Sputa aus. Percussion rechts weit verbreitet, matt, daselbst weit verbreitetes Knisterrasseln. Hinten auf beiden Seiten die Respiration etwas verdeckter. Pat. macht den Eindruck tiefen Erkranktseins. *Cucurb.* xij *in pect.* (welche schon gesetzt waren, als ich den Pat. zum erstenmale sah). Keine Erleichterung nach dem Schröpfen. Die Symptome sind so heftig, der Process so acut, dass es fast gewagt erscheint, den Pat. allein der Chloroformbehandlung zu überlassen; dessenungeachtet wird Pat. (im Vertrauen auf den seit dem 3. mit günstigem Erfolge mit Chloroform behandelten Pneumoniker, Fall No. II.) der Chloroformbehandlung übergeben, mit dem Entschluss, denselben wegen der grossen Intensität der Erscheinungen in Intervallen die Nacht hindurch zu chloroformiren. — Schon nach der ersten Inhalation fühlt sich Pat. sehr wesentlich erleichtert, doch kann das Eintreten einer leichten Narkose nicht vermieden werden. Der Schmerz wird geringer, Pat. holt tiefer Athem und der höchst peinliche Hustenreiz verschwindet. In der Nacht wird noch 3 Mal chloroformirt. In den Intervallen schläft Pat. ziemlich ruhig. Husten ist tiefer, und der Auswurf, rostbraun blutig zähe, wird leichter expectorirt.

7. Dec. Keine Oeffnung. Urin trüb, viel Hitze und Schweiss, Kopf eingenommen, Brust noch sehr beengt, Schmerz beim Husten noch lebhaft, Zunge trocken. Resp. 32—36. Puls 108, weniger hart. Der obere Lungenlappen rechts scheint am meisten ergriffen zu sein. Im Tag werden 6 Chloroform-Inhalationen gemacht. Pat. wird jedes Mal sehr wesentlich erleichtert, ist jedoch leicht zu Schwindel geneigt, so dass die Inhalation oft unterbrochen werden muss, um eine zwecklose, vielleicht auch schädlich einwirkende Narkotisation zu vermeiden.

8. Dec. Eine geringe Oeffnung. Zunge noch trocken. Nachts mehr gehustet (wurde in der Nacht nicht mehr chloroformirt) und das Bruststechen beim Husten noch ziemlich heftig. Auswurf fast nur Schleim ohne Blutstreifen und kaum rostbräunlich gefärbt. Percussion auf beiden Seiten matter, Auscultation besser, Respiration entwickelter. Resp. 25. Puls 82, weich. — Wird im Tag abermals 6 Mal chloroformirt.

9. Dec. Keine Oeffnung, Zunge belegt, Geschmack pappig, viel Durst, Kopf freier, Auswurf weniger zähe und ohne Blutspuren, nur noch beim Husten Brustschmerz. Percussion besser, Respiration jetzt überall hörbar. Hat Nachts ohne besondere Ursache wenig geschlafen. Selbst bei tiefer Inspiration fühlt Pat. wenig Schmerz. Resp. ruhig, 22, Puls 72. Im Tag 6 Mal chloroformirt. Bei längerer Inhalation entsteht jedes Mal Schwindel und 2 Mal tritt Aufstossen mit Uebelkeiten ein. Pat. hat jedoch überhaupt Neigung zum Erbrechen, und treten die Uebelkeiten nie unmittelbar nach den Inhalationen ein.

10. Dec. Auswurf weissgrau, weniger zähe, Husten geringer Urin hat ein starkes Sediment, Respiration tief, ohne Schmerz. Pat. liegt meistens auf dem Rücken, kann jedoch auch auf beiden Seiten liegen. Resp. 24. Puls 72. Hauttemperatur normal, Percussion und Auscultation ziemlich gut. Im Lauf des Tages 5 Chloroform-Inhalationen.

11. Dec. Keine Oeffnung, Auswurf hell, noch zähe, aber beständig ohne alle Blutspuren. Pat. schläft Nachts gut und ruhig. Zunge noch belegt und etwas trocken, viel Durst, kein Schmerz mehr auf der Brust. Resp. 24. Puls 70. Athem sehr gedehnt. Im Tag 5 Mal chloroformirt.

12. Dec. Eine Oeffnung; Auswurf weiss, aber weniger zähe, Husten ganz unbedeutend, Expectoration geht leicht von Statten. Pat. schläft gut und viel. Urin trüb, aber ohne Sediment. 5 Mal chloroformirt.

13. Dec. Immer noch mehr Auswurf als normal, weiss und schleimig. Wenig Husten, Brust ganz frei. Keine Oeffnung, Urin trüb, aber

ohne Sediment; kein Schweiss. Resp. 20. Puls 72. Im Tag werden 3 Chloroform-Inhalationen gemacht.

14. Dec. Eine Oeffnung; keine Klage mehr, kein Husten. Resp. 22, Puls 70. 3 Mal chloroformirt.

15. Dec. Eine Oeffnung; Urin vollkommen krystallhell, normal, Auswurf ganz gering und schleimig. Im Tag noch 2 Mal chloroformirt und hiermit die Inhalationen geschlossen. Im Ganzen wurden 46 Chloroform-Inhalationen gemacht.

16. Dec. Eine Oeffnung; Urin noch trübe, Brust frei. Noch circa 3 Unzen schleimiger Sputa; keine Klage mehr.

17. Dec. Pat. steht auf und fühlt sich, Schwäche abgerechnet, ganz gesund.

Erst am 19. Dec. fangen die Sputa an, einen mehr katarrhalischen Charakter anzunehmen. Brust ganz frei, kein Husten, keine Klage.

Fall VI. *(Pneumonia lobularis sinistra.)*

Martin Gehringer, 25 Jahre alt, aus Nauheim, Schlächter, wird am 9. Dec. 1850 in das Hospital gebracht. Seit 3 Tagen krank, fing mit Kreuzschmerzen und Frost an. Seit gestern fühlt Pat. bei Inspiration Schmerz und Stechen im linken Thorax; diese Stiche wurden in vergangener Nacht sehr heftig. Kopfschmerz; Gesicht heiss und trocken. Zunge belegt mit trockener Spitze, viel Durst, kein Appetit. Mund ganz trocken, heisse Lippen. Kurzer Athem, Dyspnöe, links in der Seite der Ton bei Percussion etwas matter, ebenda Bronchialathmen hörbar. Puls 110. Husten schmerzhaft, Auswurf blutig, schleimig zähe. Pat. ist seit 3 Tagen bettlägerig, war noch nie brustkrank, hat vor 3 Tagen geschröpft (*Cucurb.* xij und *Hirud.* xij gehabt) ohne Erleichterung. — Es wird sogleich eine Chloroform-Inhalation gemacht. Respiration tiefer und ruhiger, kein Schmerz mehr bei tiefem Athemholen, Gefühl von allgemeiner Erleichterung. Es werden noch 3 Chloroform-Inhalationen gemacht.

10. Dec. Pat. hat etwas geschlafen. Respiration tiefer, ruhiger, weniger Athemnoth, keine Oeffnung. 30 Resp. Puls 80. Urin hell, in der Mitte eine kleine Wolke schwebend. Ziemlich copiöser Schweiss. In der linken Seite noch Stechen. Die Inhalationen wirken oft auf 2—3 Stunden erleichternd, und es erfolgt fast jedes Mal etwas Benommenheit des Kopfes, jedoch ohne Narkose. Percussion jetzt hinten unten matter, dagegen links in der Seite etwas besser wie gestern. Im unteren Lappen deutliches Bronchialathmen. Respiration ganz bedeckt, dagegen 1 Zoll höher vollkommen gesunde Respiration. Puls 100. Im Tag 6 Chloroform-Inhalationen.

11. Dec. Brust freier, Auswurf geringer, kaum noch mit Blutspuren gezeichnet. Pat. hat Nachts wenig gehustet. Geschmack besser, Zunge reiner, Urin trübe mit starkem Sediment, reichlicher Schweiss. Resp. 24. Puls 70. Fast kein Husten mehr, bei tiefer Inspiration noch Schmerz in der linken Seite; kein Bronchialblasen mehr, Percussion fast normal. Keine Oeffnung. *Clysma aperiens.* Im Tag wieder 6 Mal chloroformirt mit jedesmal erfolgender Erleichterung.

12. Dec. Keine Oeffnung; sonst keine Klage mehr. Zunge fast rein, Auswurf kaum noch 5 kleine weisse Sputa betragend, doch noch glasig zähe, aber ohne Blutspuren. Urin setzt reichlich ab. Pat. hat die Nacht sehr gut geschlafen. Kein Bronchialathmen mehr. Resp. 20. Puls 72. 4 Mal chloroformirt. *Pulv. laxans.*

13. Dec. 3 Oeffnungen. Urin mit Sediment. Auswurf gering, Brust frei, wenig Husten, kein Schmerz mehr. Percussion und Auscultation gut. Resp. 20. Puls 64. Im Tag werden 5 Chloroform-Inhalationen gemacht.

14. Dec. Eine Oeffnung; Urin hell, Kopf ganz frei, Geschmack gut. Bei tiefer Respiration gar kein Schmerz mehr, keine Enge der Brust. Gut geschlafen, ohne zu husten. Noch 3 Chloroform-Inhalationen, dann Schluss. Pat. hat im Ganzen 28 Inhalationen gemacht.

15. Dec. Eine Oeffnung; keine Klage mehr. Pat. steht auf, fühlt sich nicht sonderlich matt und hat einen sehr guten Appetit. Urin krystallhell. (Fortsetzung folgt.)

Brandige Zellgewebsentzündung um die Unterkiefer-speicheldrüse.

Von

Dr. L. Spengler in Herborn.

Bei der Neuheit der oben genannten Krankheit (denn erst seit 1837 ist sie uns durch v. Ludwig und Heim bekannt geworden), bei der Seltenheit der in Frage stehenden Affection (es sind erst zwischen 30 bis 40 Fälle bekannt gemacht), bei der räthselhaften Natur dieses Processes (anomaler Typhus, Phlegmone, Brand, Septis, unvollständige Krise nach Typhus und exanthematischen Krankheiten), wie schon die verschiedenen Namen andeuten (brandige Zellgewebsverhärtung des Halses: v. Ludwig; — Metaphlogose des Zellgewebs am Halse, Paracynanche: Heim; — *Cynanche sublingualis rheumatico-typhoides:* Leube; — septische Halszellgewebsentzündung: Wunderlich; — brandige Entzündung des äussern Halszellgewebes: Canstatt; — *Cynanche typhoides* der meisten Neuern etc.), muss wohl jede Erfahrung willkommen sein, die sich dem Arzte bietet, einen solchen Fall zu beobachten, um aus ihm vielleicht einen oder den andern Anhaltspunkt zur Erklärung des so dunklen Wesens dieser Krankheit zu erhalten, und der Natur vielleicht irgend ein Moment abzulauschen, das uns Aufschluss zu geben scheint; selbst auf die Gefahr hin, dass es dem practischen Arzte nur unangenehm sein kann, ein fast stets tödtliches Leiden behandeln zu müssen. Es ist aber auch die Pflicht, eine solche Beobachtung von so grosser Wichtigkeit dem medicinischen Publicum mitzutheilen, damit vor Allem das Material in gehöriger Menge gesammelt werde, woraus dann eher ein Schluss gezogen werden kann, und namentlich die Punkte hervorgehoben werden können, worauf es bei künftigen Beobachtungen ankommt. Dies die Gründe, die mich bestimmen, den nachfolgenden seltenen Fall mitzutheilen.

Während die allgemeine Krankheitsconstitution schon seit dem Sommer in hiesiger Gegend die katarrhalische war, traten mit Ende des Sommers einzelne Masernerkrankungen auf, die sich im Anfange des Winters zu einer weit verbreiteten Epidemie steigerten. Die Krankheit verlief im Ganzen sehr gutartig, so dass im Durchschnitt von 50 bis 60 kranken Kindern vielleicht eines zur Behandlung kam, und dann war die Sache gewöhnlich mit einem Recepte abgemacht. Wenn auch gerade nicht sehr häufig, so kamen doch öfter in der letzten Zeit Anschwellungen der Halsdrüsen vor, die sich theils vertheilten, theils in Eiterung übergingen, stets aber nie zu irgend einem Bedenken Anlass gaben. Ausdrücklich muss ich bemerken, dass in diesem Orte seit einer Reihe von Jahren kein Typhus vorgekommen, und dass diese Krankheit überhaupt seit den letzten Jahren nur selten hie und da in einzelnen Fällen auftritt, und gewöhnlich als sporadische Form, die anderswoher eingeschleppt ist, vorkommt. Als nun einzelne Kinder in dem eine halbe Stunde von hier entfernten Dorfe Hörbach anfingen über heftigen Husten (Keuchhusten) zu klagen, und bei einigen wenigen die Masern ausgebrochen waren, wurde ich am 26. November von dem Bauern P. zu seinem Kinde gerufen, und zwar deshalb, weil das Kind sehr heftige Zahnschmerzen habe, und ich zufällig am Haus vorbeiritt.

Ich fand einen ziemlich grossen Jungen von 10 Jahren, mit blondem Haar und blauen Augen, über und über zugedeckt mit Kissen und Tüchern im Bett liegen, heftig klagend über Schmerzen in den Backenzähnen der untern Kinnlade linker Seits. Der zweite Backenzahn war in der Mitte der Krone etwas schwarz und hohl. Vom Ausziehen wollten weder die Eltern noch der Junge etwas wissen. Der Schmerz war sehr heftig, denn der Kranke jammerte beständig. Der Kranke war immer ganz gesund gewesen und sehr munter. Drei jüngere Geschwister waren vor ihm gestorben, das letzte an *Angina membranacea*. Der Vater ist tuberculös, 43 Jahr alt, die Mutter eine gesunde, torôse Person. Der Frau Schwester und deren Kinder sind jedoch alle jung gestorben. Da nun bei dem Knaben nicht das geringste Kranke sonst zu entdecken war, so verschrieb ich ihm etwas Morphium. Darauf schlief der Kranke, und die Nacht war ziemlich ruhig.

Am 27. hatte sich etwas Geschwulst in der Gegend des Winkels des Unterkiefers gezeigt, der Schmerz war wieder heftiger, das Schlingen etwas beschwerlich, das Fieber mässig, viel Durst, Appetitlosigkeit, grosse Unruhe, heisser rother Kopf, Verstopfung. Verordnet wurden Einreibungen von grauer Salbe, und *Inf. Senn. comp.*

Am 28. hatte die Geschwulst etwas abgenommen, der Mund konnte weniger geöffnet werden, das Schlingen war beschwerlicher. Es wurden 8 Blutegel verordnet, und die Nachblutung unterhalten durch warme Tücher.

Am 29. hatte sich die Geschwulst gleichförmig nach oben und unten ausgebreitet, so dass sie bis zum Kinn reichte und über den obern Theil des Halses und des Kehlkopfes im Umfange eines Handtellers sich erstreckte. Die Geschwulst war steinhart, fest sitzend, genau begrenzt, etwas heiss, die Haut darüber verschiebbar, diese selbst von natürlicher Farbe. Der Kranke sah aus, als habe er einseitigen Mumps. Der Mund konnte fast nicht geöffnet werden, so dass mit dem Finger der Umfang der Geschwulst im Mund nicht zu bestimmen war, ebensowenig, wie der Zustand der Fauces. Der Durst war sehr gross, Sprechen und Schlingen beschwerlich. Die Unruhe des Kranken stieg gegen Abend auf das Aeusserste, so dass er stets hin und her will, das Fieber sehr heftig, Puls klein, schwach, (nervöse, adynamische Erscheinungen) Kopf eingenommen, noch immer Verstopfung. Verordnet wurden Einreibungen von Queckailbersalbe, Cataplasmen und *Inf. Senn. comp.* In der Nacht traten leichte Delirien auf, die öfter mit einem soporösen Zustande wechselten.

Am 30. kann der Mund besser geöffnet werden, die Geschwulst scheint kleiner, das heisst, sie ist nicht mehr so hoch, jedoch weiter ausgebreitet, namentlich über den Kehlkopf, fühlt sich noch stets steinhart an, ohne die geringste Fluctuation. Aus dem Munde steigt ein garstiger Geruch, der Kranke kann jedoch nichts herausbefördern, der Speichel läuft aus den Mundwinkeln, die Zunge ist dick belegt, die Lippen sind braun und russig; profuse Schweisse, sehr ängstliche Respiration, zeitweise liegt der Junge ganz ruhig vor sich hin. Das Cataplasmiren wird fortgesetzt. In der nächsten Nacht tritt Diarrhöe ein, wohl 16—18 Mal, darauf äusserste Hinfälligkeit. Die Unruhe und Angst steigert sich; Irrereden, Erstickungszufälle; dann erfolgt nach Genuss von etwas Fleischbrühe heftiges Erbrechen, und unter Zuckungen und Krämpfen stirbt der Kranke am 1. Decbr. Morgens 7 Uhr.

Die Section wurde nicht gestattet, nicht einmal ein Einschnitt in die Geschwulst erlaubt. Die Leiche war sogleich ganz starr geworden, die Pupillen erweitert, der Kopf stark nach hinten gezogen, wie bei einem an Tetanus Verstorbenen.

Was uns bei einem solchen Fall am meisten frappirt, sind die gelinden unbedeutenden Vorboten und die schnelle Hinfälligkeit des Kranken, der so bald der Tod folgt. Diese Bösartigkeit war es auch, die der Krankheit den Namen eines Typhus gab, indem man vor noch nicht langer Zeit gewohnt war, alle derartige Krankheiten nervös zu nennen, oder um einen neueren Ausdruck zu gebrauchen, als typhös zu bezeichnen, und glaubte dadurch etwas erklärt zu haben. Dass man in neuester Zeit die Krankheit selbst als einen anomalen Typhus bezeichnet, wie Metzler in seiner sonst vortrefflichen Monographie thut, ist durchaus unrichtig, indem man in den übrigen anomalen Typhusformen nicht die geringste Analogie entdecken kann. Das primäre im Typhus ist die Bluterkrankung, dann kommt die Localisation, die Productbildung. In unserm Falle sind zuerst die Zeichen der örtlichen Krankheit, dann treten erst die der Blutvergiftung ein. Das Fieber ist im Anfang nur mässig, und nimmt erst später den sogenannten adynamischen Charakter an. — Eine andere Ansicht ist die, dass der Halszellgewebsbrand eine unvollständige Krise eines typhösen oder exanthematischen Leidens sei. Dass in unserm Falle durchaus kein Typhus vorlag, ist klar; es kann also auch von einer unvollständigen Krise (überhaupt eine missliche Sache) nicht die Rede sein. Auch von einem morbillösen Leiden war hier nichts zu merken, da im ganzen Dorf kaum einige Fälle bekannt waren. Es muss dies sonst nur ein zufälliges Zusammentreffen bei früheren Fällen gewesen sein. Wir können also durchaus keine locale Blutinfection, keinen localen Typhusprocess annehmen. Die Symptome der Blutverderbniss treten erst im Verlauf der Krankheit auf. — Blosberg, der 3 Fälle dieser Krankheit in Casper's Wochenschrift mittheilt, 1846 No. 7., glaubt, dass ein schadhafter Zahn in den meisten Fällen Ursache sei, und dass die Geschwulst des Halses durch Eitersenkung von der Zahnhöhle aus entstehe. Allein, wie oft beobachtet man Anschwellungen des Halses in Folge von cariösen Zähnen, ohne die Gefährlichkeit der in Rede stehenden Krankheit. Dieser Zustand, der so sehr häufig, kann unmöglich eine Ursache zu der Lethalität dieser Entzündung sein. — Andere nehmen eine ursprünglich septische Entzündung an, wodurch der schlimme Ausgang entstehe; allein auch hier müssten ja die Zeichen des fauligen Zustandes zuerst aus dem Allgemeinleiden hervorgehen. In unserm Fall war der Knabe stets ganz gesund, und erst im Verlaufe der Krankheit traten die septischen Zeichen auf. — Uns ist diese Krankheit nur eine Phlegmone des Zellgewebes in der Umgegend der Unterkieferspeicheldrüse, die durch die eigenthümlichen anatomischen und physiologischen Verhältnisse dieser Gegend in Brand übergeht. Es tritt capilläre Gefässfülle ein bei atonischer Congestion, die Blutbewegung steht völlig still, so dass die im Centrum des Entzündungsheerdes gelegenen Partien nicht mehr vom durchsickernden Plasma erreicht werden können. Zu dieser Gefässfülle kommt nun durch die eigenthümlichen anatomischen Verhältnisse des Halses Druck durch die festen Muskelscheiden, die Nähe der festen Knochen etc., was ist da natürlicher, als der Uebergang in Brand?! Ist einmal Tod einzelner Zellgewebspartien eingetreten, so gesellt sich Verjauchung hinzu; die gefässreiche Halsgegend bietet Gelegenheit genug zur Resorption derselben. Die Geschwulst, die sich rasch vergrössert, übt einen Druck auf die grossen Gefässe und die bedeutenden Nerven und deren Verästelungen aus. Da Alles dies sehr rasch geschieht, was ist da ferner natürlicher, als sogenannte septische Symptome, nervöse, adynamische Erscheinungen, Sopor, Coma, Convulsionen, ungeheure Angst und Unruhe?! Wenn so nun das Blut- und Nervenleben ergriffen, erfolgt der Tod durch Erschöpfung der Kräfte.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der Poliklinik des Prof. Seitz zu München.

Vorträge über Scharlach.

(Fortsetzung aus No. 3.)

Wo die Krankheit mit Diarrhöe und Erbrechen im Anfange schon aufgetreten war, da war auch im weiteren Verlaufe ein Complex gastrointestinaler Erscheinungen zu verfolgen, der manchmal intensiver wurde und vor den übrigen in den Vordergrund trat. Mit dem Erbrechen wurden die Reste der zuletzt genossenen Speisen, Schleim mit wenig Gallenbestandtheilen entleert; die Stühle waren in den ersten Tagen flüssig, gelblich, flockig. Bei mehreren Kranken gingen gleichzeitig Spulwürmer ab. Dann trat Stuhlverhaltung ein, der Leib war aufgetrieben. Während die Kranken sonst gewöhnlich mit Abnahme der Fiebererscheinungen wieder Esslust bekamen, blieben solche mit diesen gastrischen Erscheinungen noch länger appetitlos. Bei dem hohen Intensitätsgrade der gastro-intestinalen Affection erbrachen die Kranken oftmals in den ersten Tagen, die Diarrhöe war profus und hielt mehrere Tage an. Sie glich ganz der den Typhus begleitenden. Die Stühle waren dünnflüssig, wässrig, hellgelb, die durch sie entleerte Flüssigkeit schied sich bald in zwei Theile; aus der trüben molkenartigen Flüssigkeit, die oben blieb, fiel ein Satz von flockiger Masse zu Boden. Die Zunge wurde trocken, der Leib war tympanitisch aufgetrieben und sehr empfindlich, die kleinen Kranken lagen in stillen Delirien oder ächzten und jammerten Tag und Nacht fast beständig, wie man dies oft auch bei typhuskranken Kindern beobachtet. Das Exanthem entwickelte sich in solchen Fällen säumig, unvollständig, es verschwand zeitweise und kehrte wieder, hatte eine livide Färbung. Unter zunehmendem Sopor und Schwäche der Muskeln erlosch rasch das Leben. In einigen Fällen gab sich die Affection der Trachea und der Bronchien schon vom Beginn der Erkrankung an durch Husten, der auch die folgenden Tage anhielt, zu erkennen. Gewöhnlich waren dann bei der Auscultation trockene und feuchte Rhonchi vernehmbar. Die Percussion ergab keine Veränderung. Die Dyspnöe war nicht beträchtlich, mit Ausnahme eines Falles, eines $^3/_4$jährigen Knaben, der bald tödtlich endete und bei der Section umschriebene Hepatisation und Pleuritis erkennen liess, eine Complication des Scharlachs, deren Huxham bei der Beschreibung der von ihm im Jahre 1751 in Plymouth beobachteten Scharlachepidemie Erwähnung thut.

Nasenbluten haben wir bei unseren Kranken nur 3 Mal beobachtet, einmal am zweiten Tage nach dem Ausbruch des Exanthems, in zwei anderen Fällen, nachdem das Exanthem schon abgeblasst und das Fieber in der Abnahme war. In letzten beiden Fällen ging demselben Eingenommenheit des Kopfes vorher.

Geringere Grade von Conjunctivitis sahen wir in zwei Fällen in den ersten Tagen der Krankheit, in einem dritten Falle zerstörende Ophthalmie zugleich mit Ozaena in der dritten Woche der Krankheit. Der kleine Kranke war von seiner Pflegemutter mit dem Scharlach bei Regenwetter ausgetragen worden; unsere Hülfe ward erst 14 Tage später angesprochen, als sich aus der missfarbigen, angeschwollenen, aufgelockerten Conjunctiva Jauche absonderte, die die Augenlider auffätzte, und als die Cornea auf beiden Augen schon erweicht war. Aus der angeschwollenen Nase und dem Munde floss dünner, gelbbräunlicher, übelriechender Schleim ab.

Otorrhöe trat in 2 Fällen in der dritten Woche der Krankheit auf.

Schmerzhaftes Drängen zum Harnlassen kam in 2 Fällen vor. Der Urin war nur in den ersten Tagen sparsam und geröthet, später zeigte er blasse Färbung und wurde in normaler Quantität gelassen. Er reagirte stark sauer und zeigte bei chemischer Untersuchung grossen Reichthum an Harnsäure, die, wenn er länger stand, sich in kleinen Krystallen aus ihm absetzte. Nur in einem Falle, auf den wir noch später zu sprechen kommen, enthielt er Eiweiss in grosser Quantität.

In einem Viertheile aller Fälle zeigte sich Anschwellung der Submaxillardrüsen, der Parotis nur in 2 Fällen. Die Submaxillardrüsen schwollen manchmal schon in den ersten Tagen der Krankheit, in andern Fällen erst später, in der zweiten und dritten Woche an, meist auf beiden Seiten zugleich oder bald nach einander. Oefter gewann die Geschwulst durch Verbreitung der Stase auf das umgehende Zellgewebe grösseren Umfang, war bei Berührung sehr empfindlich, zertheilte sich aber in den meisten Fällen; nur 2 Mal kam es zur Vereiterung. Aus den geöffneten Abscessen quoll ziemlich consistenter Eiter. In einem Falle machte sich schmerzhafte Anschwellung des linken Handgelenkes bemerkbar, in einem andern wanderten die Schmerzen von einem Gelenke zum andern.

Noch haben wir eine Erscheinung zu betrachten, die der Hautaffection des Scharlachs angehört, und als der Schluss derselben betrachtet wird: die Abschuppung, nach der man ein *Stadium desquamationis* wie bei andern Exanthemen als das letzte der Krankheit angenommen hat, indem man die Erscheinungen vor dem Ausbruch des Exanthems in ein Stadium der Vorläufer, die seine Entwicklung auf der Haut begleitenden in das Stadium des Ausbruchs, die bis zum Erblassen des Exanthems in das Stadium der Florescenz zusammenfasste. Wir haben schon bemerkt, dass nach dem Erblassen des Exanthems, von dem man das *Stadium desquamationis* datirt, die Fiebererscheinungen allmälig schwanden. Bei vielen Kranken stellten sich zu der Zeit reichlichere Schweisse ein, sonst wurden keine Ausscheidungen beobachtet, die man im Sinne der älteren pathologischen Schule als kritische hätte betrachten können. Die Oberhaut, die der Sitz des Ausschlags gewesen, fühlte sich nur spröde, trocken, etwas rauh an, ihr Colorit war bräunlich. Bald begann sie sich nun in kleinen Stücken zu erheben und loszutrennen, nicht immer zuerst am Halse und in der Schlüsselbeingegend, wo meist zuerst die Scharlachröthe sichtbar gewesen war, sondern in mehreren Fällen an den Hinterbacken, an einem Oberschenkel, an einer Hand. Mehrentheils begann die Abschuppung schon ein paar Tage nach dem Erblassen des Exanthems um den 10. bis 12. Tag der Krankheit, manchmal aber auch später erst in der dritten Woche und darüber hinaus. Selten erschien sie gleichzeitig am ganzen Körper, öfter blieb sie nur auf einzelne Theile, die Extremitäten, beschränkt, an denen sich die Oberhaut in grösseren Lamellen abstiess, während sie sich am Rumpfe in kleineren linsengrossen Stücken trennte.

Nach der Abschuppung hatten die Kranken noch länger ein blasses, anämisches Aussehen, einen schwachen, kleinen Puls, fühlten sich schwach und bei Muskelbewegungen schnell ermüdet. Als Nachkrankheiten kamen in der Zeit zur Beobachtung:

Mehrere Tage anhaltender Kopfschmerz bei einem Knaben, der zur Zeit der Blüthe des Exanthems an Betäubung und Somnolenz litt, krampfhafter Schmerz im Fusse, der sich indess bald wieder verlor, in 3 Fällen. *Catarrhus bronchialis* in 3 Fällen, in einem 4. Falle Bronchitis. Ein 7 Monat alter, früher immer gesunder Knabe wurde, nachdem das Exanthem und die Abschuppung verlaufen war, ohne nachweisbar äussere Veranlassung von kurzem, trockenem heftigem Husten befallen, der schmerzhaft schien. Er wurde sehr unruhig, schlaf- und appetitlos. Es stellte sich grosser Durst, Brennhitze der Haut, beträchtliche Pulsbeschleunigung ein. Die Respiration war beschleunigt, der Percussionston normal, bei der Auscultation des Thorax vernahm man unbestimmtes Athmen, gross- und kleinblasige, trockne und feuchte Rasselgeräusche. Bei der Anwendung geeigneter Mittel schwanden diese Symptome allmälig wieder. Hydrops in 3 Fällen; 2 Mal Anasarca in der 3. Woche der Krankheit bei nur partieller unbeträchtlicher Desquamation mit Stuhlverstopfung, spärlichen Abgangs eines trüben Harns, vermehrter Pulsfrequenz. Die ödematöse Geschwulst beschränkte sich auf das Gesicht und die Füsse. Im dritten Falle aber, bei einem 2jährigen Mädchen war das Oedem allgemein über das Unterhautzellgewebe ausgebreitet, Kopf, Rumpf und Extremitäten waren stark angeschwollen, gleichzeitig war Ascites vorhanden. Die kleine Kranke liess braunen kaffeefarbnen Urin in geringer Quantität, in dem die chemische Untersuchung beträchtlichen Eiweissgehalt nachwies.

Tödtlich endeten 4 Fälle. Zwei noch vor der Entwicklung des Hautausschlags, der erste 36, der zweite 30 Stunden nach der Erkrankung. Beide gehörten Familien an, in denen gleichzeitig andere Kinder am Scharlach krank lagen. Ersterer Kranke, ein ¾ Jahre alter, wohlgenährter Knabe (er nahm noch die Mutterbrust) hatte starkes Fieber, Erbrechen und Diarrhöe, Dyspnoe, starken Husten; bei der Auscultation vernahm man über den ganzen Thorax verbreitet, trockne und feuchte Rasselgeräusche. Die zweite Kranke, ein 5 Jahre altes Mädchen bot vom Beginn der Erkrankung an die schwersten Erscheinungen: heftiges Fieber mit grosser Unruhe, Erbrechen, profuse Diarrhöe, Brennhitze der Haut, unlöschbaren Durst, Delirien, Sopor dar, zu denen sich 3 Stunden vor dem Tode noch Convulsionen gesellten. Die 8jährige Schwester dieser Knaben, die 6 Tage vor deren Erkrankung vom Scharlach befallen worden war, der sich säumig auf der Haut entwickelte, litt vom Anfange an heftigem Fieber, anhaltenden Delirien, Conjunctivitis. Als das Exanthem schon erblasst war, ja die Haut am Halse sich in kleinen Stücken abzuschuppen begann, der Kopf freier wurde, traten mit beträchtlicher Anschwellung der Submaxillardrüsen die Erscheinungen der Stase im Larynx auf: Husten, starker Schmerz im Halse, Heiserkeit, Schlingbeschwerden. Die Haut überzog von Neuem eine erythematöse Röthe, die besonders intensiv an den Gelenkbeugen war, das Fieber steigerte sich wieder. Unter Klagen über Schmerzen in allen Gliedern erlag die Kranke am 12. Tage der Krankheit. Bei ihr wie bei ihrer eher verstorbenen jüngern Schwester sahen wir gleich im Beginn der Erkrankung kleine blauröthliche, rundliche Flecken, Petechien, die auf den Fingerdruck nicht verschwanden, über den ganzen Körper zerstreut.

Der 4. Todesfall betraf den 9 Monat alten Knaben, dessen wir schon Erwähnung gethan, der in der 3. Woche nach seiner Erkrankung früher ganz vernachlässigt mit Ozaena und Ophthalmoblennorrhöe in poliklinische Behandlung kam. Auf die äusserliche Anwendung der *Solut. argent. nitr.* minderte sich der Ausfluss des ichorösen Eiters, die *Conjunctiva palpebrarum* schwoll ab, doch trat *Prolapsus iridis* durch die erweichte Cornea auf beiden Augen ein. Auch der missfarbige Ausfluss aus Nase und Mund und damit Geschwulst und Excoriation an diesen Theilen nahm bei dem innerlichen Gebrauche der *Aq. oxymuriatica* ab. Bei Husten, beschleunigter, zuletzt erschwerter Respiration magerte der kleine Knabe, dem nur wenig Milch beizubringen war, rasch ab, und verschied am 23. Tage nach seiner Erkrankung unter Convulsionen.

Die Sectionen wurden möglichst bald, 18, 24, 36 Stunden nach dem Tode und wegen der höhern Temperatur der Sommermonate zu früher Morgenzeit vorgenommen.

Leichenbefund.

Die äussere Besichtigung liess im 2. Falle noch die schon im Leben sichtbaren Petechien an der Körperoberfläche wahrnehmen. In den andern Fällen zeigten sich Todtenflecken am Rücken, am Bauche, an den Extremitäten. Keine Abmagerung bei den 2 ersten rasch tödtlich verlaufenen Fällen, einige im 3., beträchtliche im 4. Fall. Geringe Todtenstarre an den untern Extremitäten.

Die *Dura mater* war in den ersten 3 Fällen prall gespannt und blutreich. Die Venen der *Pia mater* zeigten sich in diesen Fällen sehr erweitert und mit Blut überfüllt, ebenso die *Sinus venosi* und die Venen an der *Basis cranii*. Erstere enthielten weiche schwärzliche Gerinnsel in den beiden ersten Fällen, in dem 3. theerartiges schwarzes Blut. Im 4. Fall fiel die Leere und Blässe der Gefässe der *Pia mater* auf, bei ihrer Oeffnung floss nur wenig blassröthliche Flüssigkeit aus.

Die Substanz des Gehirns zeigte in den 3 ersten Fällen normale Consistenz, auf dem Durchschnitt zahlreiche kleine Blutpunkte. Sie rührten in den 2 ersten Fällen von eingedicktem, in den Capillaren coagulirtem Blute her, im 3. von flüssigem. Während sich in diesen 3 Fällen nur eine sehr geringe Quantität Serum innerhalb der Schädelhöhle fand, war sie im 4. beträchtlicher, wenigstens 4 Unzen blassröthlicher Flüssigkeit. In diesem Falle zeigte sich auch das Gehirn in allen seinen Theilen mit Ausnahme der *Medulla oblongata* erweicht.

Der Herzbeutel enthielt in allen Fällen eine geringe Quantität, etwa 1 Unze, Serum. Im 3. Fall sassen auf der Zwerchfellfläche des Pericardiums, an der Basis und Spitze des Herzens einige linsengrosse blauröthliche Ecchymosen. Die Substanz des Herzens war in allen Fällen derb. In den 2 ersten Fällen enthielten die Ventrikel feste, gelbliche Fibringerinnsel, im 3. Fall fanden sich im rechten und linken Ventrikel wie im rechten Vorhof weniger constante gallertartige Gerinnsel neben dünnem, kirschrothem Blute; im 4. Falle im rechten Ventrikel nur ein schmales, blasses Fibrincoagulum.

Constant boten in allen Fällen die Schleimhäute des Digestions- und Respirations-Apparates Veränderungen dar. In den beiden ersten Fällen zeigte die Zunge an der Spitze einen rothbräunlichen Beleg, ihre Papillen waren sehr stark geschwollen, besonders an der Zungenwurzel. Die angeschwollenen Tonsillen enthielten kleine Eiterheerde. Die Schleimfollikel an der hinteren Pharynxgegend waren enorm vergrössert und von kleinen Ecchymosen umgeben, letztere zeigten sich überall auf der stark gerötheten Schleimhaut des Pharynx.

Das obere Drittheil des Oesophagus war fleckig geröthet, die Schleimdrüschen desselben waren stark angeschwollen, weiter unten fehlte Röthe und Geschwulst. Im ersten Falle war die Schleimhaut des Magens in ihrem ganzen Umfange fleckig geröthet, im 2. war streifige Röthung am Fundus des Magens sichtbar. Die Magendrüsen waren in der *regio cardiaca* angeschwollen, mehr aber noch in der *regio pylorica*. Der Oeffnung der Schleimdrüschen entsprechend zeigten sich rothe Punkte. Die Schleimhaut des Darmkanals war nur stellenweise geröthet, die Brunner'schen wie die Peyer'schen Drüsen waren stark angeschwollen. Diese Anschwellung, die sich durch das Duodenum, Jejunum, Ileum und Colon verfolgen lässt, erreicht an der Ileocöcalklappe ihren Höhepunkt, und zeigt sich minder im Dickdarm. Diese Drüsenanschwellung war im 3. Fall weniger, im 4. gar nicht mehr sichtbar. Bei dem Durchschneiden der angeschwollenen Drüsen nimmt man in ihnen ein weiches Infiltrat wahr. Der Inhalt des Dünndarms war dünnflüssig, gallig gefärbt. Die Mesenterialdrüsen waren in allen 4 Fällen angeschwollen, auf der Durchschnittsfläche erschienen sie grauröthlich, blutreich, markig infiltrirt wie im Typhus.

Die Schleimhaut des Larynx, besonders des Kehldeckels, war in den ersten 3 Fällen geröthet, ebenso die der Trachea. Im 3. Falle sass am hintern, obern Rand des Ringknorpels ein erbsengrosses rund-

liches Geschwür mit blassen Rändern. Die Schleimhaut war an der umschriebenen Stelle exulcerirt und hatte sich losgeschält, am Grunde des so entstandenen Geschwürs befand sich ein Knorpelsequester. Im 4. Falle zeigte sich die Schleimhaut im Larynx missfarbig, blauröthlich, aufgelockert, mit gelbröthlichem, eitrigem, dickem Secret besetzt. Dasselbe überzog auch die Schleimhaut der Trachea und der Bronchien. Auch in den 3 ersten Fällen war die Schleimhaut der Bronchien geröthet und mit röthlichem, zähem Secret bedeckt. Die Bronchialdrüsen waren immer normal.

Die Pleurahöhlen waren im 2. Falle trocken. Im 1. enthielt die linke ungefähr 2 ℥ seröses Exsudat, im 4. etwas weniger von blutiger Beschaffenheit, im 3. Falle befanden sich in beiden Pleurahöhlen einige Unzen blutgefärbten Serums.

Die Lungen boten immer krankhafte Veränderungen dar. Im 1. Falle, in dem sich neben dem erwähnten serösen Exsudate die *Pleura pulmonalis* und *costalis* linkerseits geröthet und mit Fibrinexsudat besetzt fand, zeigte sich der linke untere Lappen blutig angeschoppt und im Umfang einer Welschnuss im Zustand der grauen Hepatisation. Im zweiten Falle befanden sich am untern Rande des linken obern Lungenlappens emphysematöse Stellen, fast war dieser noch mehr als der untere Lappen mit dunklem flüssigem Blute gefüllt, das auch in den grossen Gefässen vorhanden war. Die rechte Lunge war im obern Lappen etwas serös infiltrirt, im untern stark mit Blut überfüllt, splenisirt. Auch im 3. Falle war die linke Lunge am vordern Rande des obern Lappens emphysematös, ausserdem im obern wie untern Lappen serös infiltrirt. Auch der obere Lappen der rechten Lunge war emphysematös, dabei trocken und hellroth gefärbt, der untere Lappen ödematös.

Im 4. Falle erschienen die obern Lappen beider Lungen auffallend blass und anämisch. Der untere linke Lappen zeigte verdichtetes rothes Gewebe, das keine Luft enthielt (rothe Hepatisation). In gleicher Weise war der mittlere rechte Lappen verändert, während der untere derselben Seite blutreich aber noch lufthaltig war.

Das Peritonäum war in allen Fällen trocken. Die Leber war im 2. und 3. Falle mit Fettstreifen durchzogen, brüchig. Im 2. Falle enthielten ihre grössern Gefässe halb geronnenes Blut, im 3. dünnflüssiges. Die Gallenblase enthielt in allen Fällen hellgelbe, dünnflüssige Galle.

Die Milz ward in allen Fällen nicht vergrössert, normal, nur im 3. Falle etwas erweicht gefunden.

Die Nieren waren im 2. und 3. Falle blutreich, in letzterem Falle zeigte sich auch Röthung am Blasenhalse. In diesem Falle war auch beträchtliche Anschwellung der Submaxillardrüsen auf beiden Seiten vorhanden, die rechte war derb, die linke eitrig zerfliessend. In gleicher Weise zeigten sich die Lymphdrüsen zu beiden Seiten des Halses vergrössert und angeschwollen.

Wir wollen nun versuchen, die Reihe von Erscheinungen im Leben und an der Leiche, denen wir den Namen Scharlach geben, kurz zu deuten, um Anhaltspunkte für die Behandlung zu gewinnen. Ihre Entstehung können wir uns nur durch die Annahme eines von aussen auf den Organismus einwirkenden Miasma's oder Contagiums erklären; mehrfache Gründe, besonders auch die Aufeinanderfolge der Erkrankungen, wie Sie sie in einzelnen Strassen und Familien beobachten konnten, sprechen mehr für letzteres. Die Natur dieses Contagiums, seine Eigenschaften sind uns ganz unbekannt. Die Aetiologie des Scharlachs wie der specifischen Exantheme überhaupt: der Blattern, Masern u. s. w. liegt noch im Dunkeln.

Die Zeit von der Aufnahme des Contagiums bis zum Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen, das sogenannte Incubationsstadium, das nach mehreren Autoren kürzere Zeit als bei andern Contagien, nur 3 bis 7 Tage, dauern soll, fanden wir in den einzelnen Fällen variabel. So waren z. B. in der Familie F. von 5 Kindern, die wie die meisten der unsere Hülfe in Anspruch nehmenden eine so beschränkte Wohnung hatte, dass eine Trennung der noch gesunden Familienglieder von den erkrankten unausführbar war, an einem Tage 2 erkrankt, das dritte liess die ersten Krankheitserscheinungen 6 Tage, das vierte 7 Tage, das fünfte erst 10 Tage später wahrnehmen.

Wie bei andern Contagien äussert sich auch beim Scharlach die Einwirkung der nicht näher bekannten Krankheitsursache durch locale Erscheinungen auf Schleimhäuten und der äussern Haut. Auf ersteren werden diese Erscheinungen meist früher wahrnehmbar, als auf der äussern Haut, manchmal beschränken sie sich auch auf jene. Letzteres konnten Sie, wie früher schon bemerkt, in 2 Fällen bei Kindern beobachten, ausserdem sahen wir in 3 Familien die Mütter, die ihre scharlachkranken Kinder pflegten, an derselben Halsaffection erkranken, woran diese litten, ohne dass es dabei zur Exanthementwicklung auf der Haut gekommen wäre. Solche Fälle bezeichnet man als abortive Form des Scharlachs.

Morphologisch stellt sich die durch die Einwirkung des Contagiums auf der äussern Haut und den Schleimhäuten gesetzte Veränderung in der Form circumscripter Hyperämie dar. Als solche erscheint das fleckige Exanthem auf der Oberhaut, ihr Product, Exsudat, erhebt die Epidermis bei geringerem Umfang in der oben beschriebenen von uns so oft beobachteten papulösen oder bei grösserem Umfang in der einige Male vorgekommenen Blasenform. Dieser Veränderung der Oberhaut entspricht die von uns bei den Sectionen wahrgenommene meist circumscripte Röthung der Schleimhäute, die Anschwellung und Infiltration ihrer Drüsen. So fanden wir in 2 Fällen die Brunner'schen und Peyer'schen Drüsen im Darmkanal von weichem Infiltrat, das sich unter dem Mikroskop als amorphe Exsudatmasse darstellte, ganz wie im Typhus angeschwollen.

Im Allgemeinen zeigen diese pathologisch-anatomischen Veränderungen im Scharlach kein so tiefes Eindringen wie es denen anderer Krankheitsprocesse eigenthümlich ist, sowohl auf der Oberhaut als auf den Schleimhäuten. Die Infiltration der Drüsen im Darmkanal erreicht nicht die Ausdehnung, wie im Typhus und verschwindet schneller als bei diesem.

Das Wandelbare, Flüchtige, Unstäte in den Erscheinungen des Scharlachs, auf das wir Sie aufmerksam gemacht haben, scheint im Zusammenhang zu stehen mit der weitern und mehr oberflächlichen Verbreitung seiner pathologisch-anatomischen Veränderungen. Doch konnten wir in allen Fällen die Affection der Lungen, blutiges Infarct und Hepatisation derselben beobachten, eine Localisation des Scharlachs, die mehrere Beobachter desselben wie der berühmte englische Pathologe Armstrong erwähnt haben.

Die eben besprochenen nachweisbaren localen pathologisch-anatomischen Veränderungen stellen sie allein den ganzen Ausdruck der Krankheit dar? Diese Frage muss uns nun vor Allem beschäftigen.

Sollen die Hyperämien auf der äussern Haut und den Schleimhäuten all die früher beschriebenen Erscheinungen und den so oft beobachteten plötzlichen Tod veranlassen können? Wir bezweifeln dies. Dance hat in den *Archives générales* Juli und August 1830, auf Sectionen gestützt, diese Annahme zu begründen gesucht, indem er auf ihren Sitz und ihre weite Verbreitung hinwies, welche gewiss reichlich ersetzten, was ihnen an Intension zu fehlen scheine. Unser Zweifel begründet sich auf die Beobachtung, dass rasch der Tod im Scharlach öfter eintritt, während das Exanthem auf der Haut gar nicht oder nur spärlich entwickelt ist, und die Section später auch die beschriebenen Alterationen auf den Schleimhäuten nur in geringer Verbreitung wahrnehmen lässt.

Die Hyperämie, wenn auch vorhanden, scheint überhaupt nicht die ganze Alteration darzustellen, die das afficirte Organ im Scharlach erleidet. Aus ihr allein können wir uns den so häufig auf das Exanthem folgenden Hydrops nicht erklären, der bei verwandten Krankheiten, z. B. den Masern, Frieseln und Pocken, in denen die örtliche Hyperämie viel beträchtlicher erscheint, gewöhnlich fehlt.

Man hat angenommen, dass durch das Scharlachcontagium das Blut alterirt werde, so dass in ihm ein toxischer Process entstehe. Wie im Typhus wollen viele Aerzte auch im Scharlach eine acute Dyscrasie sehen, und durch diese Hypothese manche Erscheinungen: wie die ungewöhnliche Pulsfrequenz, die abnorme Wärmeerhöhung, den Hydrops erklären. Allein einestheils fehlen die beiden ersten Erscheinungen in unzweifelhaften Dyscrasien, anderntheils mangeln positive Nachweise der veränderten Beschaffenheit der physikalischen Charaktere und des abnormen Verhältnisses der chemisch nachweisbaren Blutbestandtheile im Scharlach. Die Angabe von Fuchs, dass die im Herzen und den grossen Gefässen enthaltene Blutmasse meist eine auffallend lichte Färbung zeige, fanden wir bei unsern Sectionen nicht bestätigt.

Manche Beobachter führen an, dass das in den Leichen gefundene Blut gewöhnlich dünnflüssig wäre und nicht geronne. Sie werden sich überzeugt haben, dass das Blut in den Leichen der in den ersten Tagen der Krankheit Verstorbenen dieselbe Consistenz zeigte, wie in den Leichen an andern acuten Krankheiten nach kurzem Verlaufe Verstorbener. Sie sahen es bei unsern 2 ersten Sectionen eingedickt (coagulirt) in den Capillaren im Gehirn, im Herzen waren in allen Fällen beträchtliche, ziemlich consistente Faserstoffgerinnsel vorhanden. Ihre Anwesenheit zeugt nicht von Verminderung des Faserstoffs im Blute. Andral und Gavarret fanden bei ihren Untersuchungen im Scharlach mehrmals beträchtliche Vermehrung der Blutkügelchen. Dieselbe ergab sich indessen auch bei Masern und andern fieberhaften Krankheiten. Wenn das Blut im Scharlach nach längerem Verlaufe dünnflüssiger, blässer roth erscheint und weniger gerinnbar, Spanämie eintritt, so ist dies Verhältniss der Blutbestandtheile dem Scharlach nicht besonders eigenthümlich. Auch in andern fieberhaften Krankheiten, z. B. im Typhus, findet man nach längerem Verlaufe die festen Bestandtheile im Blute vermindert, was bei der mangelnden Ernährung und dadurch unterbrochener Erneuerung derselben erklärlich ist.

(Schluss folgt.)

Beobachtungen aus der ärztlichen Praxis während des Zeitraums vom 1. April bis Ende September 1850.

Von
Otto Moll,
k. Kreiswundarzt und Knappschaftsarzt zu Nicolai in Oberschlesien.

> *„Medicus in assiduo popularium morborum studio versetur, ut et praesentes febres apte sanet, et imminentibus prophylaxin requisitam opponat."*
>
> Stoll, *Monita et praecepta in aphorism.*

In dem Bereiche meiner ärztlichen Wirksamkeit kamen in den letzten 6 Monaten Nervenfieber häufig vor, jedoch vermisste man in ihrem Verlaufe die pathognomonischen Erscheinungen des sonst in unserer Gegend einheimischen *Typhus contagiosus;* der nervöse Zustand beschränkte sich auf Eingenommenheit des Kopfes, Ohrensausen, Schwindel, trockene Zunge, schnellen kraftlosen Puls, Gefühl von Abgeschlagenheit und Hinfälligkeit, rheumatische Schmerzen in den Gliedern, gastrische Symptome und katarrhalisch-entzündliche Affection der Athmungsorgane. Brechmittel im Anfange der Kur, bei hervorstechendem Brustleiden *Infus. rad. Ipecac.* mit *Natrum nitric.* (in einzelnen Fällen locale Blutentziehungen), *Aqua oxymur.* oder *Acid. mur.* in einem schleimigen Vehikel, waren in der Regel zur Kur solcher nervöser Fieber hinreichend; bei mehreren Kranken zeigte sich jedoch eine solche Depression der Nententhätigkeit, dass *Infus. rad. Angelicae,* anfänglich mit *Acid. mur.*, später mit *Liq. ammon. acet.*, und bei vorwaltender Adynamie mit *Spir. nitrico-* oder *acetico-aethereus* gereicht werden musste. Bei 5 Nervenfieberkranken zeigte sich zwischen dem 17. und 21. Tage der Krankheit eine Art kritischer Uebertragung auf die Schleimhaut der Mundhöhle und der Speiseröhre, welche sich durch oberflächliche Excoriationen am weichen Gaumen und Zäpfchen und an der hinteren Wand des Schlundes, durch tiefe Röthe der genannten Partieen und durch sehr schmerzhaftes Schlingen offenbarte; so beunruhigend dieses secundäre Leiden war, so erfolgte doch auf den Gebrauch einer Oel-Emulsion mit mässigen Gaben von *Natrum nitr.* ohne weiteren Anstand binnen 4—5 Tagen vollständige Genesung. Bei einem jungen Landmanne zeigten sich im Gefolge eines Nervenfiebers am 14. Tage der Krankheit colliquative Darmblutungen mit höchster Erschöpfung, welche den baldigen Tod befürchten liessen; der Kranke hatte im Laufe eines Tages mindestens 16 Stuhlgänge, wobei fast gar kein Koth, aber jedesmal eine Menge theils geronnenen, theils flüssigen, schwärzlichen, stinkenden, mehr oder weniger zersetzten Blutes ohne Schmerzen abging; der Bauch war eingefallen, bei der Berührung nicht schmerzhaft, die Extremitäten liessen sich kühl anfühlen, der Puls war fadenförmig und nur mit Mühe zu fühlen, die Augen matt und halbgebrochen, die Zunge trocken, rissig. Ich liess einen grossen Senfteig auf den Unterleib legen, verordnete Salepschleim mit etwas Rothwein und Zucker zum Getränk, und liess anfänglich alle halbe, am folgenden Tage alle Stunden einen Esslöffel voll von folgender Arznei nehmen: *Rp. Rad. Ratank.* ℥ß. *f. l. a. decoct.* ℥v, *post refrig. adm. Alum. crudi* ʒß, *Tinct. Opii croc.* ℈ß, *Tinct. Cinnam.* ʒiij, *Syr. sacch.* ℥j. *M. D. S.* — In einem Zeitraume von 3 Tagen hörten nach dem Gebrauche dieser Arznei die blutigen Stuhlgänge ganz auf, die Kräfte hoben sich, die Kühle der Extremitäten verlor sich und binnen einigen Wochen erfolgte allmälig die vollständige Genesung.

Wechselfieber kamen in dem letztverflossenen halben Jahre in grosser Anzahl zur ärztlichen Behandlung; in den letzten Monaten zeigte sich eine eigenthümliche Combination derselben mit nervösen Fiebern, und zwar in verschiedener Art. Zuweilen entwickelte sich aus der *Febris continua remittens nervosa* am Ende der ersten oder zweiten Woche eine *Febris intermittens quotidiana* oder *tertiana,* wobei die Erscheinungen des nervösen Fiebers nur in seltenen Fällen vollständig aufhörten, sondern in den Intermissionen entweder gemildert oder mit gleicher Stärke fortdauerten, oder umgekehrt: zu einem schon bestehenden Wechselfieber gesellte sich entweder gleich im Anfange oder gegen den 7. bis 14. Tag ein Nervenfieber, wobei das Wechselfieber fortdauerte. Es kamen auch Fälle vor, wo das einfache Wechselfieber durch ein geeignetes Verfahren gehoben wurde, aber unmittelbar darauf bei demselben Kranken ein Nervenfieber sich entwickelte.

Auch in Betreff des Typus der Wechselfieber kamen in den letzten Monaten Fälle vor, welche viel Eigenthümliches darboten und ein sehr genaues Krankenexamen und eine scharfe Beobachtung ihres Verlaufs erforderten; so hatte ich z. B. einen jungen rüstigen Mann zu behandeln, der, ausser einer *Febris remittens continua nervosa,* an einer *Febris intermittens* gleichzeitig litt, deren Paroxysmen jedesmal 24 Stunden andauerten, zwischen welchen sich nur eine Apyrexie von 12 Stunden zeigte, innerhalb welcher alle Symptome einer gelinden *Febris nervosa* vorhanden waren. Hier hiess es: *„occasio praeceps"*, um die 12stündige Intermission des Wechselfiebers, trotz den Erscheinungen des nervösen Zustandes, zur stündlichen Darreichung des Chinins zu benutzen, wonach die Wechselfieberanfälle ausblieben und das nervöse Fieber allein zu behandeln übrig blieb, welches nach Verlauf von 2 Wochen bei dem Gebrauche von *Acidum muriat.* in einem *Infus. rad. Valerianae* seine Endschaft erreichte. Ueberhaupt musste es in solchen Fällen Heilaufgabe sein: die Intermissionen so schnell als möglich zur Darreichung des Chinins (am schicklichsten in Mixturform mit einer verdünnten Mineralsäure) zu benutzen, worauf gewöhnlich der Wechselfieberanfall ausblieb und die Heilung des noch übrig bleibenden nervösen Fiebers ohne weitere Störung vermittelt werden konnte.

Ein dreitägiges Wechselfieber bei einem jungen blühenden Mädchen zeigte eine Complication mit acutem Rheumatismus in den Gelenken der Extremitäten; das Wechselfieber wurde mehrmals gehoben, worauf sich auch jedesmal die rheumatische Affection in den ergriffenen Gelenken verminderte; es fanden sich jedoch wiederholte Rückfälle der Intermittens ein, worauf sich jedesmal die Schmerzen in den Gelenken bedeutend vermehrten, und zuletzt während der Intermissionen mit Heftigkeit anhielten. Gegen diesen Zustand wurde Chinin abwechselnd mit *Vin. Colch.* e *seminibus par.* in den Intermissionen gereicht, wodurch sowohl das Wechselfieber, als die mit demselben in Verbindung stehende rheumatische Affection der Gelenke binnen kurzer Zeit vollständig beseitigt wurde.

Complicationen von Wechselfieber mit katarrhalischen Brustbeschwerden sind in hiesiger Gegend eine häufige Erscheinung; während der Intermissionen sind die Kranken nicht selten mit Husten und Brustbeschwerden behaftet; in den Paroxysmen des Wechselfiebers nehmen dann diese Symptome auf eine beunruhigende Weise an Heftigkeit zu, und erzeugen vorübergehend einen der Pneumonie ähnlichen Zustand, so dass während der Paroxysmen kurzer beschwerlicher Athem, trockener schmerzhafter Husten, Gefühl von Druck oder Beklemmung, zuweilen heftige Stiche in der Brust beim tiefen Einathmen zugegen sind; mit dem Eintritte der Intermissionen reduciren sich diese Krankheitserscheinungen wieder auf einen mehr oder minder heftigen Katarrh der Respirationsorgane. In solchen Fällen beseitigte eine Verbindung des Chinins mit Salmiak, bei stärker hervortretender entzündlicher Diathesis mit *Kali acet.* und einem *Narcoticum frigidum,* gewöhnlich die Brustbeschwerden zugleich mit dem Wechselfieber; es wurde in dergleichen Complicationen folgende Arznei mit dem besten Erfolge verordnet: *Rp. Decoct. rad. Alth.* ℥v, *Chinin. sulfur.* gr. xij-xvj. *Ammon. muriat. dep.* ʒj. (*Kali acet.* ʒiij). *Aq. Amygdal. amar.* ʒij. *Syr. emuls.* ℥j. *M. D. S.* Während der fieberfreien Zeit bei der Quotidiana stündlich, bei der Tertiana 2stündlich ein Esslöffel voll. Bei Armen und in der Lazarethpraxis verordnet man besser Pulver aus entsprechenden Gaben Chinin, *Ammon. muriat. dep.* mit *Extr. Hyoscyami,* und lässt dieselben mit Eibischthee nehmen.

Zu den häufigsten Folgekrankheiten der Wechselfieber in unserer Gegend gehören die Wassersuchten.

Oedem der Füsse, des Gesichts, allgemeine Hautwassersucht, entsteht sehr oft nach verschleppten Wechselfiebern und zieht häufig ausgebildete Hautwassersucht nach sich; auch nach zu schneller Unterdrückung der Fieberanfälle durch Hausmittel, Chinin oder Chinapulver, welche die Kranken sich ohne ärztliche Verordnung aus der Apotheke zu verschaffen wissen, und bei nicht beseitigten Digestionsstörungen in Gebrauch ziehen, entwickelt sich häufig die Wassersucht. Wenn dabei keine tieferen Störungen und bereits organisch gewordene Anomalien der wichtigsten Unterleibsorgane, namentlich keine Anschwellungen und Verhärtungen der Leber und Milz stattfinden, wie dies allerdings zuweilen vorkommt, so lassen sich diese Wassersuchten in der Regel ziemlich bald durch eine entsprechende, die Digestionsstörungen beseitigende Kurmethode (nach Umständen durch Emetica, Abführmittel, *Pulv. Rhei c. Kali sulfur. Pharm. boruss. mil.*), später durch angemessene Diuretica in Verbindung mit Chinin beseitigen. Folgender Verbindung habe ich mich in solchen Fällen mit dem entschiedensten Nutzen bedient: *Rp. Chinini sulf.* gr. j-jß, *Pulv. rad. Scillae, Pulv. fol. digit. purp.* āā gr. j, *Natr. carbon. sicci, Pulv. rad. Calami, Sacch. albi* āā gr. v, *Olei aether. junip.* gtt. jß, *m. f. pulv. dentur tal. dos. aequal.* No. xvj. *S.* täglich vier Mal ein solches Pulver zu nehmen. Dabei wurde gleichzeitig ein Thee aus *Bacc. junip., rad. Levist.* und *Sem. Petroselini* zum gewöhnlichen Getränk verordnet. War auf diese Weise die Diurese eingeleitet, so bedurfte es dann nur weniger Arzneien, um sie zu unterhalten und Genesung herbeizuführen; der Fortgebrauch des erwähnten Thee's, und in hartnäckigeren Fällen der Mitgebrauch einer Tropfenmixtur aus *Tinct. Dig. aether.* mit *Spir. nitrico-aether.* und *Tint. Scillae Kalinae* genügten dann gewöhnlich, die Wassersucht vollständig zu beseitigen.

Bei hartnäckigen Fällen von Bauchwassersucht nach Wechselfiebern,

ohne dyspeptische Zufälle und ohne Anomalien der edleren Bauch-Eingeweide, bei noch ziemlich guten Kräften und jüngeren Individuen mit derber straffer Faser, mit vorwaltender Neigung zur Leibesverstopfung und sehr sparsamem Abgange eines trüben, dunkel gefärbten Urins, habe ich oft durch folgende Verordnung häufige wässrige Stuhlgänge, vermehrten Urinabgang und dadurch in kurzer Zeit Genesung bewirkt: ***Rp. Rad. Scill., Kali sulf. dep., Gummi ammon., singul.*** ℨj. ***Sapon. jalap.*** ℨij. ***M. f. l. a. pil. pond.*** gr. iij. ***Lycop. consp. D. S.*** Alle 2 Stunden 1 (bis 3) Pille zu nehmen.

Ein Mann von 34 Jahren, in Folge einer hartnäckigen Quartana von Bauchwassersucht (complicirt mit einer bedeutenden Physkonie der Leber) befallen, wurde durch eine Verbindung des Jodkali mit deobstruirenden Mitteln gründlich geheilt; nach der von Wendt in seiner Monographie der Wassersucht empfohlenen Vorschrift: ***Rp. Kali hydrojod.*** ℨj. ***Extr. Rhei compos., Sapon. medic., singul.*** ℨß, ***Pulv. Rad. Calami arom.*** ℨij. ***M. f. l. a. pil.*** gr. ij ***consp. pulv. Lycop. d. ad scat. S.*** Täglich 3 Mal 5 Pillen zu nehmen.

Ausser diesen unter dem Einflusse der epidemischen und endemischen Constitution stehenden, in den letzten 6 Monaten vorgekommenen krankhaften Zuständen, hatte ich Gelegenheit, in meiner Praxis folgende nicht uninteressante Fälle ärztlich zu behandeln, von denen sich die 4 ersten in der hiesigen, unter meiner ärztlichen Leitung stehenden, Waisen-Anstalt (für Kinder, welche in Folge der berüchtigten oberschlesischen Typhus-Epidemie elternlos geworden sind) ereigneten.

1) Ein ziemlich kräftig gebautes, sonst immer gesundes Mädchen von 9 Jahren wurde, mit Noma behaftet, in die Anstalt aufgenommen; das Uebel hatte schon mehrere Tage bestanden, sich unter den bekannten Erscheinungen entwickelt, und bereits einen bedeutenden Substanzverlust bewirkt, indem sich in Folge der brandigen Entartung mit aashaft stinkender Absonderung ein die ganze linke Backe durchdringendes Loch von dem Umfange eines Sechsgroschenstücks gebildet hatte.

Mangel an Reinlichkeit und an gesunder kräftiger Nahrung, so wie eine feuchte, mit verdorbener Luft angefüllte Wohnung, waren die ursächlichen Momente, welche der Entstehung dieses Leidens zum Grunde lagen, und denen die Kranke lange Zeit ausgesetzt gewesen war, da sie sich bis dahin bei einer Verwandten, einer sehr armen Wittwe, aufgehalten hatte. Gegen die vorhandenen gastrischen Symptome, welche aber in keinem hohen Grade stattfanden, wurde anfänglich ein Brechmittel, und dann als Antisepticum zum innerlichen Gebrauche ***Acidum sulfuricum dilutum*** (später ***Acidum Halleri***) verordnet, für die grösste Reinlichkeit, frische Luft und eine entsprechende Diät Sorge getragen. Aeusserlich wurde, nebst der sorgfältigsten Reinigung der brandigen Geschwürsfläche, eine Mischung von Chlorkalk mit Wasser und nach diesem das von Klaatsch so dringend empfohlene ***Acidum pyrolignosum crudum*** nachdrücklich angewandt. Trotz dieser Behandlung griff die Zerstörung der organischen Gebilde immer weiter um sich, die brandige Entartung machte in der Tiefe und Breite immer grössere Fortschritte; die mit abgestorbenem, schwarz aussehendem Zellstoff bedeckte Geschwürsfläche sonderte fortwährend eine höchst übelriechende dünne Jauche ab; der Wasserkrebs hatte bald die schmale Brücke, die noch zwischen dem linken Mundwinkel übrig geblieben war, so wie einen Theil der linken Ober- und Unterlippe zerstört; in der Mitte des Geschwürs erblickte man die blossgelegte obere und untere Zahnreihe; ein nicht unbedeutender Theil vom Körper des Unterkiefers lag schwarz gefärbt und von Nekrose ergriffen, frei zu Tage.

Da es bei dem bis jetzt eingeschlagenen Kurverfahren nicht gelingen wollte, der brandigen Zerstörung Einhalt zu thun, so wurde (acht Tage nach der Aufnahme der Kranken in die Anstalt) die ganze, im brandigen Absterben unaufhaltsam begriffene Fläche früh und Abends ganz dick mit gepulvertem Kampher belegt, worauf ein dicker Charpieballen zu liegen kam.

Vor jeder neuen Einstreuung wurde der das Geschwür bedeckende Kampher entfernt und eine gründliche Reinigung vorgenommen; mit der innerlichen Anwendung des ***Acidum Halleri*** wurde gleichzeitig fortgefahren. Fast von dem Augenblicke an, als der Kampher auf diese Weise zur Einwirkung gebracht wurde, zeigte sich eine günstige Umänderung in dem beschriebenen Krankheitszustande; zuerst hörte der üble Geruch auf, dann verminderte sich die jauchige Absonderung; die ödematöse Anschwellung in den das Geschwür umgebenden Partien machte einer activen Entzündungsröthe Platz, es bildete sich an den Grenzen der brandigen Entartung eine mit gelbem dickem Eiter angefüllte Demarcationslinie, dann reinigte sich allmälig das Geschwür in der Tiefe, die brandigen Massen fingen an einzutrocknen, sich abzusondern und eine reine Fläche zu hinterlassen, welche mit plastischem Eiter und unter demselben mit gesunder frischer Granulation versehen war; nach Verlauf einer Woche war die Abstossung des Brandigen (bis auf die Exfoliation eines Stücks vom Unterkieferknochen, welche später erfolgte) vollendet, der Process des brandigen Absterbens sistirte vollkommen, überall war die Geschwürsfläche mit gesunder Granulation bedeckt; es wurde nun, statt der weitern Anwendung des Kamphers, mit ***Ung. basil.***, mit ***Tinct. Myrrhae***, und später zur Beschränkung der üppigen Granulation mit einer Auflösung von ***Lapis infernalis*** in ***Aqua Chamomillae*** mit ***Tinct. Opii simplex*** verbunden, und der beginnende Vernarbungsprocess durch fleissiges Betupfen der Geschwürsränder mit ***Lapis infernalis*** unterstützt. Nach 9 Wochen war das Geschwür an allen Punkten geheilt. Die zurückgebliebene Entstellung des Gesichts ist im Vergleich zu der Grösse der bestandenen brandigen Metamorphose nicht zu bedeutend, indem durch die vitale Contraction der Haut beim Vernarbungsprocess der entstandene Defect zum Theil ausgeglichen wurde; ein Theil der linken Ober- und Unterlippe und der linken Wange ist allerdings verloren gegangen, so dass auf dieser Seite die Zahnreihe von den Weichgebilden zum Theil entblösst ist; es ist aber nach der Beschaffenheit des ganzen Defects zu hoffen, dass durch eine später zu unternehmende plastische Operation die entstandene Formverletzung noch mehr wird beseitigt werden können.

2) Ein Knabe von 8 Jahren verfiel plötzlich in einen dem Scheintodte ähnlichen Zustand, ohne dass Vorläufer eines bestimmten Krankseins vorangegangen wären, oder eine erkennbare äussere Veranlassung stattgefunden hätte. Während er mit einem andern Knaben im Gespräch begriffen war, verlor er urplötzlich die Besinnung, stürzte zur Erde nieder, verdrehte die halbgeschlossenen Augen; Gesicht, Hände und Füsse waren kalt wie die eines Sterbenden; der Puls fast gar nicht zu fühlen, die Respiration leise und sehr langsam, die Zähne fest geschlossen und das Schlingen unmöglich; alle Sinne des Kranken schienen erloschen, die erweiterte starre Pupille war unempfindlich gegen den Lichtreiz. Einige Minuten später, als ich zu Hülfe gerufen wurde, fand ich den Kranken in dem beschriebenen Zustande. Es wurden grosse Senfteige ins Genick, auf die Brust und an die Waden gelegt, der ganze Körper mit Bürsten und gewärmten wollenen Lappen gerieben, Salmiakgeist unter die Nase gehalten, kaltes Wasser mit Gewalt wiederholt ins Gesicht gespritzt. Nach anderthalb Stunden änderte sich der Zustand in so weit, dass dem Kranken etwas Kamillenthee mit einem Analepticum eingeflösst werden konnte. Nachdem wieder einige Stunden verflossen waren, und das Schlingen noch leichter vor sich ging, bekam er innerlich ein ***Infus. Valerianae*** mit einem abführenden Mittelsalze. Hierauf fand sich Stuhlgang ein, allein in dem übrigen Befinden des Kranken zeigte sich keine Besserung, nur verlor sich allmälig die Kälte der Haut, der Puls wurde nach und nach voller, das Gesicht fing an sich zu röthen, und der Kopf fühlte sich heiss an; der bewusstlose Zustand blieb aber am folgenden Tage sich völlig gleich.

Eine so plötzliche, auffallende und anhaltende Depression des Bewusstseins und der äussern Sinne konnte wohl nicht füglich anders als durch eine materielle Ursache im Gehirn erklärt werden; diese konnte, nach höchster Wahrscheinlichkeit, nur in einer sehr acuten Ausschwitzung von seröser Flüssigkeit in den Gehirnhöhlen bestehen. Von der Idee einer stattfindenden höchst acuten Gehirnhöhlenwassersucht ausgehend, wurden nun alle 2 Stunden Tag und Nacht Sturzbäder, (jedesmal von 2 Kannen kalten Wassers auf den abgeschornen Kopf) Einreibungen von Brechweinsteinsalbe in den Nacken, Blutegel an die Schläfe und hinter die Ohren; innerlich Calomel, abwechselnd mit ***Kali sulfuricum*** in einem ***Infus. fol. Digitalis purp.*** angewandt. Anfänglich zeigten sich bei jedem Sturzbade leise Spuren von Bewusstsein, welche sich aber sogleich wieder verloren; allmälig wurde unter der fortgesetzten Anwendung der erwähnten Mittel das Bewusstsein deutlicher und die Perioden seiner Rückkehr nach jedesmaliger Anwendung der Sturzbäder immer länger, so dass am fünften Tage der ärztlichen Behandlung der Kranke wieder bei vollkommenem Bewusstsein und seiner Sinne mächtig war, nur ein ziemlich lebhaftes Fieber, ein vermehrter Blutandrang nach dem Kopfe, und ein Gefühl von Beklemmung beim Athemholen waren zurück geblieben, welcher consecutive Krankheitszustand der Brustorgane durch ein ***Infus. rad. Senegae*** mit ***Kali aceticum*** gehoben wurde; worauf bei einem entsprechenden diätetischen Verhalten gegen das Ende der zweiten Woche die völlige Genesung erfolgte. Gegenwärtig ist der Knabe gesund.

(Schluss folgt.)

Bericht über 84 Leichenöffnungen, welche theils in der medicinischen Klinik zu Bonn, theils in der Privatpraxis während der letzten 18 Monate ausgeführt wurden, nebst deren Verwerthung für die Pathogenese und Diagnostik.

Von
Prof. J. F. H. Albers in Bonn.

(Schluss aus No. 4.)

Darmblutungen im Typhus.

Es ist bekannt, dass diese Blutungen zu zwei verschiedenen Zeiten im Verlauf des Typhus sich einstellen, in den ersten Tagen der Krankheit, und in einer späteren Zeit, wenn die Krankheitszufälle bereits längst geschwunden waren oder zu schwinden im Begriff sind. In der ersten Zeit können die Blutungen bald eine günstige Wirkung auf den Verlauf der Krankheit üben, bald dagegen unter einem Zusammenfluss von Erscheinungen sich einstellen, welche die übelste Bedeutung an sich und einen baldigen tödtlichen Ausgang zur Folge haben. Den wohlthätigen Einfluss, welchen sie haben können, habe ich bereits 1832 in jenen Fällen von Darmblutungen nachgewiesen, welche im Horn'schen Archiv mitgetheilt wurden. Es sind mir seit jener Zeit noch einige Fälle vorgekommen, welche den wohlthätigen Einfluss der eingetretenen Blutung auf den Verlauf der Krankheit nicht verkennen liessen. Unter jenen ist besonders einer, welcher ein fettes, schwammiges weibliches Individuum von 30 Jahren betraf, das gegen den 14. Tag der Krankheit über 1 Pfund dickes, schwarzes Blut durch den Stuhl entleerte. Die Typhuszufälle, welche, nebst Zähneknirschen und Zuckungen der Glieder, in heftigen unruhigen Delirien sich äusserten, wurden milder, und die Kranke trat nach und nach in die Genesung. Allein der Nachlass der Zufälle bei fortbestehenden guten Kräften unterscheidet diese seltene wohlthätige Wirkung von jener, welche einen ungünstigen Ausgang des Leidens zur Folge hat und in der That die häufigere ist. Diese Blutung geht aus der Verschwärung des Darmes und dem sie begleitenden congestiven Zustande hervor. Von diesen beiden Blutungen will ich hier nicht näher reden. Es ist meine Absicht, jene hier zu besprechen, welche in der dritten, vierten und fünften Woche, offenbar während der Abnahme des Typhus, während seiner Genesung eintritt und fast unmittelbar in den Tod führt, wo man bis zu dem Augenblick als die Blutung eintrat, die gegründetste Hoffnung auf Genesung hatte.

Zwei derartige Fälle habe ich am angegebenen Orte 1832 bekannt gemacht. Hier will ich noch einige hinstellen, welche die Grundlage der Untersuchung bilden sollen. Die Fälle an sich sind so gewöhnlich, dass sie alljährlich, sowohl in der Klinik als in meiner Privatpraxis, zur Untersuchung und Beobachtung gelangten, stets mit demselben unvermeidlich tödtlichen Ausgange. Ich darf daher annehmen, dass sie auch in der Praxis Anderer eben so häufig vorkommen.

Am 14. März wurde ich des Morgens zu der 18jährigen W. gerufen, welche wegen beträchtlichen Blutverlustes durch den Stuhl in grosser Lebensgefahr sei. Bei meiner Ankunft wurde mir das Nachtgeschirr mit dickem, klumpigem, theerschwarzem Blut vorgezeigt, welches fast ganz rein (ohne Beimischung von Koth) war. Ich erfuhr, dass die Kranke schon seit 19 Tagen an Kopfschmerzen und Schwindel, Verstopfung und leichtem Frösteln am Abende gelitten habe, ohne bettlägerig gewesen zu sein. Vor 4 Tagen war sie auf einen Ball gegangen, hatte aber vor Schwindel und Kopfschmerzen nicht lange verbleiben können. Nach Hause zurückgekehrt, stellte sich Fieber ein, das indess gegen Morgen mit einem Schweiss endete, worauf der vorige Zustand wieder eintrat. Schwindel, Kopfschmerz, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und ein gegen Morgen sich einstellendes gelindes Fieber, welches gegen Abend nachliess, waren die vorzüglichsten Zufälle. Gestern, 3 Tage nach jenem Ball, waren die Symptome dieselben, die Zunge leicht gelblich belegt, die Gesichtsfarbe gastrisch-gelb, die Wärme fast normal, geringer Durst, 2 Mal durchfälliger Stuhl. Die Kranke war stets gesund und von blühendem Aussehen gewesen bis zum Eintritt dieser Krankheit.

Das unter Drängen zum Stuhl entleerte Blut konnte nur aus dem Mastdarme gekommen sein. Kaum hatte ich mit der Kranken einige Worte geredet, so erfolgte schon ein zweiter bluthaltiger Stuhl, der an Menge nicht weniger als der erste betrug. Die Kranke war vollkommen beim Bewusstsein, die Mattigkeit gross, der Puls leer und häufig. Es werden Eisblasen auf den Unterleib gelegt, ein Klystier eiskalten Wassers mit Bleiwasser gegeben, innerlich Alaun in einem Mucilago gereicht. Allein nach 2 Stunden erfolgte eine dritte, gegen Mittag eine vierte Ausleerung, und am Nachmittag gegen 3 Uhr der Tod.

Die Leichenuntersuchung ergab noch ein beträchtliches Blutquantum im absteigenden Grimmdarm; das Colon mit vielen venösen, stark gefüllten Gefässen besetzt; die Schleimhaut desselben roth; im Dünndarm einige ganz in der Weise des Typhus angeschwollene Peyer'sche Drüsenflecken, welche in ihrem Gehalte an schwarzem Pigment ankündigten, dass sie in der Rückbildung begriffen waren. Ausserdem nicht weit von der *Valvula Bauhini* zwei typhöse Geschwüre, welche die Form der Peyer'schen Drüsenflecken hatten, und an einzelnen Stellen eine schwärzlich gefärbte Umgebung und eine weisse Haut zeigten. Der Umfang des Geschwürs war mit vielen feinen Gefässen versehen. Doch konnte man kein Coagulum auf dem Geschwür oder an seiner Vernarbungshaut finden. Die Gekrösdrüsen hatten die bläulichrothe Farbe, die ihnen im Abdominaltyphus eigen ist. Es war die Krankheit somit jene Form des Abdominaltyphus, welche zuweilen unter dem Charakter eines gastrischen Fiebers von mässiger Heftigkeit verläuft. Die Typhusbildungen des Darmes und Gekröses waren in der Rückbildung begriffen.

Im November 1849 kam eine Kranke von 27 Jahren zur ärztlichen Behandlung, welche, früher gesund und kräftig, nach einer Erkältung sich grosse Müdigkeit, Schlaflosigkeit, wandernde Schmerzen der Glieder zugezogen hatte. Man wusste lange nicht, ob man ein schleichendes rheumatisches Fieber, oder ob man die milde Form eines Typhus vor sich habe. In der vierten Woche, nachdem der Stuhl schon ganz regelmässig geworden, die Mattigkeit nachgelassen und der Schlaf sich schon wieder regelmässig eingestellt hatte, wurde die Kranke von blutigen Durchfällen befallen, entleerte zuletzt reines klumpiges Blut, fing wieder an zu phantasiren, zeigte eine grössere Häufigkeit und Leerheit des Pulses und eine Zunahme der Wärme, die bald in Kälte überging. In diesem Zustande der Akrhämie erfolgte der Tod.

Die Leichenöffnung ergab Folgendes: 26 Stunden nach dem Tode war die Todtenstarre theilweise noch vorhanden; blaue Flecken am Rücken und an den Bauchdecken.

Das Gehirn war in seiner Substanz zähe und wenig blutreich; in den Seitenventrikeln ein Wenig seröser Flüssigkeit.

Brusthöhle. Jeder Pleurasack enthielt ungefähr 8 Unzen blutigen Serums. Der obere Theil hellroth, der untere und hintere dunkelroth gefärbt und mit Blut überfüllt. Die Substanz beider Lungen schwimmt in kleine Stückchen zerschnitten im Wasser, knistert aber wenig, wie man dieses bei der *Pneumonia hypostatica* oft findet.

Bauchhöhle. Die Schleimhaut des Blindsackes des Magens war mit einzelnen stark injicirten Gefässen versehen und geröthet. Diese Röthe liess sich durch Wasser nicht wegwaschen. Im oberen Theile des Dünndarms Alles normal. Im unteren Theile die Peyer'schen Drüsenflecken, ebenso die sogenannten solitären Drüsen angeschwollen. Die letzteren linsen- bis erbsengross, die ersteren dagegen in ihrer Substanz bläulich, erdfarbig, schmutzig gefärbt. In der Nähe der *Valvula Bauhini* fand man vollständige Geschwüre von 6—10 Linien Länge, mit bläulichrothem abgeflachtem Rande, welche auf ihrem Boden sämmtlich ein feines zartes Häutchen aufwiesen, welches unter Wasser noch flottirte. Die Schleimhaut in der Umgebung dieser Stellen zeigte zahlreiche feine Blutgefässe, welche netzartig zusammenhingen. Alle diese Geschwüre waren in der Rückbildung, in der Regeneration ihrer zerstörten Fläche begriffen. Der Dickdarm war vom Blinddarm an mit porkenartigen kleinen Wülsten wie besäet, die alle einzeln standen und über der Schleimhaut hervorragten. Einzelne zeigten auf ihrer Mitte einen tiefen Eindruck, auf welchem eine gelbliche Masse, der Schorf, liegt. An drei Stellen wurde die Schleimhaut weggepräparirt, und man sah, dass sich diese Haut von den porkenartigen Bildungen ganz abtrennen liess, welche, an der Muskelhaut haftend, unter der Schleimhaut lagen, und in einem festen abgegrenzten Knötchen bestanden, welches im Innern keine Erweichung, sondern eine gleichmässig feste gelbe Substanz zeigte. Diese Bildungen waren von kleinen zarten Gefässkränzen umgeben. An drei Stellen im Dickdarm war ein grösseres Geschwür, welches zusammengezogene, bläulich gefärbte Ränder hatte. In den meisten war die beginnende Narbenbildung nicht zu verkennen. Deutliche Coagula, welche mit der einen oder andern Stelle fest zusammenhingen, waren nicht vorhanden. Die Gekrösdrüsen beträchtlich vergrössert, und mehr bläulich als roth gefärbt. Die Nieren waren etwas weich, sonst normal. Die Milz war beträchtlich, fast um das Doppelte ihres normalen Volumens angeschwollen und wog $29\frac{1}{2}$ Loth; ihr Gewebe ziemlich weich. Die Leber sehr blutleer, sonst normal. Die Gebärmutter und Ovarien normal, ebenso die Harnblase.

Die dritte hierher gehörige Beobachtung betrifft einen 19jährigen schlank gebauten jungen Mann. Die Zufälle des Abdominaltyphus hatten bereits 6 Tage, d. h. seit dem 23. Krankheitstage, nachgelassen, so dass keine Fieberverschlimmerungen sich mehr einstellten, als sich ohne bekannte Veranlassung der Durchfall wieder einstellte und reichliche Mengen dicken, coagulirten Blutes entleert wurden, worauf am andern Tage der Tod erfolgte.

In der Leiche fand man in der Vernarbung begriffene Geschwüre.

Der vierte Fall betrifft einen 16jährigen Burschen, welcher am 31. Tage des Abdominaltyphus unter Numa starb. Am 2. und 3. Tage vor dem Tode entleerte er Blut durch den Stuhl, jedoch nicht in sehr beträchtlicher Menge.

In der Leiche fand man den Magen angefüllt mit Speisebrei, ebenso in den dünnen Gedärmen eine grosse Menge verdauter Nahrungsmittel. Vom Jejunum bis zum Blinddarm fand man eine grosse Anzahl in der Rückbildung begriffener Peyer'scher Drüsenhaufen, von denen die unteren noch deutliche Geschwüre zeigten, welche mit einer weisslichen zarten Haut auf ihrem Grunde hin bis an die Ränder bedeckt waren. Die letzteren dagegen waren nicht mehr hoch, schwärzlich, sehr gefässreich, zeigten aber nirgends ein Coagulum. Die dicken Gedärme waren gefässreich, in den Gefässen bluthaltig; hin und wieder fand man auf der Schleimhaut einzelne kleine Knötchen. Die Gekrösdrüsen waren alle noch grösser als normal und dunkelblau. Diese Farbe, sowie jene in der Umgebung der in der Heilung begriffenen Darmgeschwüre, beruhte auf einem in das Gewebe hineingestreuten Pigment, welches sich in Wasser nicht löste, denn es fand sich noch vor, als die Gedärme und das Gekröse bereits 24 Stunden im Wasser gelegen hatten.

In ähnlicher Weise verhalten sich die übrigen zu meiner Kenntniss gelangten Beobachtungen, aus denen sich feststellen lässt:

1) Die tödtlich werdenden Darmblutungen kommen im Abdominaltyphus meistens in einer Zeit vor, in welcher der Typhus überstanden ist, sich oft schon durch Krisen entschieden hat, und der Kranke zum Bewusstsein zurückgekehrt ist, in einer Zeit, in welcher alle Fieberzufälle schon beträchtlich nachgelassen haben. Ja Metastasen sind in dieser Zeit gar nicht selten schon vorhergegangen. Metastatischer Brand wurde in einem, und eiternde Parotitis in einem andern Falle beobachtet.

2) Die Blutungen entleerten 1 — 2 — 2½ Pfund Blut auf einmal. In den meisten Fällen wiederholten sich die Blutentleerungen in kurzer Zeit, innerhalb weniger Stunden mehrere Male.

3) Die Blutungen kündigten sich in einzelnen Fällen durch einen geringen Tenesmus, Wiederaufwallen der Fieberzufälle mit Röthung der Wangen an; indess ist dieses keineswegs als Regel zu bezeichnen. In anderen Fällen stellten sie sich ohne alle Vorboten ein; auch nicht der geringste Schmerz, Auftreibung oder Unbequemlichkeit wurde im Unterleib wahrgenommen.

4) Die Zeit, in welcher die Blutungen sich einstellten, war jene, in welcher die Abnahme der allgemeinen Fieberzufälle eingetreten, der Typhus geschwunden, und somit die Genesungszeit im Beginnen war, wie dieses sich in dem allgemeinen Befinden, so auch in der wiederkehrenden Esslust kundgab, deren Dasein sich am deutlichsten herausstellte aus der grossen Menge von Speisebrei, welche sich in derartigen Fällen im Magen und in den oberen dünnen Gedärmen vorfand. Ganz entsprechend diesem allgemeinen Befinden verhielten sich auch die typhösen Bildungen des Darmes, deren Anschwellungen in der Abnahme und Rückbildung, und deren Geschwüre in der Heilung begriffen waren. Der Geschwürsgrund war mit einem zarten, im Wasser auf seiner Oberfläche feine Fäserchen zeigenden Häutchen bedeckt. Die hohen Ränder, welche die typhösen Geschwüre zeigen, waren nicht mehr vorhanden, und die Umgebung des Geschwüres mit einem schwarzen Pigment, offenbar zersetztes Blut, bedeckt, welches früher in dem angeschwollenen Theile angehäuft ward und jetzt in der Auflösung begriffen war. Dieselbe Erscheinung bot das Gekröse in seinen Drüsen dar. Die Ränder der Geschwüre, der Grund derselben, welcher von der Geschwürshaut bedeckt war, waren gefäss- und blutreich. Der Darm verhält sich in seinem Regenerationsvorgang ebenso wie jeder andere Theil (Knochen, Haut), welcher in der Wiedererzeugung seiner verlorenen Substanz begriffen ist. Der das Plasma absetzende, aufnehmende und neubildende Theil enthält eine grosse Anzahl neuer kleiner Gefässe, welche alle mit Blut überfüllt sind. Ebenso sind die Gefässe der unmittelbar angrenzenden Gewebe mit Blut reichlich versehen, ja der ganze Darm und das Gekröse sind in dieser Zeit offenbar blutreicher, als sie es sonst ohne Krankheit der Gedärme wohl sind. Unter allen Fällen, welche ich untersuchte, sind nur zwei, in denen sich Blutcoagula unmittelbar auf den kleinen Geschwürsresten des Dünndarmes vorfanden, wo somit die Quelle der Blutung in den dünnen Gedärmen nachgewiesen war. In allen anderen Fällen wurde bei der sorgfältigsten Untersuchung der narbenbildenden Substanz in den Geschwürsstellen des oberen Dünndarmes nichts entdeckt, welches zur Annahme den Anlass gegeben hätte, dass aus ihnen die Blutung hergekommen sei. Dagegen fand man an den narbenbildenden Geschwüren des Ileum vor der *Valvula Bauhini* und an den Geschwüren des Dickdarmes oft Blutklümpchen anhangend, welche andeuteten, dass sie den Sitz der Blutung abgegeben hätten.

Zu Einspritzungen, welche über diese zweifelhafte Herkunft der Blutung — ob aus der narbenbildenden Regenerationshaut, oder ob aus anderen Theilen der Schleimhaut, die während der Vernarbung vollblütig wurden, wenn sie auch während des Typhus nicht erkrankt waren, — Aufschluss gegeben hätten, fand sich keine Gelegenheit. Es ist somit der stringente Nachweis der Herkunft der Blutungen noch nicht genau geliefert. Nach vielen Leichenuntersuchungen glaube ich, dass sich die Sache so verhält:

Die Geschwürsfläche wie die ganze Darmschleimhaut ist während der Genesung, in welcher die Regeneration der durch die Geschwüre verlorenen Substanz stattfindet, ungemein vollblütig. An vielen Stellen ist das Epithelium ebenfalls neu zu ersetzen. Hier kann in doppelter Weise die todtbringende Wirkung eintreten, entweder allein durch die Congestion, welche nach dem Darmtheile stattfindet, oder durch Reizungen, vielleicht selbst chemische Einwirkungen, welche während der Genesung die blut- und gefässreiche neu zu bildende Regenerationshaut treffen. Die neu erwachende Esslust drängt den Kranken zum Genuss einer während des Typhus nicht genossenen, somit seither ungewohnten Nahrung, und jedenfalls zum Genuss einer grösseren Menge derselben, welche der Darmfläche mehr oder weniger fremdartig ist. Sowohl in der hierdurch entstehenden mechanischen als chemischen Reizung sind Ursachen zur Zerstörung der feinen Gefässe in der Regenerationshaut und dadurch zu Blutungen gegeben. Daher kommt es, dass diese Blutungen sich einstellen, wenn die Esslust reichlich wieder erwacht, und selbst die Fleischzunahme und ein verbesserter Turgor eingetreten war. Es kann aber auch durch die Einwirkungen der genossenen Speisen, des Darmsaftes, welcher durch die beigemischte Jauche aus den Geschwüren zur Zersetzung geneigt ist und dadurch ätzend wird, an jeder Stelle des Darmes eine Corrosion der kleineren Gefässe stattfinden, welche so reichlich in der in der Regeneration begriffenen Geschwürsfläche vorhanden sind, und dadurch eine Blutung veranlasst werden. Nach dieser Ansicht geht die Blutung vorzugsweise von dem Regenerationsgewebe, von der Regenerationshaut aus.

Man kann die Frage aufwerfen, ob diese Blutungen häufiger in dem Dickdarm oder in dem Dünndarm ihre Entstehung nehmen. Da das Blut rein und klumpig, getrennt von den Fäces, wenig verdaut zur Entleerung kommt, so ist man zu der Annahme berechtigt, dass diese Blutmassen in so beträchtlicher Menge in der Regel aus dem Dickdarm kommen. Ein stringenter Beweis wird aber aus dem Ansehen und der reinen Beschaffenheit des Blutes nicht für diese Ansicht geliefert. In meinem Atlas habe ich den Magen mit einem gichtischen corrodirenden Geschwür im Fundus abbilden lassen. Das Geschwür blutete vor dem Tode; durch Erbrechen und Stuhl ward das Blut fast rein entleert. Der Darm enthielt noch in der Leiche Blut vom Dünndarm bis zum Mastdarm, zeigte aber nirgends eine Stelle, an welcher eine krankhafte Veränderung entdeckt werden konnte. Es musste somit das durch den Stuhl entleerte Blut aus dem Magen in den Darm gelangt sein.

Ganz ähnlich verhielt es sich mit einem Markschwamm des Magens, bei welchem mehrere blutige Stühle kurze Zeit vor dem Tode entleert wurden. Nur der Magen und der Zwölffingerdarm waren krank und konnten die Stellen sein, an denen das Blut ergossen war. Der übrige Darm war ganz normal. In diesem Falle wurde bloss dickes klumpiges Blut rein entleert. Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich, dass die blutigen Stuhlentleerungen, selbst wenn sie auch nur reines, klumpiges, unverdautes Blut enthalten, das Blut doch aus dem Magen und Dünndarm erhalten haben könnten. Es scheint das reine, in den Verdauungswegen entleerte Blut der verdauenden Zersetzung zu widerstehen und durch seine Einwirkung die Stuhlausleerung zu befördern, denn das reine Blut machte Drang zur Stuhlentleerung und wurde bald allein für sich entleert.

Diese Thatsachen stehen ganz in Uebereinstimmung mit den bereits früher von mir gemachten Mittheilungen, wo in einem Falle ein Geschwür des Dünndarms die Ursache einer tödtlich werdenden Darmblutung ward, während in einem andern nur zwei Geschwüre mit derselben Wirkung die Ursache des Todes wurden.

Schliesse ich an diese Thatsachen das Ergebniss meiner Untersuchungen an, welche in allen Fällen von todtbringenden Darmblutungen noch Geschwüre in der Leiche ergaben, so scheint es mir sicher zu sein, bei dem vorherrschenden Vorkommen dieser Geschwüre in dem Dünndarm, dass der letztere die vorzugsweise Ursache der Darmblutungen ist.

Die typhösen Entartungen des Dünndarmes sind gewöhnlich verbunden mit ähnlichen im Dickdarme; der Ileotyphus ist verbunden mit dem Colotyphus, oder in der Regel ein Ileo-Colotyphus vorhanden, ja in einzelnen Fällen, welche freilich die Ausnahme bilden, leidet der Dickdarm vorzugsweise, der Colotyphus herrscht vor. Wenn man die grosse Anzahl von pockenartigen Drüsenanschwellungen, die vielen kleinen Geschwürchen, welche in dem ödematös angeschwollenen Darme sich verbreitet finden, übersieht, so sollte man glauben, gerade der Dickdarm könne der Theil sein, aus dem die Blutungen des Darmes ihre Entstehung nehmen. Hierbei tritt in Erwägung, dass, wo aus dem Unterleib Blut entleert werden soll, der Dickdarm, besonders der Mastdarm, in chronischen Krankheiten die gewöhnliche Ursache des Blutergusses sind.

Die Leichenuntersuchungen der am Typhus Verstorbenen, wie sie seit Jahren hier in Bonn unternommen sind, haben fast übereinstimmend ergeben, dass bei den sehr verbreiteten Entartungen des Dickdarmes fast nie reine blutige Stuhlgänge vorkamen, und kein Fall von tödtlicher Darmblutung in jenen Fällen von vorwiegendem Colotyphus bis jetzt beobachtet ward. Die Darmblutung fand sich nur beim Ileotyphus. . Es ist eine beachtungswerthe Thatsache, dass diese Darmblutungen nicht da vorkommen, wo die typhösen Bildungen den höchsten Grad der Entwickelung erreicht haben. Wo der Darm ein grosses Geschwür neben dem andern entwickelt hatte, wo das Ende des Ileum ganz in eine den Darmkanal auskleidende Geschwürsfläche verwandelt war, waren während des Lebens keine Blutungen des Darmes in grosser Ausdehnung vorhanden. Die beschränktere Entartung des Darmes im Typhus, die geringere Entwickelung der Verschwärung ist gewöhnlich vorhanden, wo deren Blutungen den tödtlichen Ausgang bedingen. Daher kommt sie beim Abdominaltyphus mit gelindem Verlauf am häufigsten vor. Da die Darmblutungen gewöhnlich im Stadium der Genesung eintreten, so scheint dieses auch erklärlich. Wo die Darmentartungen im Typhus eine so ungewöhnliche Entwickelung erreicht haben, da bedingen sie durch Lähmung des Nahrungskanales den Tod, und die Krankheit gelangt nicht bis zum Zeitraume der Regeneration und der Genesung; die geringere Entartung lässt dagegen diese Krankheitszeit in der Regel eintreten, und mit ihr die Zeit, welche für die Entwickelung der Darmblutungen günstig ist.

Es ist noch ausserdem eine beachtenswerthe Thatsache, dass diejenigen Typhusfälle, welche eine ungewöhnlich heftige Entwickelung der typhösen Zufälle zeigen, nicht so gewöhnlich im Genesungsstadium Blutungen zeigen, als jene, welche nur eine geringe Ausbildung des typhösen Fieberzustandes aufwiesen. Die heranschleichenden, den gastrischen oder den gastrisch-rheumatischen Fiebern ähnlichen Formen, in denen grosse Müdigkeit, Schlaflosigkeit, ein geringer Schwindel und gelinder Durchfall allein den *Typhus abdominalis* ankündeten, waren es, welche diesen tödtlichen Ausgang durch Darmblutung am häufigsten mit sich führten. Auch hierfür scheint sich eine natürliche Erklärung zu finden. Steht es fest, dass in der Genesungszeit von *Typhus abdominalis* die Darmblutungen am häufigsten vorkommen, so werden jene Formen am meisten von diesen zu leiden haben, welche am häufigsten in die Genesungszeit eintreten. Dass die milderen Typhusformen häufiger das Genesungsstadium erreichen, als die entwickelteren und heftigeren, versteht sich von selbst. Weil die Genesung in den letzteren häufiger ist, so ist auch bei ihnen die Blutung häufiger. Sie ist aber nichts desto weniger eben so tödtlich, als wenn die Krankheitsform heftig war. In dem ersten Falle war anscheinend nur ein gastrisches Fieber vorhanden. Die Blutung trat unverhofft ein, und hatte eben so wie in den bösartigen Fällen sehr bald einen tödtlichen Ausgang zur Folge. Die Neigung zu Blutungen und Congestionen, die skorbutische, typhöse Beschaffenheit des Blutes begünstigt in diesen Fällen den Eintritt der Darmblutung. Jene Mädchen, welche leicht an Blutanhäufung in der Milz *(Intumescentia lienis inflammatoria)* leiden, sind im *Typhus abdominalis* ganz besonders geneigt zu den Darmblutungen. Unter 19 Fällen von solchen Blutungen betrafen 7 dergleichen Mädchen.

Dass das Colon weniger Antheil an der Blutung hat als der Dünndarm, scheint nur noch daraus hervorzugehen, dass vorsichtig in den Dickdarm eingeführte blutstillende Massen, Bleiwasser (verdünnt), kaltes Wasser, Eiswasser, keinen Einfluss auf die Blutstillung haben. Alle Fälle von Darmblutung in der Genesungszeit wurden tödtlich, trotz der Injectionen in den Dickdarm.

Ich glaube annehmen zu dürfen, dass der Gebrauch von *Decoct. Chinae*, Salzsäure, *Liq. ammon. acet.* innerlich, und der Cataplasmata aus *Cortex Chinae* mit Leinsamen auf der Höhe des Typhus bis zum gänzlichen Verschwinden der typhösen Zufälle und des Durchfalles den Einfluss üben, dass die Blutungen aus dem Darme verhütet werden. Wie es mir scheint, sind sie Mittel, welche die Regeneration der geschwürigen Stellen, sowie die Rückbildung der schwammartigen Massen in nicht geringem Grade begünstigen.

Dass das Regimen und die Diät auf die Verhütung der Darmblutung Einfluss übt, ist wahrscheinlich, aber noch nicht erwiesen, noch weniger ist erforscht, in welcher Weise dieses bewirkt werden kann. In den meisten Fällen von Darmblutungen wurde keine bestimmte äussere Veranlassung dazu aufgefunden. —

Unter den Fällen, welche nach Abzug der bisher speciell erzählten von den 84 übrig bleiben, gehört die bei weitem grössere Anzahl der tuberculösen Lungenschwindsucht an, 1 Fall der *Induratio pulmonum*, 1 Fall der *Cirrhosis pulmonum*, welche bei einem 87jährigen Manne gefunden ward; 2 Fälle dem Keuchhusten mit tödtlichem Ausgange. Die Leichenöffnung ergab, ähnlich den bereits früher angestellten, ganz normal beschaffene *Nervi vagi* und *phrenici*, angeschwollene und geröthete, zum Theil noch mit eiterartiger Flüssigkeit gefüllte Bronchien, hepatisirte untere Lungenlappen, um welche sich das *Emphysema vesiculare* in schönster Weise entwickelt hatte; 2 Fälle von Krebs der Gebärmutter. Bei diesen, sowie in mehreren der oben erzählten Krebsfälle fand man die Eierstöcke entweder hydatidös oder krebsartig erkrankt. In allen diesen Fällen von Krankheiten der Ovarien, welche 13 sind, wurden beide Ovarien zugleich erkrankt gefunden. Es gehört überhaupt zu den Seltenheiten, nur ein Ovarium allein leidend zu finden. Mögen Induration, Abscesse, Tuberkeln, Hydatiden, Krebs oder Haar- und Knochenbälge in ihnen verhanden sein, beide Organe leiden zugleich.

Ausserdem kamen ein Fall von Haar- und Zahnbildung in beiden Eierstöcken und zugleich ähnliche Bildungen in beiden *Alis vespertilionis* vor. Eine grössere Anzahl von Skrofelsuchten mit den gewöhnlichen Anschwellungen und Vergrösserung der lymphatischen Drüsen im Gekröse, im Mittelfell und an den äusseren Lymphdrüsen, wo stets beträchtliche Anschwellungen der Peyer'schen Drüsenflocken im Darm zugegen waren. Ausser diesen Fällen kamen zwei Fälle von Empyem vor. Nierenentartungen aller Art wurden gefunden. Dagegen ist es beachtungswerth, dass unter den zahlreichen Fällen von Pockenkranken, welche im Verlauf des Jahres in klinische Behandlung kamen (die Zahl betrug über 100), ebenso von den Scharlachkranken keiner starb, wiewohl es in den bemittelten Familien an Todesfällen durch die Pocken nicht gefehlt hat.

Viele der obigen Fälle geben Aufschluss über manche bis jetzt noch als zweifelhaft betrachtete Thatsache. Sollte es mir vergönnt sein, im nächsten Jahre einen dem vorliegenden ähnlichen Bericht zu geben, so werde ich die jetzt nicht speciell beleuchteten Thatsachen nach ihren Einzelheiten mittheilen und besprechen.

Miscellen.

Universitäts-Nachrichten.

Paris. Zum Concurs um den erledigten klinisch-chirurgischen Lehrstuhl in Paris werden als Bewerber auftreten: Bouisson (einer der ausgezeichnetsten Lehrer in Montpellier), Chassaignac, Desprès, Giraldès, Gosselin, Jarjavay, Maisonneuve, Marchal (de Calvi), Michon, Morel-Lavallée, Nélaton, Richet, Robert, Sanson, Veillemier.

Heidelberg. Von der medicinischen Facultät zu Heidelberg ist für das laufende Jahr folgende Preisaufgabe gestellt:

„Die Behauptung Bernard's, dass auf Verletzung eines bestimmten Hirntheils bei Thieren Zucker im Harn erscheine, ist durch Versuche zu prüfen."

Göttingen. Seit Anfang dieses Semesters hat Göttingen endlich ein grösseres akademisches Hospital, in welchem die medicinische, die chirurgische und eine Klinik für Augen- und Ohrenkranke vereinigt sind. Bis in die Mitte etwa der 20er Jahre existirten überall nur 3 Kliniken in Göttingen; die so berühmte chirurgische, damals unter Langenbeck's Leitung, die medicinische, damals von Himly dirigirt, und die geburtshülfliche, der Zeit unter Osiander's, dann Mende's Leitung. Mit den beiden ersteren waren ausgebreitete poliklinische Anstalten und Kliniken für Augenkranke verbunden. Als dann Conradi von Heidelberg nach Göttingen gerufen wurde, ward eine zweite Poliklinik für innere Kranke gestiftet, und beide Polikliniken hatten eine hinlängliche Anzahl von Kranken, da in den Wirkungskreis der Himly'schen viele benachbarte Ortschaften gezogen waren. Mit Himly's Tode wurde die Anstalt für Behandlung innerer Kranken Conradi übergeben, damit aber erreichte die Abtheilung für Augenkranke in ihr die Endschaft. In Stelle Conradi's berief man Fuchs aus Würzburg, dem man späterhin auch in gesondertem Raume eine Anzahl Betten zur Disposition stellte. Was die Räumlichkeiten nun anbelangte, in denen die Kranken untergebracht waren, so waren sie in der Stadt zerstreut. Das Gebäude der geburtshülflichen Klinik, mit grossem Luxus erbaut, bot den Gebärenden sehr schöne, gesunde Zimmer; Langenbeck hatte selbst unmittelbar neben seinem Wohnhause ein Gebäude für die Klinik errichtet, mit geräumigen, luftigen, grösseren Sälen und mit zweckmässig eingerichteten kleineren Zimmern, namentlich zum Gebrauch für Augenkranke. Unmittelbar an die Krankensäle gränzte der helle, wohl construirte Operationssaal. Weit mangelhafter stand es um die Einrichtungen für innere Kranke, namentlich war an der Himly-Conradi'schen Klinik in Bezug auf die Aussenverhältnisse gar Vieles zu tadeln. Als nun, bald nach der Thronbesteigung des jetzigen Königs von Hannover, der Gedanke auftauchte, sämmtliche Krankenanstalten in einem Gebäude zu vereinigen,

wollte man Seitens der Regierung das auch ausdehnen auf die Geburtshülfe, ein Plan, den mit Gründen der Unzweckmässigkeit zu bekämpfen man Seitens der Universität viele Mühe hatte. Endlich wurde der Bau eines akademischen Hospitals für medicinische und chirurgische Kranke beschlossen, schritt aber, namentlich als die politischen Ereignisse von 1848 hereinbrachen, nur langsam vorwärts. Während desselben hatte sich noch Manches verändert. In Stelle des um Chirurgie und Anatomie, sowie als akademischer Lehrer hochverdienten Langenbeck war auf den Lehrstuhl der Chirurgie und chirurgischen Klinik Baum aus Greifswald berufen. Da man mit diesem Wechsel gleichzeitig das Lokal für die chirurgische Klinik verlor, musste sich Baum in einem kleinen Theil der Conradi'schen Anstalt, so gut es gehen wollte, einstweilen behelfen. Ruete hatte mittlerweile auf eigene Kosten eine Poliklinik für Augen- und Ohrenkranke gestiftet, und später auch, unterstützt von der Regierung, unter seiner speciellen Aufsicht arme Kranke, namentlich Operirte, in einem dazu gemietheten und eingerichteten Hause behandelt. Auch das frühere Langenbeck'sche Lokal blieb nicht unbenutzt, da der Sohn, Prof. Max Langenbeck, darin eine Privatanstalt für chirurgische Kranke errichtete. Mit dem Spätsommer 1850 ist nun endlich das akademische Hospital eröffnet und dem Gebrauch übergeben. Dasselbe kann 200 Kranke fassen, ist aber vorläufig nur für 160 eingerichtet und dotirt, und zwar sind diese 160 Betten in folgender Weise unter die dirigirenden Aerzte vertheilt. Die chirurgische Abtheilung unter Baum's Leitung hat 60 Betten zur Verfügung, jede Abtheilung für innere Kranke unter Conradi und Fuchs 40, die Abtheilung für Augen- und Ohrenkranke endlich, der Ruete versteht, 20. In Bezug auf die beiden Abtheilungen für innere Kranke ist noch zu erwähnen, dass die eine lediglich für Männer, die andere für Weiber bestimmt ist und die Vorstände, semesterweise wechselnd, bald diese bald jene dirigiren, eine Einrichtung, von deren Zweckmässigkeit wir uns nicht überzeugen können. Ein Nebengebäude ist für ansteckende Krankheiten bestimmt, und an einem schönen Operationssaal, sowie hellem Sectionslokal fehlt es nicht. Mit der Eröffnung dieses akademischen Hospitals, das mit grosser Munificenz erbaut und dotirt ist, und dessen Mangel früherhin so oft als ein wesentlicher Mangel der Universität gerügt wurde, ist die Georgia Augusta in eine neue Phase ihres Glanzes getreten. Wir glauben nicht parteiisch zu sein, wenn wir die medicinische Facultät derselben zu den ausgezeichnetsten Deutschlands rechnen, und helfen den Beweis dafür durch folgende Zusammenstellung der bedeutendsten Lehrer zu liefern. Was die Hülfswissenschaften anbelangt, so nennen wir für die Chemie den berühmten Namen Wöhler, für Mineralogie Hausmann, für Botanik und dahin schlagende Disciplinen Bertling und Grieschach, für philosophische Lehrgegenstände Lotze, der, durch seine Leistungen auf dem Gebiete der Medicin, dieser Wissenschaft näher als irgend ein anderer Philosoph unseres Vaterlandes steht. Die eigentlich medicinischen Fächer anbelangend, so repräsentirt Langenbeck mit seinen grossen Verdiensten die Anatomie um so würdiger, als ihm in seinen Vorlesungen die glänzende Sammlung zu Gebote steht, deren Vervollständigung er den grössten Theil seines Lebens mit unermüdlicher Sorgfalt gewidmet hat. Mit der Leitung des reich ausgestatteten und schöne Sammlungen in sich vereinigenden physiologischen Instituts ist Rud. Wagner und neben ihm Bergmann betraut, und ausser ihnen lehren noch Physiologie, Zoologie etc. Berthold und Herbst. Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie, Arzneimittellehre etc. werden in mannichfacher Weise docirt von Conradi, Fuchs, Marx, Ruete, die Chirurgie und Augenheilkunde in weitester Ausdehnung von Baum und Ruete, die Geburtshülfe von v. Siebold, der der Klinik vorsteht, sowie von Trefurt und Osiander. Von den Kliniken im neuen Hospital war bereits oben die Rede. Neben diesen allbekannten Namen fungiren an der Universität noch eine grosse Zahl jüngerer medicinischer Docenten. Der durch Frerichs Berufung nach Greifswald erledigte Lehrstuhl für pathologische Anatomie wird hoffentlich auch bald wieder würdig besetzt werden.

Preisvertheilung.

Auf Andral's Bericht ist in einer geheimen Sitzung der Akademie der Wissenschaften am 2. Dec. 1850 beschlossen worden, den Monthyon'schen Preis für Medicin und Chirurgie auf die Jahre 1849 und 1850 in folgender Weise zu vertheilen:

1849. An Dr. Jobert (de Lamballe) einen Preis von 2500 Fr. für seine Abhandlung über plastische Chirurgie.

An Dr. Guillon zur Aufmunterung 1000 Fr. für sein Instrument *Brise-Pierre pulvérisateur.*

An Dr. Martin zur Aufmunterung 1000 Fr. für sein Werk: „Versuch über die prosthetischen Mittel bei den unteren Extremitäten."

An Dr. Morel-Lavallée zur Aufmunterung 1000 Fr. für sein Werk über die Lungenhernien.

1850. An Dr. Herpin 1500 Fr. für sein Werk: „Praktische Studien über die Prognose und Behandlung der Epilepsie."

An Dr. Delasiauve 1000 Fr. für seine Arbeit: „Ueber die Behandlung der Epilepsie."

An Dr. Aug. Mercier 1500 Fr. für seine anatomischen, pathologischen und therapeutischen Untersuchungen über die Klappen des Blasenhalses und für seine Beobachtungen und Bemerkungen über die Behandlung der Urinverhaltung durch die Klappen des Blasenhalses.

An Dr. Vrolik 1000 Fr. für sein Werk über Teratologie.

An Dr. Stahl 1000 Fr. für seine Arbeit über Physiognomie und Anatomie des endemischen Idiotismus.

An Dr. Hurteaux 1000 Fr. für sein Memoire über die physiologischen und therapeutischen Emanationen des Taback, beobachtet unter den Arbeitern von Paris.

An Dr. Carrière 1000 Fr. für sein Werk: „Das Klima Italiens in hygieinischer und medicinischer Hinsicht."

Auf Flourens' Bericht wird der für 1850 ausgesetzte Preis für die Arbeit im Gebiete der Naturwissenschaften nicht vertheilt und die betreffende Preisaufgabe für den Concurs im Jahre 1853 festgehalten.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Dem Oberwundarzte im Krankenhause zu Bamberg, prakt. Arzt Dr. Funk, Titel und Rang eines k. Hofraths taxfrei.

Oesterreich. Dem Prof. der Physiol. und Senior der med. Fac. in Pesth Dr. S. Schordan der Titel eines k. k. Rathes taxfrei. Die prakt. Aerzte in Wien Dr. Ritter v. Vering und Reg.-Arzt Dr. v. Brenning wurden von der medicinischen Gesellschaft in Athen zu correspondirenden Mitgliedern ernannt.

Preussen. Dem Med.-Rathe und Prof. Dr. Remer in Breslau der Rothe Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife; dem Ober-Stabsarzte und Subdirector des med.-chir. Friedrich-Wilhelms-Instituts in Berlin Dr. Elsholz und dem Sanitätsrathe und Kreisphysikus Dr. Reuscher in Stendal der Rothe Adler-Orden 4. Kl.

Würtemberg. Dem Oberamtsarzte Dr. Horlacher zu Krailsheim das Ritterkreuz des Kronordens.

Personalveränderungen. Preussen. Angestellt: Der prakt. Arzt, Operateur und Geburtshelfer Dr. v. Meyern als Kreisphysikus in Worbis, der Wundarzt 1. Kl. de Rutté als Kreiswundarzt des Guhraner Kreises, und der Thierarzt 1. Kl. Rury als Kreisthierarzt des Adelnauer Kreises. Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Fuchsius hat sich in Werl und der Thierarzt 2. Kl. Beyer in Hovestadt, Kreis Soest, niedergelassen. Der prakt. Arzt Dr. Deetz ist von Polzin nach Bublitz gezogen.

Todesfall. Preussen. Kreisphysikus Dr. Rieger zu Labes.

Sonnabend, № 5. 1. Februar 1851.

estellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber den wahren Grund der Fieberexacerbationen.

Von

Professor M. Naumann.

Die Untersuchung dieses Gegenstandes bedarf einiger vorgängigen Berichtigungen: Wir wollen damit beginnen, wenige Blicke auf die Entstehungsweise der intermittirenden und der typhösen Fieber zu werfen.

Die Erfahrung belehrt uns, dass beide Krankheiten, wenigstens sehr häufig, dadurch veranlasst werden, dass gewisse, durch die Verwesung organischer, sowohl vegetabilischer als organischer Substanzen gebildete Stoffe — die mithin in fortschreitender Zersetzung begriffen sind, aber nicht wie die letzten elementären Zersetzungsprodukte betrachtet werden können, — in die Blutmasse aufgenommen worden sind.

Die namhaft gemachten und manche andere Krankheiten entstehen zwar unter der Concurrenz der angeführten Schädlichkeiten; aber sie werden nicht unmittelbar durch dieselben hervorgerufen. Dieses lässt sich leicht beweisen: In Gegenden, wo das Wechselfieber endemisch ist, sowie in Ortschaften, die von einer recht ausgebildeten Epidemie des Abdominaltyphus heimgesucht werden, sind jene Schädlichkeiten — man möge sie Miasma oder Malaria nennen — unstreitig in der Luft verbreitet. Würde das Blut unmittelbar durch ihren Zutritt verändert, oder hätte die angebliche „acute Dyskrasie" ihren Grund überhaupt in der Gegenwart dieses fremden Agens im Blute, so müsste die gesammte ihm zugängliche Bevölkerung auf einmal erkranken. Die Erfahrung zeigt uns jedoch das Gegentheil: Die Erkrankungen erfolgen nach einander und in sehr verschiedenen Abstufungen; die Epidemie hält sich wohl mehrere Monate, und während dieser Zeit bleiben gewöhnlich die meisten Einwohner entweder ganz verschont, oder sie leiden nur an leichten und vorübergehenden Störungen des Befindens.

Wie anders verhält sich dagegen die Einwirkung von solchen Stoffen, welche unmittelbar different zu der Mischung des Blutes und zu der Stimmung des Nervensystems sich verhalten? Wenn Menschen von den verschiedensten Altersstufen und von der abweichendsten Körperbeschaffenheit in einen Raum treten, dessen Luft mit einer starken Portion von Kohlensäure geschwängert ist, so fühlen sie sich sehr bald insgesammt und in gleichem Grade krank.

Es ist ferner unleugbar, dass alle in das Blut aufgenommenen giftartig oder äusserst different sich verhaltenden Agentien ohne Zeitverlust ihre feindliche Wirksamkeit zu offenbaren beginnen. Wie reimt es sich mit dieser Thatsache, dass man Monate lang in einem Orte leben kann, dessen Atmosphäre mit Typhusmiasma angefüllt ist, ohne zu erkranken? Wie verträgt es sich mit ihr, dass die meisten Contagien der heftigsten acuten Krankheiten, wie des Kriegstyphus und der Blattern, erst mehrere Tage nach ihrer Aufnahme ihre Gegenwart zu äussern beginnen? Was haben sie bis dahin im Blute angefangen? Keiner weiss es zu sagen!

Es ist nicht zu begreifen, wodurch die Erhaltung der vollen Integrität der Eigenschaften solcher Stoffe bei ihrem langen Verweilen im Blute vermittelt werden könnte. Wenn wir die Folgen beachten, die nach dem Einathmen der schädlichsten Gasarten wahrgenommen werden, so zeigt die Erfahrung, dass ihre Wirkungskraft binnen kurzer Zeit erloschen ist; sie müssten denn tödten, oder unmittelbar entzündliche Hyperämie der Lungen, des Gehirns oder irgend eines anderen Organs veranlasst haben. Sie sind dann aber auch selbst zersetzt, oder doch in allen Fällen aus dem Blute eliminirt worden, und dieses hat seine normalen Eigenschaften wieder angenommen.

Ebenso verhält es sich mit den Zufällen, die nach der Vergiftung durch Alkohol, narkotische und scharfstoffige Substanzen beobachtet werden. Sie wirken insgesammt durch ihre Aufnahme in das Blut, und doch ist (wenn das Leben erhalten bleibt) meist binnen kurzer Zeit die Integrität der Functionen wiederhergestellt. Das nämliche Resultat erhält seine Bestätigung durch die an Thieren angestellten Versuche, denen schädliche Flüssigkeiten in die Venen injicirt worden sind. Bleiben sie am Leben, so erholen sie sich binnen kurzer Zeit und bei gewöhnlich verstärkter Function der Absonderungswerkzeuge.

Es spricht mithin nichts zu Gunsten der Ansicht, welche behauptet, dass das Blut unmittelbar, vermöge der Gegenwart eines fremden Agens, — sei es ein Miasma oder Contagium — wie ein heterogener Reiz auf die festen Theile, vorzüglich auf das Nervensystem zu wirken anfange.

Das Resultat zahlloser Analysen ist: dass es weder in den intermittirenden, noch in den typhösen und in den eigentlich exanthematischen Fiebern möglich ist, eine Veränderung der Eigenschaften des Blutes (in Beziehung auf Farbe, Dichtigkeit, auf das Mehr oder Weniger einzelner Bestandtheile u. s. w.) nachzuweisen, die man constant und charakteristisch nennen könnte. Kommen Veränderungen vor, so gehören sie verschiedenartigen fieberhaften Krankheiten gemeinschaftlich zu: so nehmen die farblosen Blutzellen im Verlaufe fieberhafter Krankheiten der Zahl nach ab. Die Mengen der Blutkörperchen und des Faserstoffes werden in sehr verschiedenen Proportionen vermindert. Bei grosser Heftigkeit oder langer Dauer fieberhafter Affectionen wird das Blut endlich arm an festen Bestandtheilen, und seine Beschaffenheit nähert sich der Hydrämie; oder es wird in anderen Fällen, in Folge von Auflösung der Blutkörperchen, schmierig, indem zugleich die innere Gefässhaut mit Pigment imbibirt wird.

Durch die Gegenwart von örtlichen Krankheitsheerden, durch stattfindende Secretionshemmungen, Blutungen, arzneiliche Einwirkungen können gar manche Rückwirkungen auf die Eigenschaften des Blutes ausgeübt werden, die man mit Unrecht der eben stattfindenden Krankheit zuschreibt. Man ist nicht im Stande zu beweisen, dass durch die Schädlichkeiten, denen Pest, Typhus, Scharlach, Influenza ihren Ursprung verdanken, irgend eine eigenthümliche Veränderung der physikalischen oder chemischen Eigenschaften des Blutes ursprünglich bewirkt werde.

Wir sind zu dem Schlusse berechtigt, dass die Malaria weder aus einfachen Elementen, noch aus deren binären Verbindungen bestehe. Auch weiss man mit Bestimmtheit, dass die bei der organischen Zersetzung frei werdenden Elemente in reinem Zustande niemals Wechselfieber oder Typhen hervorzurufen vermögend sind. Die Zersetzungsprodukte, von denen hier die Rede ist, haben den Charakter der organischen Zusammensetzung noch nicht verloren, obgleich derselbe durch die bald eintretende elementäre Zersetzung binnen kurzer Zeit völlig aufgehoben wird. Am längsten bewahren sie die Eigenschaften organischer Zusammensetzung, wenn sie im Wasser gelöst sind.

Auf verschiedenen Wegen, theils durch die Respiration mit dem in der Luft befindlichen Wassergase oder Wasserdunste, theils durch den Magen, mittelst der genossenen Nahrungsmittel und Getränke, wohl am seltensten oder in der geringsten Menge durch die Haut, erhalten diese Stoffe Gelegenheit, in den Körper einzudringen und in das Blut aufgenommen zu werden.

Die unbefangene Vergleichung der Erscheinungen zur Zeit einer herrschenden Fieberepidemie gestattet die Folgerung, dass die auf irgend eine Weise in das Blut gelangten schädlichen Stoffe nicht nothwendig Beeinträchtigung der Gesundheit veranlassen. Sie scheinen dem Blute bloss beigemengt zu sein, ohne auf dessen Mischungsverhältnisse einen Einfluss auszuüben. Der Körper, und allerdings zumeist das Blut (indem z. B. die in der Ortsatmosphäre verbreitete Malaria durch die Respiration einen ununterbrochenen Zugang zu ihm findet), dient ihnen

bloss zum Durchgange. Sie verlassen ihn wieder auf allen nach aussen mündenden Flächen, indem sie unverändert, oder in ihre Elemente zersetzt nach aussen gelangen, ohne im Blute bedeutendere Veränderungen bewirkt, oder das Nervensystem bemerkbar afficirt zu haben.

Dieses Verhältniss besteht indessen nicht immer und nicht in allen Fällen. Leicht kann es eine ungünstigere Wendung nehmen. Die Erfahrung lehrt, dass bei herrschenden Fieberepidemien diejenigen am leichtesten erkranken, welche entweder an sich schwach, reizbar, kränklich sind, oder genöthigt werden, Schädlichkeiten anderer Art sich auszusetzen. Man weiss, wie sehr auch die kräftigsten Menschen für epidemische Krankheiten disponirt werden, wenn sie zugleich der Einwirkung schwerer körperlicher Arbeit, schlechter Nahrungsmittel, ungesunder Wohnung, ungünstiger Witterung u. dgl. anhaltend ausgesetzt sind. Es ist bekannt, welchen Einfluss Ausschweifungen, Gemüthsbewegungen, Sorgen in dieser Beziehung ausüben.

Wir werden zu der Annahme gezwungen, dass dann, wenn die normalen Ausscheidungen aus irgend einem Grunde erschwert oder verhindert worden sind, dass überhaupt dann, wenn die Secretionsakte in Unordnung gerathen, die besprochenen Stoffe die Gelegenheit finden, mit dem Blute oder mit gewissen Bestandtheilen desselben in nähere Verbindung zu treten. Sie vermögen jetzt das Blut nicht mehr in isolirtem Zustande zu verlassen, sondern sie sind, je nachdem sie mehr oder weniger in ihrer Zersetzung vorgerückt sind, sowohl in den egestiven als auch in den nutritiven Secretionsprodukten enthalten. — Unmittelbar finden mithin keine Umstände statt, welche der Zersetzung des Blutes günstig genannt werden könnten. Vielmehr wird ihr durch baldige Elimination jener Agentien entschieden entgegengewirkt. Aber gewisse Secretionsprodukte (Schleim, Galle) und die Ernährungssäfte, die aus dem Blute ausgeschieden und den Geweben gespendet werden sollen, haben durch das, seiner noch nicht erloschenen organischen Zusammensetzung wegen, mit ihnen verbundene und gleichzeitig zur Concurrenz kommende epidemische (jedoch eben so häufig sporadisch sich kundgebende) Agens ungewöhnliche, entweder reizende oder hemmende Eigenschaften angenommen.

Die Erscheinungen, welche eintreten, wenn Menschen, vorzüglich ungewohnte, dem Sumpfmiasma in concentrirtester Form sich aussetzen, lassen keinen Zweifel übrig, dass durch eine solche Uebersättigung des Blutes unmittelbar zum Erkranken Veranlassung gegeben worden kann. Wahrscheinlich wirkt diese Ueberladung des Blutes mit den Bestandtheilen der Malaria störend auf das Secretionsgeschäft ein, was um so leichter geschehen kann, da auch die Lebenseigenschaften des Nervensystems durch das Ereigniss afficirt werden müssen.

Welche Veränderungen das schädliche Agens erleiden möge, indem es durch wirkliche Secretionsakte ausgeschieden wird, wissen wir nicht. Eben so wenig haben wir irgend eine Kunde von denjenigen Veränderungen, welche jetzt mit den ausgeschiedenen Bestandtheilen des Blutes vorgegangen sind. Eines wissen wir aber ganz entschieden: dass nämlich die eingedrungene Schädlichkeit erst nach einer solchen innigeren Verbindung mit Substanzen des Organismus ihre pathologische Wirksamkeit zu bethätigen vermag. Wie wäre es sonst zu erklären, dass viele Menschen unter dem fortgesetzten Einflusse der den intermittirenden oder typhösen Fiebern günstigsten Bedingungen fortwährend gesund bleiben? da man doch annehmen muss, dass das Miasma, oder wie man sonst die Schädlichkeit nennen möge, ununterbrochen in ihrem Blute sich befindet, und alle Gelegenheit hat, dem Nervensysteme sich bemerkbar zu machen.

Der Erfolg (nämlich die im Verlaufe fieberhafter Krankheiten bald bemerkbar werdende Abmagerung) zeigt deutlich, dass die aus den Haargefässen jetzt ausgeschiedenen Säfte nur in geringem Grade die Eigenschaften besitzen, in feste organische Substanz überzugehen. Sie sind mit einem differenten Nebencharakter versehen, der ihnen pathologische Eigenschaften ertheilt, aber erst durch den Akt der Absonderung Dasein erhalten hat. Das nicht zu verwendende Residuum des Ernährungsprocesses wird daher sehr bedeutend. Von allen Punkten des Körpers wird es von den Lymphgefässen aufgenommen und in's Blut gebracht. Auf dieses Ereigniss führen wir den Anfang und die fernere Entwickelung des Fiebers zurück.

Die lymphatischen Zuflüsse sind gegenwärtig mit dem nämlichen pathologischen Nebencharakter versehen. Die Symptome beweisen unwiderleglich, dass derselbe den Aeusserungen der organisirenden Kraft entgegengesetzt sich verhält. Er ist von einer Materie herzuleiten, die eine organische Metamorphose in regressiver Richtung erfahren hat. Daher kann er der organischen Metamorphose in progressiver Richtung nur hindernd entgegentreten. Dieses ist denn auch im Verlaufe des Fiebers unläugbar der Fall: der Chylus wird durch die Zumischung der Lymphe in ihrem dermaligen Zustande beeinträchtigt; seine Umwandlung in Blut wird verzögert oder gelingt nur unvollkommen.

Das auf diese Weise inficirte Blut muss nun auf die Lebenseigenschaften aller Organe ungünstig wirken. Indem es durch die Nervenheerde fliesst, verhält es sich ihnen gegenüber entweder reizend oder hemmend, und greift demzufolge auf verschiedene Weise störend in ihre Functionen ein. Ebenso wird der Magen theils unmittelbar durch das in seinen Haargefässen fliessende Blut, theils mittelbar von den Nervenheerden aus, an der Ausübung seiner Functionen gehindert. Appetitlosigkeit und mangelnde Verdauungskraft gehören zu den gewöhnlichsten Symptomen des fieberhaften Zustandes. Dadurch wird die Bildung eines assimilabeln Chylus ungemein erschwert, und in gleicher Proportion die Bereitung neuen Blutes unmöglich gemacht. Damit stimmt überein, dass jede fieberhafte Krankheit auf die Dauer auffallende Reduction der festen Bestandtheile des Blutes, namentlich der Blutkörperchen herbeiführt.

Alle Umstände begründen die Ueberzeugung: dass das Fieber durch eine Infection des Blutes bedingt werde, welche durch lymphatische Resorption bewirkt worden ist.

Diese lymphatische Resorption erhält eine thatsächliche Bestätigung durch diejenigen Erscheinungen, die man nach der Inoculation der Menschenblattern beobachtet. Die Lymphdrüsen, in welche die Saugadern aus der Umgebung der Impfstelle sich münden, schwellen an und werden selbst schmerzhaft. Erst darauf entwickelt sich das Fieber, in dessen Folge allgemeine Eruption entsteht. — Das nämliche Phänomen zeigt sich nach vorgenommener Vaccination, überhaupt nach vielen Verletzungen. Dabei findet nur der Unterschied statt, dass kein Fieber hervorgerufen wird, wenn die dem Blute zugeführten Flüssigkeiten nicht die dazu erforderlichen Eigenschaften besitzen, und dass auf der andern Seite die Anschwellung der Lymphdrüsen vermisst wird, wenn die resorbirten Substanzen nicht wie Entzündungsreize sich verhalten. Auch wird die Anschwellung der Lymphdrüsen vorzüglich in denjenigen Fällen wahrgenommen, wo differente Stoffe in concentrirter Form den Lymphgefässen zur Aufnahme dargeboten wurden, wie es nach der Impfung der Fall ist.

Die Drüsengeschwülste in der Pest, die Anschwellung der Mesenterial- und Bronchialdrüsen in den typhösen Fiebern, und die grosse Häufigkeit von Drüsenaffectionen als Nachkrankheiten der Blattern, der Masern und des Scharlachs beweisen unzweifelhaft, von welchem Einflusse diese fortdauernde lymphatische Resorption auf den Verlauf und auf die Gestaltung fieberhafter Krankheiten sein muss.

Zu den constantesten Erscheinungen des ausgebildeten Fiebers gehören: Erhöhung der Temperatur, Beschleunigung der Circulation und in der Regel Beschränkung der Secretionen, verbunden mit dem Gefühle allgemeiner Unbehaglichkeit. — Das Blut wird mit beschleunigter Geschwindigkeit durch die Haargefässe des ganzen Körpers getrieben. Seine continuirliche Bewegung durch diese Kanäle ist fast ganz der pulsatorischen gewichen. Dieses Verhältniss ist an sich keiner Art von Absonderung aus dem Blute günstig. Demgemäss ist auch der Mangel oder die Spärlichkeit der Secretionen erklärt, durch welche zunächst die Fieberhitze ausgezeichnet ist.

Frühzeitig kann jedoch dieser Zustand eine Aenderung erfahren, ja in allen Fällen muss nach einer gewissen Zeit diese Aenderung eintreten. Dieselbe wird dadurch herbeigeführt, dass in verschiedenen Organen Congestionsheerde gebildet worden müssen. Am leichtesten geschieht dieses in der Haut und in den Nieren. Aber auch die Schleimhäute gerathen im Verlaufe fieberhafter Krankheiten sehr häufig in einen congestiven Zustand, namentlich diejenigen, welche die Luftwege und den Darmkanal auskleiden. Endlich sind auch die Organe, die bei der Bereitung und Ausbildung des Blutes eine wichtige Rolle übernehmen, daher die Leber, die Milz und die Lungen — aber allerdings auch aus besonderen Gründen das Gehirn — in Hyperämie zu verfallen disponirt.

Die Geneigtheit zu diesen congestiven Zuständen wird offenbar durch die besondere Construction des Gefässapparates, und speciell der Haargefässe selbst, in den verschiedenen Organen und Geweben begünstigt: In den Schleimhäuten sind die Haargefässe verhältnissmässig nicht sehr enge Kanäle, die aber ungemein dichte, vielfach mit einander verflochtene Netze bilden. In der Lederhaut vertheilen sich grössere Gefässe auf einmal in sehr feine Kanäle, welche vieleckige Netze bilden. In der Milz finden wir eine ungewöhnlich weite Hauptarterie, die bei rasch erfolgender Verzweigung sehr bald in Aeste vom feinsten Durchmesser zerfällt. Ebenso findet man in den Nieren, dass die Blutgefässe bei ihrer Vertheilung in Zweige schnell an Umfang abnehmen. In der Leber, und noch mehr in den Lungen, kommt die doppelte, in diesen beiden Organen vorhandene Capillarität in Betracht. Das Gehirn besitzt Haargefässe von besonders engem Durchmesser.

Diese Verhältnisse, sowie der für die Bewegung des Blutes und für die Art der Absonderung gewiss einflussreiche Bau und die verschiedene Anordnung der kleinsten Arterien und Venen in den verschiedenen Organen, geben — gerade in Folge der beschleunigten Circulation — zu Verzögerungen der Bewegung der Blutkörperchen in der Capillarität gewisser Organe, mithin zur Congestion in ihnen vorzugsweise die Veranlassung.

Auch wenn die Hyperämie keinen bedeutenden Grad erreicht, so fliesst doch sicher in den congestiv afficirten Organen das Blut langsamer durch die Haargefässe als im übrigen Körper. Damit werden jedoch die der eigentlichen Secretion günstigen Bedingungen herbeigeführt.

Da wo überhaupt Ausscheidung stattfindet, vermögen Stoffe, die dem Blute aufgebürdet wurden, die von aussen in dasselbe gelangt waren, sofern sie nicht durch überwiegende chemische Affinitäten in ihm zurückgehalten werden, am leichtesten aus ihm auszutreten. Dieser Erfolg kann auch in unserm Falle nicht ausbleiben. Wenn daher jene Congestionen die reichliche Absonderung von Egestionsflüssigkeiten wirklich nach sich ziehen, so wird dadurch nicht allein das Blut, sondern der ganze Körper, von einem Theile der in ihm angehäuften oder in ihm gebildeten schädlichen Potenzen befreit werden können. Die Ausleerungen werden mithin (wenn nicht die Concurrenz störender Bedingungen hindernd sich verhält) zwar nicht dem Zwecke, aber dem Erfolge nach mit einem Reinigungsprocesse sich vergleichen lassen.

Wenn aber die Gegenwart von Schädlichkeiten im Blute und deren Einwirkung auf das Blut, und zugleich unmittelbar oder mittelbar auf die festen Theile, vorzüglich auf die Nerven, als die nächste Ursache der Fiebererscheinungen, mithin auch als der wahre Grund der allgemeinen Beschleunigung des Kreislaufes sich verhält, so muss nothwendig mit der Verminderung jener schädlichen Stoffe auch eine Verminderung der Fieberursache gegeben sein. Uebereinstimmend lehrt die Erfahrung, dass die charakteristischen Fiebersymptome entweder ganz aufhören, oder doch für einige Zeit ermässigt werden, indem allgemeine Ausscheidungen, besonders durch Haut und Nieren, zu Stande kommen.

Durch die Nieren und durch die Haut werden ausser anderen Stoffen vorzüglich und in grösster Menge die im Serum des Blutes aufgelösten Salze ausgeschieden. Vermöge dieser Salze wird dem Blute der überschüssige Gehalt an Wasser, besonders in den oben genannten Organen, entzogen. Alle Secretionen werden durch die Concurrenz des Wassers ungemein erleichtert. Demnach ist es sehr begreiflich, dass in allen fieberhaften Krankheiten verhältnissmässig mit der grössten Leichtigkeit die Absonderungen der Haut und der Nieren werden vermehrt werden können. Daher hat man von jeher Schweiss und Harn als die vorzugsweise kritischen Ausleerungen in fieberhaften Krankheiten bezeichnet.

In den meisten fieberhaften Krankheiten, die einen gewissen Grad von Ausbildung erreicht haben und einen nicht ungewöhnlichen Grad von Intensität besitzen, beobachtet man gewöhnlich in dem Zeitraume von 24 Stunden die einmalige Zu- und die einmalige Abnahme der Fiebersymptome. Der Eintritt der letzteren wird dann von einiger, wenn auch geringer Bethätigung der Secretionen begleitet.

Die Periode von 24 Stunden bezeichnet den einfachsten Cyclus in dem physiologischen Entwickelungsgange des menschlichen Lebens. Nach dem Umlaufe dieser Periode ist mehr oder weniger das nämliche Verhältniss der verschiedenen Functionen zu einander wieder hergestellt worden, das bei ihrem Anfange stattfand. Diese in der Einrichtung des Organismus und in seinen Beziehungen zur Aussenwelt begründete Chronologie wird durch Krankheiten nicht unmittelbar aufgehoben; aber allerdings kann sie durch deren Einfluss verschoben, überhaupt mannigfach verändert werden. Vorzugsweise gilt dieses von denjenigen Krankheiten, welche, wie die fieberhaften, unmittelbar die Ernährungsbedingungen des Organismus zu suspendiren vermögen.

Gewöhnlich fallen die **Exacerbationen** des Fiebers auf die Abendstunden und auf die Nacht, wogegen die **Remissionen** gegen Morgen sich einstellen. Der Grund für diese Form des Typus dürfte gleichfalls auf physiologische Lebensvorgänge zurückzuführen sein: im normalen Zustande zeigt sich in den Stunden vor und nach Mitternacht constant eine gewisse Verminderung der Athemzüge und der Pulsschläge. Unläugbar üben Ruhe und Schlaf einen Einfluss darauf aus. Indessen kann das Phänomen auch bei gesunden Personen erkannt werden, die um die angegebene Zeit im Zustande des Wachens sich befinden.

Indem das Blut langsamer durch die Haargefässe fliesst, wird das eigentliche Secretionsgeschäft erleichtert. Daher werden während dem Schlafe die Absonderungsprodukte im Allgemeinen zwar nicht vermehrter, aber saturirter und concentrirter. Doch gilt dieses nur von der Lungen- und Hautausdünstung und von der Nierenausscheidung, überhaupt von denjenigen Secretionen, durch welche verbrauchte Bestandtheile des Blutes ausgeleert werden sollen. Es findet aber keine Anwendung auf diejenigen Secretionsprodukte, deren Absonderung (wie z. B. des Speichels, des Magensaftes, der Galle) am stärksten einer specifischen Aufforderung Folge leistet, und die daher mehr an die Ausübung von besonderen Functionen einzelner Organe gebunden ist.

Beim Fieber sind differente Stoffe im Blute, die sich den im normalen Zustande auszuscheidenden Substanzen mehr oder weniger analog verhalten, aber einen weit grösseren Contrast gegen die Bedingungen der normalen Zusammensetzung des Blutes bilden. Durch die Anwesenheit dieser Stoffe wird mithin die dem Organismus eigenthümliche Steigerung des Secretionsbedürfnisses gegen die Nacht hin, nicht allein in verstärktem Grade, sondern auch frühzeitiger hervorgerufen werden müssen.

Damit jedoch diese Secretionen zu Stande kommen können, ist die erste Bedingung, dass das Blut nicht pulsatorisch, sondern continuirlich durch die Capillarität der Secretionswerkzeuge fliesse. Da indessen gegenwärtig die Circulation überhaupt beschleunigt worden ist, und da die Contractionen des Herzens häufiger und kräftiger erfolgen, so wird die wirkliche Durchführung jener Absonderungen in hohem Grade erschwert. Sie wird bei fortdauernder Beschleunigung des Blutlaufes bloss unter der Voraussetzung möglich, dass in den Haargefässen der betreffenden Secretionsorgane ein congestiver Zustand gebildet werden kann. Dieser muss jedoch bei einer gewissen Beschleunigung der Circulation, nach hydraulischen Gesetzen, herbeigeführt werden.

Indem aber Hyperämie der Haut und der Nieren im Entstehen begriffen ist, so wirkt diese lokale Retardation der Blutbewegung nur als ein neues und verstärktes Aufforderungsmittel auf das bereits lebhaft functionirende und sehr reizbare Herz. Durch beschleunigte und noch kräftigere Zusammenziehungen dieses Organs wird den lokalen Hemmungen entgegengewirkt, mithin die Bildung jener Congestionen erschwert. Die Patienten leiden unter diesen zunehmenden Anstrengungen, bis dass endlich — geschehe es auch höchst unvollkommen und verspätet — der natürliche Secretionstrieb neben der gesteigerten Thätigkeit des Herzens sich zu behaupten vermag, was wiederum voraussetzt, dass die Hyperämie der Absonderungswerkzeuge, kürzere oder längere Zeit, innerhalb gewisser Schranken fortgedauert hat.

Die Haut wird dann wohl etwas feucht, der Urin minder sparsam ausgeleert, und die Fiebersymptome zeigen einen geringen Nachlass. Dieses ist aber nur vorübergehend, da die Bedingungen des Fiebers inzwischen neue Nahrung durch die lymphatische Resorption erhalten haben.

Die Erscheinungen auf der Höhe der Exacerbationen: die brennende Hitze der Haut, der auf die Nieren deutende dumpfe Schmerz in der Lendengegend und das Harnbrennen, die grössere Unruhe, Beängstigung und die zunehmenden Kopfsymptome (zu deren Bildung die überhandnehmende Lungencongestion das Ihrige beiträgt) stimmen sehr genau mit dieser Auseinandersetzung überein.

Unter allen Umständen müssen ähnliche Ursachen ähnliche Wirkungen nach sich ziehen. Ist daher überhaupt das Blut mit Stoffen überladen, welche geeignet sind, durch die Haut und durch die Nieren ausgeschieden zu werden, so ist eben dadurch ein gegen die genannten Organe gerichteter Reiz gegeben, durch welchen das Verweilen des Blutes begünstigt, mithin auch aus dieser Ursache die Bildung von Congestionen daselbst befördert wird.

Es ist gleichgültig, zu welcher Zeit am Tage oder in der Nacht diejenige Veränderung in der Zusammensetzung des Blutes erfolgt ist, die den Ausbruch des Fiebers bestimmt. Denn ist die Neigung zur Krise entschieden vorwaltend, so werden um so frühzeitiger jene Congestionen sich entwickeln, durch die dann reichliche, das Fieber selbst abschneidende und unterbrechende Ausleerungen bewirkt werden können. Hatte das Fieber unter solchen Verhältnissen am Morgen begonnen, so kann es bereits Mittags, Nachmittags oder gegen Abend unter kritischen Ausleerungen zu Ende geführt werden.

Diese Indifferenz in Beziehung auf die Tagesstunden beschränkt sich indessen hauptsächlich auf die intermittirenden Fieber. Denn bei ihnen ist in der Regel die Tendenz zur Krise so entschieden vorwaltend, dass lange vor Ablauf der Periode von 24 Stunden den Fiebersymptomen selbst ein, wenn auch nur vorläufiges, Ziel gesetzt wird. Ist dagegen die Neigung zur Krise gering oder gar nicht vorhanden, so wird sie sich auch nur unvollkommen zu äussern vermögen, und höchstens um die der natürlichen und normalen Tageszeit entsprechende Zeit durch schwache Andeutungen sich ankündigen.

Die entschiedene und vorwaltende Tendenz zur Krise, die im Verlaufe der intermittirenden Fieber so deutlich ist, wird ganz besonders dadurch erschwert und zurückgedrängt, dass congestive Affectionen der Schleimhäute, in oft weiter Ausdehnung, einen hohen Grad von Ausbildung erreicht haben. Dadurch können die natürlichen Colatorien, nämlich Nieren und Haut, auf ein äusserst geringes Maass von secernirender Action beschränkt werden, indem die zur Ausscheidung aus dem Blute geeigneten Stoffe eine vorwaltende Beziehung zu Schleimhäuten und zu den mit ihnen verbundenen Absonderungswerkzeugen besitzen. Die Absonderung ist aber hier in der Regel viel schwerer durchzuführen; denn gewöhnlich erreicht die darauf hinzielende Congestion einen hohen Grad, und sie veranlasst leicht heftige Reizung, Entzündung und selbst Verschwärung der leidenden Schleimhaut. Es ist daher in solchen Fällen ein günstiges Zeichen, wenn, unter Abnahme der Schleimhautsymptome, die Secretionen der Nieren und der Haut reichlicher zu werden anfangen.

Heilung einer fieberhaften Krankheit erfolgt nur dann, wenn nicht

allein die dem Blute aufgebürdeten differenten Stoffe völlig aus demselben entfernt worden sind, sondern wenn überdies die Reproduction dieser Substanzen für die Folgezeit aufgehoben worden ist. Letzteres ist die Hauptsache. Dieselbe vermag sich niemals durch sogenannte kritische Ausleerungen anzukündigen, sondern man wird sie zunächst daran erkennen, dass die Fiebersymptome durch wiederkehrende Esslust, kräftige Verdauung und durch gesunden Schlaf völlig verdrängt werden.

In bedeutenden fieberhaften Krankheiten nehmen die Ereignisse oft einen sehr complicirten Charakter an. Häufig werden in ihrem Verlaufe Congestionen in der Haut und in den Nieren gebildet, in deren Folge Ausleerungen entstehen, die aber ohne kritische Bedeutung sind, indem entweder die congestive Exsudation vor der wirklichen Secretion vorwaltend bleibt, oder indem die Congestion bis zu dem höchsten, der Entzündung sich annähernden Grade gesteigert worden ist. Copiöser wässriger Schweiss in den ersten Tagen ernsthafter Fieberkrankheiten pflegt nicht von Erleichterung, sondern eher von Verschlimmerung der Symptome begleitet zu werden. Ein durch Blutpigment gefärbter, mit Schleim, Eiweiss, Epithelialbildungen überladener Harn ist nicht der kritischen Ausscheidung gemäss.

Ist die intendirte Secretion in der Haut mit starker Reizung dieses Organs verbunden, so kann letztere, oder es können einzelne ihrer organischen Bestandtheile, z. B. die Hautbälge, entzündet werden. Die Bildung vieler Ausschläge steht damit in Zusammenhang. Bei ihrer Gegenwart wird die Krise oft in die Länge gezogen, oder als bloss unvollkommener Versuch angedeutet, jedoch nicht selten, namentlich gegen Ende der Ausstossungsprocesse, schnell und entscheidend zu Ende geführt.

Der Grund der Remission ist mithin darin enthalten, dass Congestionen in den grossen Secretionswerkzeugen in der Ausbildung begriffen sind. Dieselben sind aber viel zu wenig entwickelt und werden viel zu schnell durch die immer stärker vom Herzen aus wirkende Kraft beseitigt, um Secretionen von einiger Bedeutung bewirken zu können. Indem diese Congestionen in Entwickelung begriffen sind, werden sie zugleich zu Aufforderungsmitteln für die Verstärkung der Thätigkeit des Herzens. Durch den intensiver werdenden Impuls der arteriösen Blutsäule wird daher die entstehende lokale Hyperämie entweder bald wieder beseitigt, oder sie findet bei sehr bedeutender Füllung der Capillarität Gelegenheit, in entzündliche Stase überzugehen.

Der letzte Erfolg ist vorzüglich zu erwarten, so lange das Blut noch nicht diejenigen Eigenschaften angenommen hat, welche reichlichen Absonderungen durch Haut und Nieren ganz entschieden günstig sind. Unter diesen Umständen bilden sich, wie die Erfahrung zeigt, am leichtesten Congestionen in den Schleimhäuten und in anderen Organen aus. Ist die vom Blute ausgehende Einwirkung, sei sie reizender oder hemmender Art, eine sehr differente, so entsteht besonders leicht Hyperämie des Gehirns und des Rückenmarkes, der Lungen und des Darmkanals. Bei der Wichtigkeit der Organe, in denen sie vorkommen, und wegen der Folgen, zu denen sie führen, vermehren diese Congestionen die bereits stattfindende Gefahr.

Sind die befallenen Theile an sich zur egestiven Secretion gar nicht geeignet, so erfolgt nicht diese, sondern es kommt zur Bildung von gewöhnlichen, entweder congestiven oder entzündlichen Exsudationsprodukten.

Ist die fieberhafte Krankheit heftig und von einer intensiven Ursache abhängig, so werden die Exacerbationen nicht allein stärker ausgeprägt, sondern auch mehr in die Länge gezogen. Man bemerkt ausserdem, dass im Verlaufe der 24stündigen Periode wiederholt Verstärkung der Fiebersymptome eintritt, je nachdem in verschiedenen Organen Congestionen gewaltsam niedergekämpft werden müssen, oder in Entzündung überzugehen im Begriff sind. In derartigen Fällen fiebern die Patienten ununterbrochen mit Heftigkeit. Eine eigentliche Remission findet gar nicht mehr statt. Man vermag nur 2, 3 Mal und öfter täglich deutliche Verschlimmerungen zu unterscheiden.

Die Anwendung des Chloroforms bei Augenoperationen.

Ein Sendschreiben
an den Hrn. Prof. Dr. van Roosbroeck in Gent
von
Prof. Dr. Jüngken.

Vor ungefähr anderthalb Jahren wurde mir ein junges, etwa zwanzigjähriges Mädchen von ausserhalb zugeschickt, welches in früher Jugend am grauen Staar erblindet, bereits 3 Mal auf beiden Augen erfolglos operirt war. Das eine Auge war in einem solchen Grade desorganisirt, dass eine jede Hoffnung zur Wiederherstellung des Sehvermögens geschwunden war. Auf dem andern Auge verhinderte die stark verdunkelte und verdickte Linsenkapsel ein deutliches Erkennen der Gegenstände. Patientin konnte wohl die Conturen grösserer Gegenstände, zumal wenn diese sich ihr mehr von der Seite her präsentirten, unterscheiden, vermochte aber nichts deutlich zu erkennen, und konnte sich daher an unbekannten Orten nur mühsam forthelfen.

Die verschiedenen Versuche, welche man gemacht, die verdunkelte Linsenkapsel mit der Nadel, theils durch die Hornhaut, theils durch die Sclerotica, aus dem Umfange der Pupille zu entfernen, und die hierdurch hervorgerufene Reizung der Linsenkapsel hatten eine solche Degeneration derselben zur Folge gehabt, dass sie einem weissen Handschuhleder gleich kam. Dergleichen entartete Linsenkapseln pflegen, als Product wiederholter entzündlicher Reizung, feste Verbindungen mit der Ciliarkrone, und selbst mit den Ciliarfortsätzen einzugehen, welche ihre Entfernung sehr erschweren. Mit der Nadel lässt sich eine solche Kapsel nicht beseitigen; ein jeder Versuch der Art macht sogar das Uebel schlimmer, indem er von Neuem Veranlassung giebt, zu immer festern Verbindungen der Kapsel mit ihren Nachbargebilden. Das alleinige Mittel, in einem solchen Falle das Sehvermögen wieder herzustellen, bleibt in einer mit Vorsicht verrichteten Extraction der verdickten Kapsel gegeben, bei der man sich jedoch wohl hüten muss, einen Vorfall des Glaskörpers und der Iris zu veranlassen.

Ich war im Begriff, diese Operation zu verrichten, als die Patientin heftig zu weinen anfing und in die Worte ausbrach: „Ach! grosser Gott! ich bin doch sehr unglücklich, denn drei Mal bin ich bereits vergeblich operirt und jetzt soll über die einzige Hoffnung, welche mir bleibt, entschieden werden. Können Sie mich denn nicht äthern, damit ich doch wenigstens nichts von der Operation empfinde?" Sogleich stand ich von der Operation ab und liess das Chloroform anwenden, dessen Wirkung schnell eintrat. Als Patientin soporös war, liess ich durch den Gehülfen das obere Augenlied eröffnen, während ich selbst das untere hielt, und verrichtete mit Leichtigkeit die Operation, indem ich mit einem Staarmesser die Hornhaut, in ähnlicher Weise wie bei der Extraction der Cataracte, durch einen mässig grossen Schnitt eröffnete, die Linsenkapsel mit einer feinen Hakenpinzette fasste und sie durch wiederholte, vorsichtig verstärkte Tractionen hervorzog, wobei sich ergab, dass sie so fest mit der *Corona ciliaris* verbunden war, dass man Gefahr lief, den grössern Theil des Glaskörpers mit hervorzuziehen. Als die Linsenkapsel hinreichend aus der Hornhautwunde hervorgetreten war, schnitt ich sie mit einer kleinen Cooperschen Scheere vor der Hornhautwunde hinweg, worauf die Pupille vollkommen rein erschien. Das nicht operirte Auge wurde durch ein kleines Streifchen englisches Pflaster geschlossen und die Operirte auf ihr Lager gebracht. Beim Erwachen wollte sie es nicht glauben, dass sie bereits operirt sei, denn sie hatte von dem, was mit ihr vorgegangen, auch nicht die mindeste Empfindung gehabt. Der Heilprocess verlief leicht und glücklich; Ruhe, Diät und einige Blutegel hinters Ohr der leidenden Seite waren genügend, eine leichte entzündliche Reaction zu bekämpfen und bereits nach 4 Wochen konnte Patientin als eine glücklich geheilte entlassen werden. Ich aber fand in dem Falle eine dringende Aufforderung, durch zahlreiche Versuche ähnlicher Art Erfahrungen über die Anwendung des Chloroforms bei Augenoperationen zu sammeln, um Anhaltspunkte zur Aufstellung von Principien für die Anwendung dieses Mittels bei den genannten Operationen zu gewinnen. Seit dieser Zeit habe ich die Mehrzahl aller Augenoperationen der verschiedensten Art, welche ich verrichtet, unter Anwendung von Chloroform gemacht und erlaube mir in den folgenden Blättern Ihnen, mein werther Freund, und meinen Herren Collegen das Ergebniss der reichlich gesammelten Erfahrungen zur nachsichtsvollen Beurtheilung und demnächst zur Nachahmung mitzutheilen.

Der Gedanke, sich einer Operation an den Augen zu unterwerfen, hat für jeden Menschen, auf welcher Bildungsstufe er auch stehen mag, etwas Erschütterndes. Der Ungebildete fürchtet den Schmerz, wenn ihm auch immerhin versichert wird, dass die Operation schmerzlos sei. Dem Gebildeten treten alle die Folgen vor Augen, welche der wichtige Act, der über sein künftiges Schicksal zu entscheiden hat, nach sich ziehen kann. Nicht gering ist die Zahl derer, welche es daher aus Furcht vor der Operation vorziehen, ihr Leben in Blindheit zu vollbringen. Für alle ist es eine Wohlthat, können sie Furcht und Sorgen verschlafen, um sehend zu erwachen. Es scheint in das Gebiet der Fabel zu gehören, dass man dem Blinden sagen kann: „er soll während eines sanften Schlafes wieder in den Besitz seines Sehvermögens kommen!" und dennoch verhält es sich wirklich so.

Die Anwendung der Aetherdämpfe und des Chloroforms zur Betäubung der Kranken bei Operationen war dem Auftreten eines Wunderkindes zu vergleichen, dessen Erscheinen in allen Klassen der Gesellschaft grossen Enthusiasmus erregt und vorzüglich von den jüngern Söhnen Aesculaps mit Bewunderung und Staunen begrüsst ward, welche

sich um so geneigter dem Fremdling zuwandten, als sie in ihm einen Bundesgenossen erblickten, ihre ersten operativen Unternehmungen zu erleichtern. Ruhige und erfahrene Beobachter wandten sich dagegen der neuen Erscheinung nur mit kritischem Blicke zu, wohl erwägend, dass nicht jedes Kind zum Manne reift, und nicht jede Blüthe zur gesunden Frucht sich entwickelt. Das neue Mittel bot auch Erscheinungen dar, welche wohl geeignet waren, Zweifel dagegen zu erwecken. Wir waren bis dahin zu sehr daran gewöhnt, den Schrei des Kranken bei schmerzhaften Operationen als ein Lebenszeichen zu betrachten und mit peinlicher Sorge in der Fortsetzung derselben inne zu halten, sobald der Kranke verstummte; denn das Schweigen des Kranken konnte die Stille des Todes bedeuten, eines Todes, der eben sowohl durch die Gewalt des Schmerzes, als durch den Verlust des Blutes herbeigeführt wird.

Es war Erfahrungssatz, dass Kranke, welche mit stoischem Gleichmuth den Schmerz während der Operation unterdrückten, bei weitem mehr durch dieselbe litten, als diejenigen, welche ihrem Schmerzgefühle Worte gaben und ihn austoben liessen. Hierzu kam, dass jeder erfahrene Arzt die Wichtigkeit der Verletzungen bei Personen im trunkenen Zustande kannte, dass es bekannt war, wie leicht bei solchen Verletzten Erscheinungen auftreten können, welche dem Leben Gefahr drohen, ihm selbst plötzlich ein Ende setzen. Wie konnte man unter diesen Umständen die Berauschung der Kranken mit Aether oder Chloroform anders, als mit misstrauischen Augen betrachten? So wurden denn auch vor Jahren die ersten Versuche mit den genannten Mitteln bei chirurgischen Operationen, sowie neuerdings bei Augenoperationen mit Vorsicht und Skepsis von mir unternommen, und jetzt erst, nachdem ich einen reichen Schatz an Erfahrungen über diesen Gegenstand gesammelt, darf ich es aussprechen, dass die Blüthe zur Frucht herangereift ist, welche sich in ihrer segensreichen Wirkung unbedingt den wichtigsten und grossartigsten Erscheinungen der Neuzeit anreihen darf.

Ich muss bemerken, dass ich vorzugsweise das Chloroform angewendet, wenn schon ich, des Vergleiches wegen, auch einige Versuche mit den Dämpfen des Schwefeläthers bei Augenoperationen gemacht habe. Es stellte sich jedoch auf das Entschiedenste heraus, dass das Chloroform, sowie bei chirurgischen Operationen, auch bei Augenoperationen seiner mildern, schnellern und leichter vorübergehenden Wirkung wegen den Vorzug verdiene, um so mehr, als es auch weniger Congestionen nach dem Kopfe und den Augen hervorruft, während die letzteren bei der Anwendung des Schwefeläthers sehr stark waren und eine grosse Hyperämie in den Augen zur Folge hatten.

Man achte darauf, dass das Chloroform, welches bei Augenoperationen in Anwendung kommen soll, vollkommen rein sei.

Von grosser Wichtigkeit ist es, dass man darüber wache, dass der Kranke vor einer Operation, welche unter Anwendung von Chloroform verrichtet werden soll, nüchtern bleibe und dass er besonders nicht kurz vor der Operation etwas geniesse, zumal bei Augenoperationen; denn dies giebt hauptsächlich die Veranlassung zum Erbrechen, welches sich bald nach dem Erwachen des Kranken einstellt, bisweilen 12 bis 24 Stunden andauert und meistens allen Mitteln hartnäckig widersteht. Leider! begegnet man oft der üblen Sitte, dass Kranke, welche operirt werden sollen, noch kurz vorher eine Mahlzeit machen, um sich eine sogenannte Güte anzuthun, wohl wissend, dass sie nach der Operation einige Tage fasten müssen.

Bei nüchternem Magen erzeugt das Chloroform kein Erbrechen, und sollte dies ausnahmsweise dennoch eintreten, so geht es wenigstens sehr leicht vorüber. Uebrigens hat man das Erbrechen in Folge von Chloroform bei Augenoperationen bei weitem weniger zu fürchten, als ein Erbrechen, welches ohne Anwendung dieses Mittels nach den genannten Operationen eintritt, aus Gründen, welche ich später noch näher erörtern werde.

Wie bei allen Augenoperationen setzte ich den Kranken, auch bei solchen, welche unter Chloroform verrichtet werden sollen, auf einen Stuhl mit mässig hoher Lehne; ein hinter demselben stehender Gehülfe hält den Kopf und eröffnet da, wo es nöthig ist, das obere Augenlid. Zwei zur Seite stehende Gehülfen erhalten den Kranken, wenn dieser einzuschlafen beginnt, in seiner Lage und verhüten, dass er vom Stuhle gleite, was ohne Schwierigkeit durch Manualhülfe bewirkt wird. Auch kann der vor dem Kranken stehende Operateur selbst dazu beitragen, dies zu verhindern, indem er seine Knieen gegen die des Kranken stemmt. Nur in Fällen, wo ich schmerzhafte Operationen von längerer Dauer an den Augen zu verrichten habe, z. B. bei einer *Exstirpatio bulbi*, lasse ich durch eine breite Binde oder ein langes zusammengelegtes Handtuch, welches um den Leib und die Stuhllehne geführt wird, den Körper des Kranken am Stuhle befestigen, weil bei solchen Operationen die Theilnahme der Assistenten anderweitig zu sehr in Anspruch genommen wird, als dass sie sich ausschliesslich mit der Haltung des Kranken beschäftigen könnten. Dasselbe Verfahren übe ich bei jungen Leuten im Knaben- und Jünglingsalter, lasse sie jedoch erst dann an die Stuhllehne anbinden, wenn in Folge der beginnenden Wirkung des Chloroforms ihr Bewusstsein bereits soweit getrübt ist, dass ihnen das, was mit ihnen vorgeht, nicht mehr zum klaren Bewusstsein kommt. Früher lasse ich junge Personen nicht gern an den Stuhl anbinden, weil dadurch leicht die Angst bei ihnen in dem Grade gesteigert wird, dass das ganze Unternehmen scheitert. Kleine Kinder lasse ich in ein Tuch gehüllt von einem Wärter oder Gehülfen auf dem Arme halten.

Zur Anwendung des Chloroforms muss man einen eigenen, mit dieser Kunsthülfe vertrauten Gehülfen anstellen, der auf eine handgrosse, längliche Compresse aus sechsfach zusammengelegter Leinewand das Chloroform aufträufelt und die befeuchtete Compresse dem Kranken in mässiger Entfernung vor Mund und Nase hält, wobei man diesem aufgiebt, tief zu inspiriren. Kinder und ängstliche Personen suche ich durch Erregung der Neugier zur Zulassung des Mittels zu bewegen, indem ich ihnen bald Eau de Cologne, bald Chloroform zu riechen gebe und damit fortfahre, bis der Patient anfängt, etwas betäubt zu werden. Erst dann lasse ich die Compresse dem Munde und der Nase näher bringen und endlich dieselbe quer über die Nase legen und zu beiden Seiten der letztern mit Zeigefinger und Daumen sanft gegen die Wangen andrücken, so dass der mittlere, mit Chloroform benetzte Theil der Compresse frei über Nase und Mund herabhängt, der Kranke jedoch neben den Chloroformdämpfen immer noch etwas atmosphärische Luft athmet. Sobald aber die Periode der Betäubung und Lähmung eintritt, lasse ich für kurze Zeit die Compresse von allen Seiten um den Mund sanft andrücken, so dass der Kranke einige Momente ausschliesslich Chloroformdämpfe athmet, was den schnellern Eintritt des *Stadii soporosi* befördert.

Die Wirkung des Chloroforms gleicht der Wirkung aller berauschenden Mittel; sie ruft zuerst eine Periode der Erregung, eine Berauschung des Patienten hervor, welche auf ihrer Höhe in den Zustand gänzlicher Bewusstlosigkeit und Lähmung, das *Stadium soporosum*, übergeht. Die Erscheinungen, welche die Periode der Erregung darbietet, sind eben so verschieden, als die Erscheinungen des Rausches überhaupt; sie modificiren sich nach der Eigenthümlichkeit des Individuums. Bald werden die Chloroformirten heiter und froh und singen und scherzen, bald werden sie heftig und tobend, in andern Fällen ernst und düster, in wieder andern weich und wehmüthig, auch wohl fromm und religiös und singen geistliche Lieder. Eben so verschieden ist auch die Dauer dieses Zeitraumes; bis jetzt hat es mir nicht gelingen wollen, ein Gesetz für die Dauer desselben aufzufinden; bald geht er schnell vorüber, bald verzögert er sich bis zu $\frac{1}{4}$ Stunde und selbst darüber, und dies variirt mannichfach, gleichviel ob die Patienten fett oder mager, blutreich oder blutarm, nervös oder apathisch sind, ob zu Congestionen nach dem Kopfe geneigt, oder nicht.

Niemals aber lasse man sich verleiten früher zu operiren, als bis das *Stadium soporosum* vollständig eingetreten, d. h. bis der Kranke vollkommen bewusstlos und gelähmt ist. Dieses ist eine sehr wichtige Regel, gegen die der Operatur niemals verstossen sollte und gegen welche dennoch so oft gefehlt wird. Es genügt keinesweges, dass eine vollständige Anästhesie der Hautnerven eingetreten sei, wie Viele glauben; nein, der Kranke muss im tiefen Sopor liegen. Ist dies nicht der Fall, so wird die Operation den Kranken erregen und reizen und diese Erregung im Verein mit derjenigen des Chloroforms wirkt nicht allein störend auf die Operation, sondern sie kann auch die gefährlichsten Folgen herbeiführen.

Es ist nicht so leicht zu erkennen, ob der Chloroformirte vollkommen soporös sei oder nicht. Der Uebergang in diesen Zustand bietet oft Erscheinungen dar, welche denen des wirklichen Sopors sehr ähnlich sind, und dennoch würde der Kranke leicht erwachen, wollte man mit der Operation beginnen. Unempfindlichkeit der Hautnerven, verlangsamtes Athmen, Erschlaffung der Muskel der Extremitäten, sind unsichere Zeichen. Nur das Auge allein bietet ein zuverlässiges, sicheres Symptom dar. Sind die Augenmuskel vollständig gelähmt, so dass man das geschlossene obere Augenlid wie einen Vorhang heben und fallen lassen kann, stehen die Augäpfel unempfindlich gegen Lichtreiz nach oben gerollt, ist die Pupille starr und unbeweglich, weder erweitert noch verengert, sind endlich die Augäpfel gegen eine leise Berührung mit der Fingerspitze ganz unempfindlich, dann ist der Sopor vollständig und der Zeitpunkt gekommen, der sich zur Operation eignet.

Bei dieser Gelegenheit muss ich eines zweiten Fehlers gedenken, der vielfältig von Aerzten begangen wird; er besteht darin, dass sie, wenn der Patient soporös ist, mit der fernern Anwendung des Chloroforms aufhören und dann erst dieselbe wiederholen, wenn der Kranke erwacht ist. Bei Operationen, welche mit einem flüchtigen Kunstakte beendigt sind, wie das Ausziehen eines Zahnes, eine Incision, Scarification oder Punction, darf man dies thun, denn da ist die Verwundung vorüber, bevor der Kranke erwacht. Bei allen Operationen

von längerer Dauer ist dies ein verwerfliches Verfahren. Bei diesen ist es durchaus nothwendig, dass man den Kranken so lange in der Narkose erhalte, bis die Operation vollständig beseitigt ist. Sehr wohl kann es vorkommen, dass die Hirnlähmung eine zu bedeutende, selbst eine lebensgefährliche, werden könnte; hier sind Puls und Respiration sichere Zeichen; verlangsamen beide zu sehr, so entferne man sofort die Chloroform-Compresse und lasse den Kranken eine reine Luft so lange athmen, bis Puls und Respiration wieder zur Norm zurückkehren, niemals aber lasse man den Kranken erwachen. Nothwendig ist es daher bei allen Operationen, welche unter Anwendung von Chloroform gemacht werden sollen, einen sachkundigen, zuverlässigen Gehülfen anzustellen, der nur auf die Beschaffenheit des Pulses und die Respiration zu achten hat. Denn bei wichtigen Operationen ist die Aufmerksamkeit des Arztes zu sehr durch diese in Anspruch genommen, als dass er sie theilen könnte.

Mit der angegebenen Vorsicht kann man ohne Nachtheil die Kranken sehr lange im Zustande vollständiger Narkose erhalten, wie mich zahlreiche Erfahrungen gelehrt haben. Nicht selten habe ich bei schwierigen chirurgischen Operationen, z. B. bei Resectionen der Knochen zur Entfernung eines Sequesters, die Kranken eine und selbst $1\frac{1}{2}$ Stunden im tiefen Sopor erhalten, ohne davon den mindesten Nachtheil beobachtet zu haben. Ganz anders aber ist die Wirkung, wenn der Kranke öfters erwacht und von neuem narkotisirt wird. Hier folgen sich Reizung und Lähmung in einem solchen Wechsel, dass allerdings die Folgen gefährlich, selbst tödtlich werden können.

Noch muss ich darauf aufmerksam machen, dass sich die Dosis des Chloroforms, welche man auf die Compresse zur Entwickelung der Dämpfe zu giessen hat, nach dem Alter und der Constitution des Kranken richten muss; während man für Erwachsene 20—30 Tropfen mit einem Male aufträufeln darf, genügen für ein Kind von 1—3 Jahren ein Paar Tropfen. Dieses Aufträufeln muss aber so oft wiederholt werden, als das Chloroform verdunstet ist.

Auch unterlasse man nicht, den Gehülfen, welcher die chloroformirte Compresse dem Kranken vorhält, darauf aufmerksam zu machen, dass er mit der befeuchteten Stelle nicht die Haut berühren darf, weil das Chloroform die Haut reizt und ein Erythem hervorruft, ja bei Berührungen von längerer Dauer förmlich eine Art von Verbrennung erzeugt; eine Reizung die übrigens gefahrlos ist und bereits nach einigen Tagen schwindet.

Sobald der Kranke einzuschlafen beginnt, bedarf es Seitens der Gehülfen einiger Aufmerksamkeit, um den rechten Augenblick nicht zu verfehlen, wo er durch ihren Beistand in seiner sitzenden Lage erhalten werden muss. Namentlich ist es Sache des hinter dem Kranken, an dessen Stuhllehne stehenden Gehülfen, den Kopf desselben zu halten, indem er die beiden Hände gegen die Stirn und Schläfe legt und ihn so gegen seine Brust andrückt, was leicht auszuführen ist, da Seitens des soporösen Kranken kein Widerstand Statt findet.

Ist der Patient vollständig soporös, dann schreitet man zur Verrichtung der Operation. Zu dem Ende wird auf bekannte Weise das obere Augenlid durch den Gehülfen, welcher den Kopf hält, eröffnet, was selbst bei tiefliegenden und eng gespaltenen Augen ohne Schwierigkeit mit den Fingern ausgeführt werden kann, da man keinem Widerstreben, keiner krampfhaften Schliessung der Augenlider, keiner Aeusserung empfindlicher Reizung begegnet. Schlaff wie ein Vorhang hängt das obere Augenlid herab und mit leichter Mühe wird es hinaufgerollt. Auch bedarf es keines Druckes, um es gegen das Stirnbein zu befestigen, es wird also durch diesen Kunstakt nicht gereizt und insultirt.

Aber auch die Muskeln des Augapfels selbst findet man gelähmt und erschlafft. Es hört daher jede willkürliche und unwillkürliche, folglich auch krampfhafte Bewegung der Augenmuskel vollständig auf, der Augapfel steht still und ist erschlafft. Wie im Schlafe, ist er nach oben gerollt, wird aber leicht in die mittlere Stellung der geöffneten Augenspalte gebracht, wenn man das untere Augenlid und mit ihm die Conjunctiva stark nach unten herabzieht, wobei der Augapfel sehr leicht dem Zuge folgt. War die Pupille vorher durch eine Einträufelung von Hyosciamus erweitert, so bleibt sie es; war dies nicht geschehen, so erscheint sie starr und unbeweglich und hält die Mitte zwischen Erweiterung und Verengerung inne.

Wenn auf der einen Seite der Mangel an Spannung der Augenlider, und ganz besonders des Augapfels, die Operation sehr erleichtert, und den Reiz, welchen die Augen sonst erleiden, sehr verringert, so ist auf der andern Seite nicht in Abrede zu stellen, dass die gänzliche Erschlaffung der Muskel des Augapfels auch wieder ihre Schwierigkeit für die Operation darbietet, welche vorzüglich darin besteht, dass der Augapfel leicht durch das operirende Instrument aus seiner Stellung verschoben wird. Hierauf hat man bei gewissen Augenoperationen wohl zu achten, und die nöthigen Massregeln zu nehmen, um dieses Ausweichen des Augapfels zu verhüten.

(Schluss folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der Poliklinik des Prof. Seitz zu München.

Vorträge über Scharlach.

(Schluss aus No. 4.)

Die von vielen Aerzten im Scharlach angenommene Blutintoxication, nach welcher Annahme sie ihn als acute Dyscrasie erklären, lässt sich also durch physikalische und chemische Merkmale am Blute noch nicht nachweisen. Uns dünkt diese problematische Annahme nicht nothwendig, um die Erscheinungen und den so oft rasch tödtlichen Verlauf der Krankheit zu deuten. Muss der Lebensprocess durch Störungen der so wichtigen Function der äussern Haut und der Schleimhäute, wie sie sich in den Erscheinungen unserer Krankheit darstellen, nicht in hohem Grade beeinträchtigt werden? Sollen nicht auch die Nerven von der Einwirkung des Contagiums afficirt werden können? Dass sie es werden, dafür spricht eine Reihe von uns angeführter Erscheinungen: Eingenommenheit des Kopfes, grosse Unruhe, Delirien, Sopor, Convulsionen, Erscheinungen, die auf ein tiefes Ergriffensein des Gehirnlebens deuten, und unter denen man im Scharlach das Leben oft rasch erlöschen sieht. Dass diese Affection keine Entzündung des Gehirns und seiner Umhüllungen ist, hat der verdiente Dr. Stieglitz in seinen pathologischen Untersuchungen (Bd. I. S. 229.), die mit seiner Schrift: Versuch einer Prüfung und Verbesserung der jetzt gewöhnlichen Behandlungsart des Scharlachfiebers, Hannover 1807, den Weg zur richtigen Auffassung und bessern Behandlung des Scharlachs in Deutschland anbahnten, schon nachgewiesen. Vergleichen Sie die Erscheinungen in den Fällen von *Encephalostasis infantum*, die in den letzten Monaten bei uns behandelt und besprochen wurden, so wird Ihnen der Unterschied zwischen beiden Affectionen klar werden. Bei keiner der von uns vorgenommenen Sectionen, auch nicht im 2. Falle, wo der Tod rasch auf der Höhe der Gehirnerscheinungen eingetreten war, fanden sich pathologisch-anatomische Veränderungen, wie wir sie nach Gehirnentzündung wahrnehmen. Die im 4. Fall vorhandene Erweichung des Gehirns und Ansammlung von Serum innerhalb der Schädelhöhle war nicht Produkt einer vorausgegangenen Entzündung im Gehirn, deren Erscheinungen im Leben auch nicht sich manifestirten, sondern der Hydrops, wie er im spätern Zeitraume des Scharlachs vorkommt. Die Ueberfüllung der venösen Gefässe der Hirnhäute, namentlich der *Pia mater* und der *Sinus venosi*, mit Blut nimmt man auch nach andern Krankheiten, so z. B. nach dem Typhus wahr. Mit der dem Typhus eigenthümlichen Gehirnaffection hat die im Scharlach vorkommende viele Aehnlichkeit. Nur wird bei dieser, obgleich die Betäubung nicht in so hohem Grade vorhanden, die Thätigkeit des Gehirns rascher unterdrückt, und schneller tödtlicher Ausgang beobachtet.

Die Gehirnaffection in beiden Krankheiten scheint eine Folge der auf das Gehirn verpflanzten Impression zu sein, die von der Reizung ausgeht, die die organischen Nerven von dem Contagium an seinen Einwirkungsstellen erleiden. Die dem Scharlach eigenthümliche enorme Pulsbeschleunigung und Wärmeerhöhung, deren bei jedem Fieber vorkommende mindere Grade Johannes Müller von einem Antheile des Rückenmarks an der Erkrankung ableitet, lassen diesen in erhöhtem Maasse im Scharlach annehmen. Man beobachtet Fälle, in welchen der Tod plötzlich nach vorausgegangenen Convulsionen wie durch Lähmung dieses Centralorgans erfolgt.

Im Verlaufe des Scharlachs treten auch früher oder später vielfach Affectionen einzelner Nervenpartien auf, so die früher erwähnten Schmerzen an den Gelenken und Extremitäten, Kopfschmerz nach dem Verschwinden des Exanthems u. s. w.

Der im Scharlach so häufig vorkommende *Hydrops Anasarca* kann nicht allein aus der während der Blüthe des Exanthems vorhandenen Hyperämie im Hautorgane, wie wir früher schon bemerkt haben, erklärt werden. Die Haut ist nach dem Verschwinden des Exanthems trocken, welk, die sie innervirenden peripherischen Nerven scheinen durch die Einwirkung des Contagiums in einen Zustand von Torpor (Halblähmung) versetzt zu werden, der Mangel an Tonus in den Gefässen, und so den *Hydrops Anasarca* verursachen kann. Man wollte den Hydrops nach Scharlach von *Morbus Brightii* ableiten.

Indessen kömmt er, wie wir uns bei einigen unserer Fälle selbst überzeugt haben, vor, ohne dass die Untersuchung Eiweiss im Urin nachweist. Die Albuminurie im Verlauf von Scharlach, die Sie in einem Falle auch beobachten konnten, wird in ihrer Entstehung durch mehrere Momente bedingt. Sie setzt Hyperämie der Nieren als ein-

leitendes Stadium voraus. Wir konnten sie bei zwei unserer Sectionen beobachten. Wie sie im Scharlach und im Typhus, wo auch Albuminurie vorkömmt, entsteht, ist ohne die Annahme örtlicher Anomalien in der Function der vasomotorischen Nierennerven nicht erklärlich. Als zweites ihre Entstehung bedingendes Moment erscheint die spanämische Blutkrase, deren Vorhandensein im späteren Verlaufe des Scharlachs wir schon besprochen haben.

Die bei manchen Epidemien häufig, von uns aber nur in einem Falle beobachtete Ozaena, wie die Otorrhöe und Conjunctivitis entsprechen der Affection anderer Schleimhäute und stellen nur eine Weiterverbreitung der Localisation der Krankheit dar. Die Anschwellung der Submaxillardrüsen und der Parotis wie der Mesenterialdrüsen, die wir bei den Sectionen wahrgenommen haben, können Sie sich nach dem Ihnen aus der allgemeinen Pathologie bekannten Satze, dass bei allen Krankheitsprocessen angränzende, naheliegende oder in besonderer vitaler Beziehung zu den anfänglich befallenen stehende Organe mit in den Kreis der Erkrankung gezogen werden, aus der besprochenen Schleimhautaffection im Halse und Darmkanal erklären.

Alle die beschriebenen Erscheinungen zeigten nun bei den einzelnen Erkrankten einen sehr verschiedenen Intensitätsgrad, je nach dem Alter und der Constitution derselben und zufällig einwirkenden äussern Einflüssen. Säuglinge sahen wir viel schwerer erkranken, ebenso Kinder, die schon viel krank gewesen, mit schmalem Thorax, schwacher Musculatur, blasser Gesichtsfarbe. Bei Diätfehlern zur Zeit des Ausbruchs der Krankheit, bei zu warmem Verhalten der Kranken oder unvorsichtigem Aussetzen derselben der Einwirkung rauher, nasser Witterung konnten Sie schlimmern Verlauf wahrnehmen.

Im Ganzen war die Krankheit in diesem Jahre hier weniger bösartig, die durch sie verursachte Sterblichkeit mässig, wie wir denn auch von den in unsere Behandlung gekommenen 54 Kranken nur 4 durch den Tod verloren, ein günstiges Verhältniss, da bei manchen Epidemien das Sterblichkeitsverhältniss schon 15 und 17 Procent betrug. Nur selten erreichte in diesem Jahre die gewöhnlich vorhandene Angina hohe Intensität, ebenso kam nur in wenig Fällen Ozaena und Hydrops, Gangränöswerden der äussern Haut nie zur Beobachtung. Die Epidemien des Scharlachs lassen wie die andern Krankheiten an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten verschiedene Bösartigkeit wahrnehmen. Die Ursachen dieser Erscheinung sind noch nicht genugsam erforscht. Nach **Fuchs** pflegen bösartige Formen des Scharlachs vorzüglich an Orten, die miasmatische Heerde haben, und zu Zeiten, in welchen Wechselfieber, Typhus, *Angina maligna*, Croup, Hospitalbrand an der Tagesordnung sind, zu herrschen.

Der hohen Lage Münchens verdanken wir wohl, dass der Scharlach überhaupt hier weniger bösartig auftritt, als an andern tiefer in Flussthälern oder Sumpfgegend gelegenen Orten. Anderntheils kamen in diesem Jahre nur wenige acute Erkrankungen und von geringer Intensität vor, meist nur durch Witterungseinflüsse und verkehrte Diät bedingte Katarrhe der Respirations- und Digestionsorgane, wie wir früher schon bemerkt.

Die Prognose ist im Scharlach immer mit Rücksicht auf den Charakter der jedesmaligen Epidemie und überhaupt mit grosser Vorsicht zu stellen. Auch bei gutartigen Epidemien und milden Erscheinungen des vorliegenden Falles wird der Arzt oft von tödtlichem Ausgang überrascht. Zögernde Entwickelung des Exanthems, schnelles Verschwinden und livide Färbung desselben sind von schlimmer, grosse Frequenz des Pulses und Hitze, die der Krankheit eigenthümlich, sind nicht von der ungünstigen Bedeutung, wie in andern Krankheiten. Bedenklich sind Gehirn- und Rückenmarkszufälle, mit Ausnahme der Delirien, die zur Zeit der Entwickelung des Exanthems fast nie fehlen, ebenso die Erscheinungen von Entzündung innerer Organe, wie der Lungen, Weiterverbreitung und hoher Intensität der Affection der Schleimhäute. Angina, die fast überall vorhanden, ist bei mässiger Intensität nicht ungünstig, wird es aber bei hoher, und wenn sie gangränösen Charakter annimmt. Ebenso gefährlich sind Ozaena, Parotiden, Hydrops in der Form von Ascites, Hydrothorax und Hydrocephalus, während er aufs Unterhautzellgewebe beschränkt, meist günstigen Ausgang zulässt.

Was nun die Behandlung des Scharlachs betrifft, so konnten Sie sich selbst am Krankenbette von ihren Mängeln und Schwierigkeiten überzeugen. Nach der Natur der Krankheit, so weit wir sie bis jetzt erkennen und den in der Therapie wie in der Pathologie zur Geltung gekommenen Standpunkt der rationellen Empirie ist die ärztliche Einwirkung eine beschränkte.

Wie andere durch ein specifisches Contagium bedingte Krankheiten macht sie einen bestimmten Verlauf, einen Cyclus von Störungen der normalen Körperverrichtungen durch, den wir nicht aufhalten, auf den wir nur wenig modificirend einwirken können. Wie alle Versuche, das Scharlachcontagium zu neutralisiren, bis jetzt misslungen sind, so fehlen uns auch sichere Mittel, seinen Wirkungen, die sich mit verbreiteten Störungen und Veränderungen in wichtigen Organen äussern, mit Erfolg entgegenzutreten.

Die *Indicatio prophylactica* erheischt die strenge Absonderung noch gesunder Kinder von erkrankten. Die als Prophylactica sonst noch versuchte Vaccine, wie die zuerst von **Hahnemann** empfohlene Darreichung der Belladonna in kleinen Dosen, haben sich nicht bewährt. Auch der Anwendung der Brechmittel haben einige Aerzte schützende Kraft gegen den Ausbruch der Krankheit auch nach Aufnahme des Contagiums zuschreiben wollen, andere rühmen ihnen nach, dass sie im Beginn der Krankheit gereicht, ihren Verlauf mildern und abkürzen können.

Wir haben die Ipecacuanha in Pulverform und den *Tartarus stibiatus* in Solution in den ersten Tagen in einigen Fällen angewendet, wo bei beträchtlicher Halsaffection und Schlingbeschwerden die Zunge in ihrer hintern Partie und der Schlund mit einem dicken, weisslichen Belege, ähnlich einer Croupmembran, überzogen war, und zwar mit günstigem Erfolge, indem nach mehrmaligem Erbrechen der Beleg schwand und die Halsbeschwerden sich minderten. Doch sahen wir darnach die Krankheit nicht schneller oder leichter verlaufen als in andern Fällen, wo die Anwendung des Brechmittels unterblieben war. So wenig wie die Brechmittel leisten andere, die man als Specifica, so die Diaphoretica, das kohlensaure Ammonium, das Chlor, Purganzen, Mineralsäuren u. s. w. zur Radicalkur des Scharlachs gerühmt hat. Diese ist überhaupt unmöglich, so lange uns die ihm zu Grunde liegende Ursache nicht näher bekannt ist.

Wir wissen nicht, in welcher Weise das hypothetische Scharlachcontagium die Störungen des Lebensprocesses, die uns in den Erscheinungen der Krankheit entgegentreten, setzt, wir sind daher darauf beschränkt, allein auf die Effecte desselben, die in die Erscheinung tretenden Zufälle unsere Wirksamkeit zu richten. Unsere Behandlung ist daher eine vorzugsweise exspectative und symptomatische. Den ersten und wichtigsten Theil derselben macht die Regelung des diätetischen Verhaltens der Kranken aus.

Bis gegen den Anfang dieses Jahrhunderts galt der Hautausschlag im Scharlachfieber als kritisch. Die Aerzte waren bemüht, ihn bald auf der Haut hervorzutreiben und dort in üppiger Blüthe zu erhalten. Sie suchten dies meist durch schweisstreibende Mittel: Fliederthee, *Spirit. Mindereri*, Campher und Opium, zu erreichen. Die Anhänger des Brownianismus hielten an dieser Behandlungsweise bis in die letzte Zeit fest. Indessen ward durch die Schriften der Engländer **Currie** und **Armstrong**, der Deutschen **Hufeland**, **Stieglitz** und **Most** einer richtigern Ansicht und Behandlung des Ausschlags Eingang verschafft. Der letztgenannte ist geneigt, in seinem im Jahre 1826 in Leipzig in 2 Bänden erschienenen Versuch einer kritischen Bearbeitung der Geschichte des Scharlachfiebers die Bösartigkeit, die dasselbe besonders im vorigen und zu Anfang dieses Jahrhunderts gezeigt, zum guten Theil auf Rechnung der erhitzenden Behandlung zu bringen. Statt dass man sonst die schon vorhandene extreme Hauttemperatur durch innere und äussere Mittel zu steigern suchte, ist man nun, wie auch bei andern Exanthemen, für die Erhaltung einer gleichen, mässigen Temperatur bedacht. Die Temperatur des Zimmers halte man zwischen 10 und 14°, dabei den Kranken den ganzen Verlauf der Krankheit im Bette nur leicht zugedeckt. Erkältung, Zugluft müssen vermieden, doch für reine Luft im Zimmer soll Sorge getragen werden. Den Durst lasse man den Kranken durch erfrischende Getränke: Wasser, Limonade, Wasser mit Fruchtsäften stillen. Zur Nahrung erhalte er nur Suppen: Fleischbrühe, Schleim-Milchsuppe und etwas gekochtes Obst.

Auf die Anordnung dieses diätetischen Verhaltens konnte sich unsere Behandlung in mehreren leichten Fällen beschränken. Bei dem erethischen einfachen Charakter, den das Fieber diesmal zeigte, konnte man, wenn nicht die Erscheinungen intensiverer Localaffectionen Einschreiten heischten, ruhig seinem Verlaufe zusehen. Blutentziehungen, von denen viele tüchtige Aerzte bei früheren Epidemien an anderen Orten und auch hier reichlichen Gebrauch machten, sind diesmal hier nur selten in Anwendung gekommen. Wie ich Ihnen mehrmals im Laufe des Semesters bei Erörterungen über die herrschenden Krankheiten bemerkte, ist seit mehreren Jahren eine auffallende Veränderung in dem Charakter derselben hier ersichtlich. Entzündungen treten seltener und mit viel weniger Intensität auf, als in früheren Jahren. Blutentziehungen werden viel seltener und sparsamer vorgenommen. Die Veränderung des *Genius epidemicus*, von dessen Berücksichtigung zum grossen Theil der Erfolg der Behandlung abhängt, hatte sich denn auch in unserer Krankheit ausgeprägt. Wir haben darum auch nur in ein paar Fällen wegen grösserer Steigerung der anginösen Zufälle einige Blutegel nach dem Alter der Kranken an den Hals setzen lassen. Waren Husten und die anderen Erscheinungen der Affection der Bronchien und der Lungen vorhanden, so verordneten wir *Nitrum* oder *Tart. stibiatus*, und später den Salmiak in entsprechenden Dosen in

einem *Decoct. Altheae.* Stuhlverhaltung suchten wir durch Clysmen, das *Elect. lenit.*, ein *Inf. Senn.* zu beseitigen.

Wo die früher beschriebenen Erscheinungen der Localaffection der Darmschleimhaut in höherem Grade ausgeprägt waren, in welchem Falle auch die Symptome der mehrbesprochenen Gehirnaffection gewöhnlich vorhanden waren, liessen wir das Calomel nach dem Alter der Kranken zu $\frac{1}{4}$, 1 und 2 Gran alle 2 Stunden nehmen. Viele Aerzte, worunter wir nur Armstrong, Gregory, Reil, Kreysig, Wendt, Jahn, Stieglitz und Weissenberg nennen wollen, wendeten das Calomel für sich oder in Verbindung mit *Tart. depur.*, *Jalap.* und anderen Purganzen im Scharlach an, und rühmten seine Wirkung. Uns bewegen zu seinem Gebrauche die Erfahrungen, die wir bei analogen Erscheinungen im Typhus von seiner Darreichung gewonnen haben. Wie öfter in dieser Krankheit, sahen wir auch jüngst in mehreren Scharlachfällen mit dem Eintreten reichlicher Stühle von der bekannten grünen Färbung die Eingenommenheit des Kopfes, den Sopor abnehmen und das Fieber darnach leichter verlaufen. In schweren Fällen, wo nach längerer Dauer heftigen Fiebers die Erscheinungen grosser Schwäche der Nerven und der Anämie eintraten, reichten wir Säuren unter dem Getränke: das *Elix. acid. Halleri* mit *Syr. rub. idaei* und das Chinin.

Die früher oder später im Verlaufe des Scharlachs eintretenden Complicationen erheischen besondere Berücksichtigung und verschiedenes therapeutisches Einschreiten. *Hydrops Anasarca* sahen Sie nach der Darreichung von ausleerenden Mitteln, des Calomels mit Jalappa, rasch schwinden. Bei dem kleinen Mädchen mit Ascites und Albuminurie, dem es fast unmöglich war, innerliche Mittel beizubringen, nahm auf den Gebrauch von Einreibungen von *Tinct. Cantharid.* mit *Oleum Junip.* das Oedem des Zellgewebes mit den Erscheinungen des Ascites ab; gleichzeitig wurde der Harn heller und verlor seinen Eiweissgehalt. Cataplasmen von *Spec. emoll.* zeigten sich von vortheilhafter Einwirkung auf die Abnahme der Geschwulst der Submaxillardrüsen und der Parotis. In den zwei Fällen, in denen es zur Suppuration kam, wurden die Abscesse zeitig mit dem Messer geöffnet. Bei Otorrhöe wendeten wir mit gutem Erfolge Cataplasmen und Einspritzungen von lauwarmem Wasser an.

Noch haben wir zweier Methoden zu erwähnen, die besonders in der letzten Zeit viele Lobredner unter den Aerzten gefunden haben: die Behandlung mit kaltem Wasser und mit Speckeinreibungen. Wir haben beide bei unseren Kranken versucht. Erstere empfiehlt kaltes Wasser zum Getränk und zieht kalte Waschungen, Umschläge und Begiessungen in Gebrauch. Frisches, kaltes Wasser halten wir für das zweckmässigste Getränk für die Fieberkranken überhaupt, und so auch für das Scharlachfieber, und haben es auch allen unseren Kranken nehmen lassen.

Wie bei anderen Anginen, fanden wir auch bei der *Angina scarlatinosa* im Beginne frisches Wasser zum Gurgeln vortheilhaft. Ebenso überzeugten wir uns in den 15 Fällen, die wir in der diesjährigen Epidemie mit kalten Waschungen, von denen wir in früheren Jahren schon Gebrauch machten, behandelten, dass sie dem Kranken wohlthuend, indem sie die Brennhitze der Haut mindern, und ohne allen nachtheiligen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit sind. Von kalten Umschlägen um den Hals konnten wir keine Einwirkung auf die anginösen Zufälle wahrnehmen; sie zeigten in Fällen, wo wir sie anwendeten, dieselbe Dauer und Heftigkeit, wie in Fällen, wo wir sie unterliessen.

Von kalten Begiessungen, die in die Behandlung des Scharlachs vorzüglich von dem englischen Arzt Currie eingeführt worden sind, haben wir in der diesjährigen Epidemie keinen Gebrauch gemacht. Bei dem milden Verlaufe, den die Krankheit meistentheils nahm, ergab sich die Anzeige zu diesem heroischen Mittel, das einen heftigen Eindruck auf das peripherische Nervensystem und secundär auf die Nervencentra übt, seltener. In einigen vorgekommenen schweren Fällen mit Sopor, mangelnder Entwickelung des Exanthems auf der Haut hielten uns die gleichzeitig vorhandenen Erscheinungen intensiverer Localaffection innerer Organe, besonders der der Respiration, von ihrer Anwendung ab.

Ausgedehnte Versuche machten wir mit den Speckeinreibungen, wie unser Krankenjournal ausweist, in 34 Fällen. Wir hielten uns dabei genau an die vom Med. Rath Dr. Schneemann zu Hannover in seiner im Jahre 1848 erschienenen Schrift: „Die sichere Heilung der Scharlachkrankheit durch eine neue völlig gefahrlose Heilmethode" angegebene Anwendungsweise. Wir liessen täglich Morgens und Abends vom ersten Tage der Erkrankung an, die Kranken über den ganzen Körper mit einem Stück Speck, dessen innere Seite vorher etwas erwärmt worden war, einreiben. Dabei empfiehlt Schneemann die Kranken in einer mehr kühlen Zimmertemperatur nicht zu warm im Bett zuzudecken, durch fleissiges, mehrmals des Tages stattfindendes, Oeffnen der Fenster des Krankenzimmers, die Atmosphäre rein erhalten und eine strengere Diät (Wassersuppe, gekochtes Obst mit etwas Weissbrod) beobachten zu lassen, diätetische Massregeln, die wir auch einhielten. Er rühmt als Vortheile dieses Verfahrens, dass dadurch von dem Hautorgane jeder weitere krankmachende Einfluss entfernt gehalten werde, so dass gar keine Abschuppung mit ihren gefürchteten Begleitern erfolge, und die Hautverrichtung äussere, anstatt gestört zu werden und andere Systeme des Körpers zu belasten, durch ihre Fortdauer eine so wohlthätige Rückwirkung auf die durch die Invasion erkrankten Organe, namentlich des Halses, dass jederzeit in kürzester Frist der Normalzustand wieder hergestellt zu werden pflege. Jeder Scharlachkranke könnte bei ihm, mit Ablauf von höchstens 10 Tagen, ohne Nachtheil an die freie Luft gehen. Es werde durch diese Behandlungsweise mit dem Ablauf des 3. oder 4. Tages, mit dem Verschwinden des Ausschlags von der Haut, jede Ansteckung sistirt. Dr. Mauthner in Wien, hat darauf im Journal für Kinderkrankheiten im Juli- und August-Heft des Jahres 1848, diese Methode gleichfalls empfohlen. Nach seiner Erfahrung geht bei ihr die Abschuppung leichter von Statten, Hydrops erscheint nicht, wenn man auch die Kinder schon in der dritten Woche in die Luft lässt, auch schien ihm die Weiterverbreitung des Contagiums im Spitale und in Familien dadurch beschränkt zu werden.

Zuletzt hat Ebert seine Erfahrungen über die Speckeinreibungen, in den Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin, erster Jahrgang 1850, 1. Quartalheft S. 147, veröffentlicht. Er wendete jedoch daneben auch angezeigte innere Mittel an, da er beobachtete, dass innere Complicationskrankheiten, wie er sich ausdrückt, ungeachtet derselben fortschritten. In keinem der von ihm so behandelten 13 Fälle trat Wassersucht ein, Abschilferung der Haut nur in 3 Fällen; zwei davon waren aber weniger energisch, nur einmal des Tags mit Speckeinreibung behandelt worden. Mit Ausnahme eines der letztern Fälle, wurde in keinem die Weiterverbreitung der Krankheit beobachtet. Er glaubt, dass diese Methode den Krankheitsverlauf mildere, das Stadium der Abschuppung, und mit diesem die dieselbe häufig begleitenden Nachkrankheiten gewöhnlich verhüte und das Vermögen, die Krankheit auf andere überzutragen gewöhnlich vernichte. (S. deutsche Klinik 1850, No. 14 und 16.)

Als Ergebniss unserer Erfahrung über die Speckeinreibungen stellt sich nun heraus;

1) Dieselben stören den Verlauf des Exanthems durchaus nicht. Wir konnten von ihnen keine besondere Einwirkung auf dasselbe wahrnehmen. Die feuchte Beschaffenheit, die die Haut dadurch bekömmt, verliert sich bei ihrer erhöhten Temperatur bald hernach wieder. Auf die inneren Localaffectionen äussern sie keine Wirkung, wir sehen sie in Fällen, die mit Speckeinreibungen behandelt wurden, gerade so lange dauern und in ähnlicher Weise verlaufen, wie in solchen, wo wir kalte Waschungen in Gebrauch zogen, oder uns jeder Einwirkung auf die äussere Haut enthielten. Wir wendeten auch nur in ganz leichten Fällen die Speckeinreibungen allein mit Beobachtung strenger Diät an, in allen schwereren die früher angegebenen Heilmittel nebenher. Liessen wir in solchen leichten Fällen die Kranken auch nach der zweiten Woche das Bett verlassen, so konnten wir nach unserer Erfahrung von den üblen Folgen der Einwirkung schlechter, feuchtkalter Witterung, bald nach dem Ueberstehen auch eines milden Scharlachfiebers uns doch nicht entschliessen, unseren Kranken zu erlauben, sich ungescheut einer solchen auszusetzen. Unter Ebert's 13 Kranken zeigten sich nach dem frühen Ausgehen bei 2 leichte Katarrhe, bei einem dritten ein Abscess in der Parotis.

2) Hydrops beobachteten wir in keinem der mit Speckeinreibungen behandelten Fälle. Wir glauben aber dieses Wegbleiben des Hydrops nicht als Resultat der Einreibungen betrachten zu können. Denn in den ohne diese Einreibungen behandelten Fällen, kam mit Ausnahme eines einzigen, bei einem 8jährigen Knaben, bei dem wir kalte Waschungen angewendet hatten, auch nicht Hydrops als Nachkrankheit vor. Die 2 andern früher aufgeführten Fälle von Hydrops betrafen Kinder, zu denen wir erst nach dem Ablauf des Exanthems wegen der hydropischen Erscheinungen gerufen wurden. Wir sind geneigt, dies Fehlen des Hydrops nach den Speckeinreibungen eher auf Rechnung des milden Charakters der diesjährigen Epidemie zu bringen. Mehrere hiesige Collegen theilten uns auch mit, dass sie ungeachtet der sorgfältig gemachten Speckeinreibungen bei einigen Kranken später Hydrops sahen.

3) Abschuppung trat bei den nach Schneeman's Methode behandelten Kranken in gleicher Weise ein, wie nach anderer Behandlung. Sie fehlte in mehreren Fällen bei jeder Behandlungsweise, in anderen Fällen war sie unvollkommen.

4) Eben so wenig konnten wir uns überzeugen, dass diese Methode die Weiterverbreitung des Contagiums verhindere und so neue Ansteckung verhüte. Sie werden sich erinnern, dass in mehreren Familien, wo wir den ersten vorkommenden Scharlachfall auf diese Weise behandelten, nachher alle Kinder von der Krankheit ergriffen wurden,

und zwar in einer solchen Aufeinanderfolge, dass eine gleichzeitige Aufnahme des Contagiums mit dem zuerst erkrankten nicht wohl angenommen werden konnte.

Beobachtungen aus der ärztlichen Praxis während des Zeitraums vom 1. April bis Ende September 1850.

Von

Otto Moll,

k. Kreiswundarzt und Knappschaftsarzt zu Nicolai in Oberschlesien.

(Schluss aus No. 4.)

3) Ein Knabe von 13 Jahren und starkem Körperbau wurde nach einer Erkältung plötzlich von den Zufällen einer höchst gefahrvollen Bräune befallen; lebhaftes Fieber, Halsschmerzen, sehr schmerzhafte Empfindung bei einem gelinden Drucke auf die Gegend des Kehlkopfs und der Luftröhre, Heiserkeit, welche an vollkommene Stimmlosigkeit grenzte, Husten mit dem eigenthümlichen Crouptone verbunden, ein erstickendes Gefühl, als würde dem Kranken die Luftröhre zusammengeschnürt, kurzer beschwerlicher Athem, so dass die grosse Angst und Athmungsbeschwerden sich schon durch die hervorgetriebenen Augen, den angstvollen Blick und das aufgetriebene geröthete Gesicht mit nach vorn gebeugtem Kopfe zu erkennen gaben, bildeten einen Complexus von Krankheitserscheinungen, welcher auf das Vorhandensein einer höchst acuten Bräune mit Bestimmtheit schliessen liess.

Es wurden ohne Verzug dem Kranken aus einer Armvene zwei Obertassen voll Blut entzogen, an den Kehlkopf 6 kräftige Blutegel gesetzt und nach deren Abfallen ein Brechmittel gereicht (gr. iij *Tart. stibiat.* mit ℥ij Wasser und ℥j *Oxymel scill.* alle Viertelstunden 1 Esslöffel voll). Der Kranke erbrach sich hierauf gegen zehnmal, wodurch viel zäher Schleim entleert wurde, es zeigte sich dabei ein reichlicher warmer Schweiss und bald darauf wurde der Husten lösender. Als ich den Knaben am folgenden Morgen wiedersah, waren alle Krankheitserscheinungen bis auf ein Gefühl von Mattigkeit und einige Blässe des Gesichts beseitigt, so dass ein fernerer Arzneigebrauch nicht mehr nothwendig war.

4) Ein Knabe von 9 Jahren, schwächlichem Körperbaue und siechem Aussehen, welcher seit langer Zeit mit Kopfgrind und Drüsenanschwellungen am Halse behaftet gewesen war und welcher wohl zuweilen an Husten gelitten hatte, bis dahin aber sonst nie bedeutend krank gewesen war, wurde plötzlich von den Erscheinungen einer sehr heftigen Pneumonie befallen. Nach der wiederholten Anwendung örtlicher Blutentziehungen und dem innerlichen Gebrauche entzündungswidriger Mittel verminderte sich nach Verlauf von 9 Tagen das entzündliche Fieber, es zeigte sich aber weder kritischer Auswurf noch Schweiss, noch ein entscheidender Bodensatz im Urine und die Athmungsbeschwerden nahmen auf eine wahrhaft qualvolle Weise täglich mehr zu; zuletzt bildete sich eine anhaltende Athemnoth aus, und der kleine Kranke konnte die letzten Tage seines Lebens nur sitzend und mit stark nach vorn gebeugtem Körper höchst mühsam Athem holen; zugleich zeigten sich die Bogen der Rippen auf der linken Seite des Brustkastens stark nach aussen gewölbt, von einander stehend, und die ganze linke Brust bedeutend hervorgetrieben. Nachdem dieser Zustand 4 Tage angehalten hatte, starb der Kranke. Bei der Section der Leiche zeigte sich die rechte Lunge mit einer Menge Tuberkeln von der Grösse einer Zuckererbse bis zu der einer kleinen Haselnuss versehen; die durchschnittenen Tuberkeln befanden sich im Stadium der Rohheit; die übrige Lungensubstanz war derber als gewöhnlich, sehr blutig, an ihrer ganzen Oberfläche geröthet; im rechten Pleurasacke befanden sich gegen 3 Unzen seröser Flüssigkeit. In dem linken Brustfellsacke befand sich eine so enorme Menge dicken gelben Eiters, dass derselbe sogleich beim Durchschneiden der Rippenknorpel reichlich hervorquoll und den ganzen linken Brustfellsack ausfüllte; von der Lungensubstanz selbst fanden sich nur nach rückwärts zu noch geringe Ueberreste, welche eine ganz zerreibliche, weiche, stinkende, mit Eiter gemischte Masse darstellten; ausser den grössern Verzweigungen der Bronchial-Aeste, welche vom Eiter umspült wurden, war die übrige Lungensubstanz verschwunden und gleichsam in Eiter zerflossen. Das Herz war blutreich, und im Herzbeutel, dessen innere Fläche geröthet erschien, waren gegen anderthalb Unzen seröser Flüssigkeit enthalten.

5) Eine Bauerfrau in einem benachbarten Dorfe hatte Fleisch gegessen von einer Kuh, welche am Milzbrande gestorben war; sich mit dem Blute von dieser Kuh im Gesichte verunreinigt zu haben, läugnete sie mit Bestimmtheit; 5 Tage nach dem Genusse dieses Fleisches zeigten sich bei ihr Digestionsstörungen, Fieber und eine beginnende *Pustula maligna* auf der Stirn über der Nasenwurzel. Vier Tage nach dem Erscheinen der *Pustula maligna* sah ich die Kranke zum ersten Male; sie fieberte lebhaft, die Zunge war stark belegt, Neigung zum Erbrechen, grosses Kopfweh, viel Durst, ein Gefühl von Frost abwechselnd mit grosser Hitze zugegen. Die ganze Stirn, ein Theil des Vorderkopfs, die Augenlider beider Augen, die Wangen, der Nasenrücken, waren stark rosenartig geschwollen. Auf der Glabella befand sich eine mit einer schwärzlichen Kruste in der Mitte bedeckte *Pustula maligna* von dem Umfange eines Viergroschenstücks, welche nach abwärts sich bis in die Nähe der oberen Augenlider erstreckte und diese mit in den Bereich der krankhaften Metamorphose zu ziehen drohte. Die Kranke, obwohl im fünften Monate schwanger, erhielt ein Brechmittel und nach diesem *Aqua oxymuriat.* zum innerlichen Gebrauche. Die *Pustula maligna* wurde bis auf ihre Basis durch einen Kreuzschnitt gespalten und dann mit dem *ferrum candens* nachdrücklich cauterisirt, wobei die umgebenden Partien durch ringförmig um die *Pustula maligna* angedrückte feuchte Lappen geschützt wurden. Es zeigte sich hierauf eine active Entzündung in den Umgebungen der schwarzen Blatter und nach Abstossung des Brandschorfes eine reine eiternde Fläche. Mit dem Beginn einer normalen Eiterabsonderung in der hinterbliebenen wunden Fläche verminderte sich gleichzeitig die rosenartige Anschwellung im Gesichte, es zeigten sich nach einigen Tagen gesunde Granulationen; unter der Anwendung einer milden Salbe erfolgte in kurzer Zeit die Vernarbung, ohne eine auffallende Entstellung zu hinterlassen. Bei dieser günstigen Umänderung in den örtlichen Krankheitserscheinungen hatte sich allmälig der fieberhafte Zustand verloren, nachdem die Kranke die *Aqua oxymur.* 6 Tage hindurch fortgebraucht hatte.

Nach mehreren Wochen sah ich die Genesene, sie befand sich ganz wohl, und weder die *Pustula maligna* noch das in Anwendung gebrachte Kurverfahren hatten auf den regelmässigen Verlauf der Schwangerschaft einen nachtheiligen Einfluss geäussert.

6) Franz Wollny, Knecht, 24 Jahre alt, von ziemlich kräftigem Körperbau, hatte bei einer Prügelei mit einem grossen Ziegelstücke einen Schlag an den Kopf bekommen, nach welchem er besinnungslos niederstürzte; nach einigen Minuten kam er wieder zu sich, bemerkte aber, dass er stark aus einer Wunde an der linken Seite des Kopfes blute, und auf dem linken Auge nicht sah, gleichzeitig hatte sich Taubheit des linken Ohres eingefunden. Drei Stunden nach geschehener Verletzung sah ich den Kranken; er hatte ziemlich viel Blut verloren, sah bleich und erschöpft aus, war bei vollkommenem Bewusstsein, behauptete aber auch jetzt noch mit grösster Bestimmtheit, dass er auf dem linken Auge nicht sehen könne (es komme ihm vor diesem Auge Alles finster vor), und dass er auf dem linken Ohr nicht höre. Diese Angaben wurden durch die erweiterte, starre, unbewegliche, gegen den Lichtreiz unempfindliche Pupille in Betreff des unterdrückten Sehvermögens vollkommen bestätigt. Nach dem Abrasiren der Kopfhaare und gehöriger Reinigung der verwundeten Stelle zeigte sich ungefähr in der Mitte des linken Seitenwandbeins eine kleine gequetschte Wunde mit geschwollenen sugillirten Umgebungen, in der Tiefe konnte man mit der Spitze des eingeführten Fingers ganz deutlich eine Schädelverletzung wahrnehmen. Es wurden die über der Knochenverletzung gelegenen Weichgebilde mittelst eines Kreuzschnittes vorsichtig getrennt, die dadurch gebildeten Lappen abgelöst, zurückgeschlagen und die Knochenhaut in der nächsten Umgebung der Schädelverletzung entfernt. Es zeigte sich nun: dass genau an der Stelle, wo sich die Wunde in der Kopfhaut befunden und die äussere Gewalt eingewirkt hatte, eine scharf begrenzte Depression der Schädelknochen von der Tiefe einiger Linien, beinahe zirkelrunder Gestalt und der Grösse eines Zweigroschenstücks, verursacht worden war; die niedergedrückte Knochenstelle bestand aus 4 kleinen dreieckigen Fragmenten, welche mit ihrer Spitze nach dem (am tiefsten eingedrückten) Centrum der Depression gerichtet waren; die Basis dieser Knochenstückchen zeigte sich überall abgebrochen, und es bildete sich auf diese Weise an der Peripherie der Depression eine kreisförmige Knochenspalte, welche die niedergedrückte von der unverletzten Knochenpartie scharf abgrenzte. Bei dem Bemühen, die niedergedrückten Knochenstückchen mit dem Myrthenblatte der Sonde vorsichtig zu eleviren, ergab es sich bald, dass dieselben nur aus der zersplitterten und in die Diploë eingedrückten äusseren Platte des Seitenwandbeins bestanden; die *Lamina vitrea* hatte dem Andringen der äusseren Knochenplatte ebenfalls nachgegeben und bildete eine gegen drittehalb Linien tiefe, die ganze Oeffnung in der äussern Platte der Hirnschale einnehmende Depression, wobei aber eine Splitterung in mehrere einzelne Stücke nicht wahrzunehmen war; das eingedrückte Stück der innern Tafel der Hirnschale zeigte nicht die geringste Beweglichkeit, und an seinen Grenzen, entsprechend der Oeffnung in der äusseren Tafel, zeigte sich nirgends eine Trennung der Continuität. Es mussten daher alle Ver-

suche scheitern, das niedergedrückte und auf diese Weise festsitzende Knochenstück der inneren Platte des Seitenwandbeins ohne Trepanation aufzuheben und zu entfernen. Ich wollte nun, fussend auf die in solchen Fällen fast übereinstimmende Ansicht der erfahrensten Aerzte, ohne Verzug zur Trepanation schreiten und bemühte mich nur vorläufig, die sehr starke Blutung aus der Diploë zu stillen, um mich dadurch nicht in der Verrichtung der Trepanation aufgehalten zu sehen. Während ich nun mit der Stillung der Blutung (durch kaltes Wasser, Tamponade mit Charpiepfropfen etc.) beschäftigt war, bat der Kranke dringend: ihn mit ferneren operativen Eingriffen zu verschonen und versicherte mich, dass ihm plötzlich das Sehvermögen des linken Auges und das Gehör im linken Ohre zurückgekehrt seien; dieser Umstand bestimmte mich, wenigstens vorläufig von der Trepanation abzustehen, ein dem gegenwärtigen Zustande angemessenes Kurverfahren einzuschlagen und den ferneren Verlauf hinsichtlich näherer Anzeigen zur Trepanation abzuwarten; ich glaubte dies mit gutem Gewissen um so eher thun zu können, als der Kranke wirklich in Folge des starken Blutverlustes sehr erschöpft war und sich in einem der Ohnmacht ähnlichen Zustande befand. Die Kopfverletzung wurde ganz einfach verbunden, kalte Umschläge über den Kopf und ein zweckentsprechendes diätetisches Verfahren angeordnet.

Im Verlaufe der nächsten Tage entwickelte sich zwar ein bedeutendes Entzündungsfieber mit heftigem Kopfweh und sehr starkem Blutandrange nach dem Kopfe, sowie eine rosenartige Anschwellung der ganzen Kopfhaut, welchem Zustande innerlich durch einige Gaben Calomel abwechselnd mit einer Auflösung von Glaubersalz und durch eine strenge Diät, örtlich durch Blutegel hinter die Ohren, Einreibungen der grauen Salbe in die geschwollene und entzündete Kopfhaut, und durch die unausgesetzte Anwendung der kalten Umschläge mit Erfolg begegnet wurde; sonst zeigten sich während der ganzen Zeit der ärztlichen Behandlung des Wollny nicht die geringsten Symptome, welche man als eine dringende Anzeige zur Trepanation hätte betrachten können, weder an der verletzten, noch an einer entfernten Stelle des Kopfes. Einige Tage nach der Verletzung zeigte sich beim Verbande in der Knochenwunde gesunder Eiter; es wurde nun die Wunde täglich zweimal mit lauem Wasser gereinigt und lose mit Charpie ausgefüllt, welche mit einer Mischung von *Mel rosat.* mit *Liquor Myrrhae* benetzt wurde. Um mich kurz zu fassen, führe ich nur an: dass bei diesem Verfahren die Knochenheilung ganz ungestört einen günstigen Verlauf nahm; zwischen der dritten und vierten Woche wurde zuerst der allmälig nekrotisch gewordene Knochenrand der runden Oeffnung in der äusseren Platte der Hirnschale in der Breite einiger Linien und etwas später das Stück der niedergedrückten innern Platte abgestossen, unter welcher sich die mit gesunden Fleischwärzchen bedeckte harte Hirnhaut befand; die Oeffnung in der Hirnschale füllte sich nun rasch mit Granulation, der Vernarbungsprocess von den Rändern der Hautwunde ausgehend, schritt ebenfalls gleichmässig vor und die Heilung der beschriebenen Kopfverletzung war, unter der späteren Anwendung einer Auflösung des Höllensteins mit *Tinct. Opii*, zwischen der siebenten und achten Woche der ärztlichen Behandlung an allen Punkten erfolgt, ohne dass die geringste Störung im Allgemeinbefinden des Wollny zurückgeblieben wäre. — Mir scheint dieser Fall in Bezug auf die Lehre von den Anzeigen zur Trepanation nicht uninteressant, jedenfalls ist es zweifelhaft, ob der Ausgang ein so günstiger gewesen wäre, wenn bei diesem Kranken, den bestehenden Vorschriften der Schule gemäss, die Trepanation angewendet worden wäre.

7) Ein Bursche von 19 Jahren wurde eines Diebstahls beschuldigt; aus Furcht vor Strafe wollte er seinem Leben ein Ende machen und brachte sich mit einem scharfen spitzigen Messer vorn am Halse zwei Wunden bei; eine halbe Stunde später wurde er aufgefunden; da die Wunden am Halse heftig bluteten, nähte man sie eiligst mit Zwirn und einer gewöhnlichen Nadel zu, der Verletzte wurde auf einen Wagen geladen und in meine — eine halbe Meile von dem Orte der That entfernte — Wohnung gefahren. Der Verletzte kam in Folge der starken Blutung, die erst kurz vor Antritt seines Transports in die Stadt, durch das von einem Laien verrichtete Zunähen der Wunden gestillt worden war, und welche ohne Zweifel durch die Trennung einiger Aestchen der *Arteriae thyreoideae superiores* entstanden war, fast scheintodt hier an. Nach der Anwendung analeptischer Arzneien, Reiben des ganzen Körpers mit Bürsten, kräftigem Bespritzen des Gesichts mit kaltem Wasser etc. kehrten nach Verlauf einer guten Viertelstunde die natürliche Wärme, der Pulsschlag und sein Bewusstsein zurück. Nach Beseitigung der provisorischen Naht und genauer Untersuchung der Verletzung zeigte sich fast in der Mittellinie des Halses, unterhalb des Ringknorpels, in gleicher Richtung mit der Längenaxe des Körpers, eine Schnittwunde mit glatten Rändern; diese Wunde war gegen einen Zoll lang, drang durch die allgemeinen Hautdecken, die darunter befindlichen Muskeln, den mittleren Theil der Schilddrüse und in der Tiefe durch die oberen, unter der *Cartilago cricoidea* befindlichen Knorpel der Luftröhre; da sich diese Wunde nach der Tiefe zu trichterförmig verkleinerte, so betrug die senkrechte Trennung in der vorderen Luftröhrenwand kaum mehr als drei Linien; beim Athemholen zeigte sich das bei durchdringenden Wunden der Luftröhre vorkommende eigenthümliche zischende Geräusch und Ausströmen von Luft während der Exspiration; die Stimme des Verletzten war heiser, er hustete schaumiges Blut aus und die Knopfsonde drang bis in das Lumen der Luftröhre. In gleicher Richtung mit der beschriebenen befand sich linkerseits, drei Linien mehr nach aussen gelegen, eine zweite $\frac{1}{3}$ Zoll lange, ganz unbedeutende, oberflächliche Hautwunde. Obwohl Rust (Aufsätze und Abhandlungen aus dem Gebiete der Medicin etc. Bd. II. S. 123.) zur Vermeidung einer Infiltration von Eiter in die Luftröhre streng darauf hält: die Hautwunde nicht eher zu heilen, bis die Luftröhrenwunde geschlossen sei, so bestimmten mich doch in diesem Falle die geringe Ausdehnung der Trennung in der Luftröhre, die glatte Beschaffenheit der Wundränder, und besonders der Umstand: dass der Kranke viel Blut verloren hatte (mithin die Ausbildung einer heftigen Entzündung der Luftröhre und der angrenzenden Theile nicht zu befürchten war), bei der zuerst beschriebenen grösseren Wunde die schnelle Vereinigung der Luftröhrenwunde gleichzeitig mit der Heilung der Hautwunde zu versuchen. Es wurden also mittelst der Knopfnaht durch drei Hefte sowohl die Ränder der Hautwunde, als auch in der Tiefe zugleich die Lefzen der Luftröhrenwunde genau vereinigt, wobei das die Luftröhre bedeckende Zellgewebe, nicht aber die Substanz der Luftröhrenknorpel mit gefasst wurde; nach Anlegung der blutigen Hefte wurden äusserlich kalte Umschläge um den Hals, innerlich eine *Emulsio papaverina* mit *Natrum nitricum* und *Aqua laurocerasi* gereicht und eine sparsame milde Diät angeordnet. Die zweite kleine und oberflächliche Wunde wurde durch einen Heftpflasterstreifen vereinigt. Die schnelle Vereinigung beider Wunden gelang auf diese Weise binnen einigen Tagen vollkommen, ohne einen bleibenden Nachtheil zu hinterlassen. Dieser Fall bestätigt aufs Neue den bekannten Erfahrungssatz: dass Wunden der Luftröhre im Allgemeinen um so leichter heilen, je sicherer durch die bei der Verletzung stattfindende oder künstlich bewirkte Verminderung der Blutmasse die Ausbildung einer Luftröhrenentzündung verhütet wird.

Miscellen.

Nekrologe.

Fr. C. Nägele. — C. J. M. Langenbeck.

In der verflossenen Woche hat die medicinische Welt zwei Todesfälle gleich tief zu beklagen gehabt. Am 21. Januar verschied zu Heidelberg Franz Carl Nägele, in den Abendstunden des 24. zu Göttingen Conrad Johann Martin Langenbeck. Beide gleich ausgezeichnet in den speciellen Fächern, denen sie vorzugsweise ihre Thätigkeit widmeten, beide berühmte hochgefeierte Lehrer, wird ihr Tod nicht nur von Tausenden dankbarer Schüler, wie sie weit verbreitet in ganz Deutschland leben, beklagt werden, nein alle Fachgenossen des In- und Auslandes werden mit gleicher Theilnahme den Tod zweier Koryphäen unserer Wissenschaft beklagen. Mir sei es verstattet, den Lesern der „deutschen Klinik" mit kurzen Worten den Lebensgang der Verstorbenen in die Erinnerung zurückzurufen.

F. C. Nägele, grossherzogl. badischer Geh. Hofrath und ordentlicher Professor der Medicin zu Heidelberg, ward am 12. Juli 1778 zu Düsseldorf geboren, und, als Sohn des Directors der damals noch bestehenden medicinisch-chirurgischen Schule daselbst, schon früh der Medicin zugeführt; ja noch vor Antritt seiner eigentlichen Studienzeit fungirte er bereits unter Aufsicht seines Vaters als Prosector und Repetitor an der gedachten Lehranstalt. Seine wissenschaftlichen Studien betrieb er sodann in Strassburg, Freiburg, Bamberg, und erwarb am Ende derselben in letztgenanntem Orte im Jahre 1800 die medicinische Doctorwürde. Nachdem er dann auf einer wissenschaftlichen Reise noch weitere Ausbildung gesucht und gefunden hatte, liess er sich zunächst als praktischer Arzt in Barmen nieder, und wurde bald darauf mit dem Physikat der Aemter Barmen und Beyenburg betraut, auch zum Municipalrath und Mitvorsteher einer Armenanstalt, die vorzugsweise auf seinen Betrieb in's Leben gerufen war, ernannt. Seiner Neigung zum Lehrfach wusste er auch hier einen Wirkungskreis zu eröffnen, indem er es sich angelegen sein liess, angehenden Chirurgen und Heb-

ammen Unterricht zu ertheilen. Im Jahre 1807 erhielt er einen Ruf als ausserordentlicher Professor der Medicin an die Universität Heidelberg und folgte ihm mit grosser Freude, da er die akademische Laufbahn stets als Ziel seines Lebens vor Augen gehabt hatte. Während seiner Studien und der dann folgenden praktischen Wirksamkeit hatte ihn bereits keine Disciplin so angezogen, als die Geburtshülfe; auch in Heidelberg widmete er ihr den grössten Theil seiner Zeit, und so lag es nahe, dem jungen Docenten bei Erledigung der ordentlichen Professur der Geburtshülfe und des Directoriums der Entbindungsanstalt beide Aemter zu übertragen. Im Jahre 1810 trat Nägele dieselben an und hat sie in segensreichster Thätigkeit, mit unermüdlichem Eifer, mit hingebender Liebe zu seinem Fach und seinen Schülern, in seltener Kraft und Geistesfrische bis zu dem Erkranken, das nach wenigen Wochen mit seinem Tode endete, geführt. So sehr ihn in diesen 40 Jahren auch das doppelte Amt in Anspruch nahm, Nägele fand noch Zeit genug für wissenschaftliche Arbeiten, die seinen Ruf weit hinaustrugen über die Grenzen unseres Vaterlandes. Wir nennen von ihnen hier die folgenden:

Das weibliche Becken, betrachtet in Beziehung auf seine Stellung und die Richtung seiner Höhle, nebst Beiträgen zur Geschichte der Lehre von den Beckenachsen. Mit 3 Steindrucktafeln. gr. 4. Karlsruhe, 1825.

De Cephalaematomate seu sanguineo cranii tumore recens natorum. 8 maj. Heidelbergae.

Ueber der Frau la Chapelle *Pratique des accouchemens etc.* gr. 8. Heidelberg, 1823.

Ueber den Mechanismus der Geburt. Ebendas., 1822.

Erfahrungen und Abhandlungen aus dem Gebiete der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Nebst Grundzügen einer Methodenlehre der Geburtshülfe. Mit 4 Kupfern. gr. 8. Mannheim, 1812.

Schilderung des Kindbettfiebers, welches vom Juni 1811 bis April 1812 in der Entbindungsanstalt zu Heidelberg geherrscht hat. gr. 8. Heidelberg, 1812.

Das schräg verengte Becken nebst einem Anhange über die wichtigsten Fehler des weiblichen Beckens überhaupt. Mit 16 Tafeln. Roy. 4. Mainz, 1839.

Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen. Nebst dem Anhange: Katechismus der Hebammenkunst. Mit 1 Kupfer und Holzschnitten. (Erlebte 7 Auflagen in dem Zeitraum von 1830—1847.)

Puchelt, B. R., *Commentatio de tumoribus in pelvi, partum impedientibus, a gratioso medicorum ordine Heidelbergensi praemio ornata. Cum praefatione F. C. Naegele. Heidelb.*, 1840.

Wigand, die Geburt des Menschen in physiologischer, diätetischer und pathologisch-therapeutischer Beziehung, grösstentheils nach eigenen Beobachtungen und Versuchen dargestellt. Mit einer Vorrede von F. C. Nägele. Berlin, 1820.

Viele Abhandlungen von N. finden sich ferner in Journalen zerstreut, namentlich aber in den von ihm mit redigirten Heidelberger klinischen Annalen, die unter wechselndem Titel von 1825—1849 in Heidelberg erschienen.

Zu verschiedenen Malen wurde Nägele Gelegenheit gegeben, einem ehrenvollen Rufe an andere Universitäten zu folgen; er lehnte solche Anfragen stets ab, da er mit ganz besonderer Liebe an Heidelberg hing. So ist denn sein Leben und Wirken, sein Ruhm und sein Glanz auf das engste mit Heidelberg verwachsen, und es muss sein Tod, wie er sonst in der wissenschaftlichen Welt die grösste Theilnahme erregt, noch besonders dem Heidelberger Universitätsleben eine Lücke bereiten, die nachhaltig fühlbar sein wird, und das um so mehr, als Nägele eine so durch und durch liebenswürdige Persönlichkeit war. Wem es vergönnt wurde, in persönlichen Verkehr mit ihm zu treten, wird in dem berühmten Lehrer und Arzt gleichzeitig einen wahrhaft humanen, andere Verdienste hochschätzenden und gern anerkennenden, an allen Dingen theilnehmenden, wohlwollenden Mann, der seine Unterhaltung noch in den letzten Jahren so gern durch milden Humor würzte, gefunden haben.

Conrad Johann Martin Langenbeck, königl. hannoverscher Ober-Medicinalrath und ordentlicher Professor der Medicin zu Göttingen, wurde 1778 zu Horneburg im Königreich Hannover geboren, wo sein Vater Hauptpastor war. Von diesem und dessen jüngerem Bruder, dem Vater Bernhard Langenbeck's in Berlin, für die akademische Laufbahn vorbereitet, bezog er dann im Jahre 1794 die Universität Jena und erwarb daselbst 1798 die medicinische Doctorwürde. Nachdem er dann noch längere Zeit in Wien seine Studien fortgesetzt und ganz besonderen Eifer unter Beer's Leitung der Augenheilkunde gewidmet hatte, kehrte er in seine Heimath zurück und liess sich als praktischer Arzt in Horneburg nieder. Hier blieb sein grosses Talent für die operative Chirurgie, das fleissige Studium, das er fortdauernd der Anatomie widmete, nicht unbeachtet; eine königliche Unterstützung setzte ihn in Stand, 1799 eine neue Reise anzutreten, um auf ihr seine Studien nach den gedachten Richtungen hin noch weiter fortzusetzen. Er wandte sich zunächst nach Würzburg, wo damals Karl Caspar v. Siebold einen grossen Kreis von Schülern um sich versammelte, und dann zum zweiten Male nach Wien. Im Jahre 1802 kehrte er zurück und liess sich als Privatdocent in Göttingen nieder, wurde auch als Chirurg an dem damaligen akademischen Hospital neben Himly angestellt. Im folgenden Jahre begann er seine anatomischen Vorlesungen, und 1804 wurde er zum ausserordentlichen Professor ernannt. Nachdem er dann 1805, vorläufig nur interimistisch, das Directorium der chirurgischen Klinik übernommen hatte, wurde ihm dasselbe 1807 definitiv übertragen, und er eröffnete gleichzeitig ein eigenes klinisches Institut für Chirurgie und Augenheilkunde, da die Stellung von Himly und Langenbeck neben einander in demselben Hospital beiden lästig geworden war. Im Jahre 1814 wurde er zum ordentlichen Professor der Anatomie und Chirurgie, und gleichzeitig zum General-Chirurg der hannoverschen Armee ernannt. Mit letzterer ging er nach Belgien, und entwickelte daselbst während des Feldzuges eine höchst segensreiche Thätigkeit. Erst gegen Ende des Jahres 1815 kehrte er nach Göttingen zurück, um sich wieder mit ganzem Eifer seiner akademischen Laufbahn hinzugeben. Die Räumlichkeiten, die damals der Anatomie zu Gebote standen, waren sehr kümmerlich, ebenso stand es schlecht mit der Sammlung anatomischer Präparate. Beiden Uebelständen abzuhelfen, war Langenbeck's eifrigstes Bemühen; indess es ging mit Beseitigung des letzteren weit schneller, als mit Schaffung neuer Räume. Die Sammlung hatte bereits eine grosse Ausdehnung erlangt, als es Langenbeck's unermüdlichem Drängen endlich gelang, die Regierung zur Erbauung eines anatomischen Theaters zu bestimmen, in welchem Unternehmen er selbst das Gouvernement wesentlich unterstützte. Das neue *Theatrum anatomicum*, eine wahre Zierde der Georgia Augusta, ward 1829 eröffnet. Langenbeck's literarische Thätigkeit anlangend, so wandte er auch sie in gleicher Weise den beiden Fächern zu, die er als Lehrer vertrat, der Anatomie einerseits, der Chirurgie und Augenheilkunde andererseits. Es legen dafür folgende Schriften Zeugniss ab:

Anatomisches Handbuch, tabellarisch entworfen. 8. Göttingen, 1806.

Bibliothek der Chirurgie und Ophthalmologie. Herausgegeben von C. J. M. Langenbeck. 1806—1813. Göttingen.

Neue Bibliothek etc. 1815—1828. Hannover.

Tractatus anatomico-chirurgicus de nervis cerebri in dolore faciei consideratis. Adnexae sunt II tabb. aen. 4. Gott., 1805.

Chirurgische Abhandlung über eine einfache und sichere Methode des Steinschnitts. Mit Vorrede von J. B. v. Siebold. Mit 6 Kpfrn. gr. 4. Würzburg, 1802.

Prüfung der Keratonyxis, einer neuen Methode, den grauen Staar durch die Hornhaut zu reeliniren oder zu zerstückeln. Mit 2 Kupfertafeln. gr. 8. Göttingen, 1828.

Commentarius de structura peritonaei, testiculorum tunicis, eorumque ex abdomine in scrotum descensu ad illustrandum herniarum indolem. Cum 24 tabb. aen. in Fol. 8 maj. Gott., 1817.

Abhandlung von den Leisten- und Schenkelbrüchen, enthaltend die anatom. Beschreibung und die Behandlung derselben. Mit 8 Kpf. in Fol. gr. 8. Ebend., 1821.

Handbuch der Anatomie, mit Hinweisung auf die *Icones anatomicae*. 1.—3. Abth. gr. 8. Ebend., 1831—42.

1. Abth. Nervenlehre, mit Hinweisung auf die *Icones neurologicae*. 1831.
2. Abth. Gefässlehre, mit Hinweisung auf die *Icones angiologicae*. 1836.
3. Abth. Knochen-, Bänder- und Knorpellehre, mit Hinweisung auf die *Icones osteologicae* und *syndesmologicae*. 1842.
4. Abth. Lehre der Bewegungsorgane, mit Hinweisung auf die *Icones myologicae* und die mikroskopisch-anatomischen Abbildungen. 1847.

Icones anatomicae. 8 Fasc. gr. Imp.-Fol. Ebend., 1833—41.

Myologiae tabb. XXVIII et Iconum ad illustrandam arteriarum ligandarum investigationem tabb. III. 1833.

Neurologiae III Fasc. (Cum LXXII tabb. aen.) 1826, 30.

Angiologiae II Fasc. (Cum XXXV tabb. aen. et V tabb. lith.) 1827, 31.

Osteologiae et Syndesmologiae Tabulae XVII (u. 41 Blätter Text). 1839.

Splanchnologicae Tabulae XIII (u. 15 Blätter Text). 1841.

Nosologie und Therapie der chirurgischen Krankheiten, in Verbindung mit der Beschreibung der chirurg. Operationen; oder gesammte ausführliche Chirurgie für prakt. Aerzte u. Wundärzte. 1.—4. Bd. u. 5. Bd. 3 Abth. Mit 11 Kupfertaf. gr. 8. Ebend., 1822—44.

1. Bd. Entzündung im Allgemeinen und die verschiedenen Systeme. Mit 3 Kupfertafeln. 8. 1822.

2. Bd. Ausgänge der Entzündung und Eiterung, Geschwüre und Brand. Mit 3 Kupfertafeln. 1823.

3. Bd. Von den Wunden der weichen Theile im Allgemeinen und von den verschiedenen Formen derselben. Mit 6 Kupfertafeln. 1825.

4. Bd. Von den Wunden insbesondere. Mit 1 Kpfrtaf. 1830.

5. Bd. Von den Geschwülsten. 4 Abth. 1834, 39, 44, 50.

Novum theatrum anatomicum quod Gottingae est. Cum V tabb. aen. 8maj. Ebend., 1830.

Mikroskopisch-anatomische Abbildungen. Zur Erläuterung seines anatomischen Handbuches. 1. Lief. Taf. I—VII. Fol. (u. 8 Blätter Text). Ebend., 1847.

Langenbeck war fast ein halbes Jahrhundert hindurch eine der ersten Zierden der Georgia Augusta. Wie Nägele Heidelberg, so blieb er treu dem Göttingen, in dem er den ersten Grund zu seinem Ruhm gelegt hatte, er blieb es, obgleich es auch ihm an Rufen nach auswärts nicht fehlte. Göttingen schuldet ihm viel, denn abgesehen von der grossen Zahl Studirender, die sein Name dorthin zog, verdankte es seinem Eifer so manches vortreffliche Institut. Die schöne Anatomie, die so zweckmässig eingerichtete Anstalt für chirurgische Kranke waren recht eigentlich seine Schöpfungen, und ebenso hatte er wesentlichen Antheil daran, dass endlich ein akademisches Hospital erbaut wurde (s. No. 4 der „deutschen Klinik"), dessen Bau er in der ersten Zeit mit grossem Eifer selbst leitete. Sein europäischer Ruf als Operateur lockte ausserdem eine lange Reihe von Jahren viele Kranke aus den verschiedensten Ländern dorthin. Er lebte fast ausschliesslich seinem doppelten Beruf als Chirurg und Anatom, und das mit einer seltenen Treue und Hingebung. Wer mit den Göttinger Verhältnissen bekannt ist, kennt auch Langenbeck's wundersame Thätigkeit. Mit Recht sagte er selbst öfters scherzhaft von sich, „er ginge mit den Hühnern schlafen, stände aber früher auf, als sie", denn die neunte Abendstunde fand ihn der Regel nach schon zu Bett, des Morgens um 3 Uhr aber war er auch schon wieder bei der Arbeit, ja, war er im Winter in einer fröhlichen Abendgesellschaft gewesen, die nach Göttinger Sitte sich bis 2 Uhr und darüber hinzog, so geschah es wohl, dass er, nach Hause zurückkehrend, sogleich, wie sonst, sein Zimmer selbst heizte, den Kaffee selbst bereitete, und mit der weissen Thonpfeife, der er treu geblieben war, frisch an die Arbeit ging. Dazu gehörte freilich eine physische Natur, wie sie Langenbeck bis an sein Ende hatte, ein ungebeugter Körper, der ihn, den Siebenziger, als rüstigen Mann im vollsten Sinne des Wortes erscheinen liess. Dass ein Vorbild des Fleisses, wie Er seinen Schülern es war, nicht ohne Einfluss auf diese bleiben konnte, ist leicht begreiflich, dass sie ihn als ausgezeichneten Lehrer, als eifrigen Forscher, als Operateur, der lange Zeit in bestimmten Richtungen gewiss der erste in Deutschland, wenn nicht über dessen Grenzen hinaus, war, hoch in Ehren hielten, lag in der Natur der Sache, er war aber auch, trotz mancher scheinbaren Strenge seines Charakters, von ihnen wahrhaft geliebt. Das Alles ist ihm nicht bis an sein Ende gedankt. Ihm, der bei jedem neuen Ruf, den er ausgeschlagen, so viel wir wissen, zur Bedingung seines Verbleibens die Untrennbarkeit des chirurgischen und anatomischen Lehrstuhls für seine Lebenszeit gemacht hatte, kündigte man im Jahre 1848 plötzlich die Stelle als Lehrer der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik; er sollte das Hospital, das recht eigentlich unter seinen Augen erwachsen war, nicht mehr als Vorsteher der ihm zukommenden Abtheilung beziehen. Wir wollen hier nicht untersuchen, ob Langenbeck seinen Platz als Lehrer der Chirurgie noch ganz und den wachsenden Ansprüchen der Zeit gemäss ausfüllte, wir wollen mal von vorn herein im Geist seiner Widersacher mit ihnen Zweifel dagegen erheben, und müssen dennoch, wie wir die Sache kennen, gestehen, dass weder rechtlich noch moralisch die gegen ihn unternommenen Schritte gerechtfertigt erscheinen. Wir meinen, ein Mann von Langenbeck's Verdiensten wäre es wohl werth gewesen, dass, wenn man jene Ueberzeugung hatte, man die Mittel nicht scheute, neben ihm für einzelne Zweige der Chirurgie noch einen zweiten Chirurgen anzustellen. Dass Langenbeck, mit seinem Sohn zur Seite, der Klinik für Chirurgie und Augenheilkunde dann ohne Nachtheil für die Universität noch fort und fort vorstehen konnte, werden selbst seine leidenschaftlichsten Feinde schwerlich in Abrede stellen. Das Verfahren gegen Langenbeck steht formell und sachlich einzig in der Geschichte deutscher Universitäten da, erscheint uns aber in Göttingen doppelt und dreifach hart, wo man berühmte Männer aller Facultäten, wir erinnern beispielsweise an die Namen Eichhorn d. V., Blumenbach, Benecke, Rouss, Planck, Hugo etc., im richtigen Gefühle wahrer Pietät bis in ihr spätestes Alter unberührt in ihrer akademischen oder bibliothekarischen Thätigkeit belassen hatte. Und L. stand an Frische des Geistes, an Rüstigkeit des Körpers weit über diesen allen. Es ist nicht klar geworden, wer gerade diesem eine Wunde geschlagen hat, an der er verblutet ist, denn nach sichern Nachrichten sind die mannigfachen Kränkungen der letzten Jahre vorzugsweise als die Ursache seines Todes zu betrachten. Der Gedanke, dass der Antrieb zu einem so ungewöhnlichen Schritt von dem hannöverschen Gouvernement ausgegangen sei, lag bei der allgemein bekannten Humanität desselben ebenso fern, als die Annahme, dass dasselbe auf die Petition einiger Studirenden, über deren Zustandekommen ohnehin im Publikum bedenkliche Gerüchte gingen, zu einer so neuen Maassregel sich verstanden haben sollte, zumal gleichzeitig eine ähnliche Zumuthung in Betreff eines nichtmedicinischen Lehrers gebührendermaassen zurückgewiesen wurde. So hiess es denn, die ganze Sache sei von einigen jüngeren Elementen im Schoosse der Universität selbst, die eine gewisse Herrschaft, einen grössern Einfluss auf den Gang der Universitäts-Angelegenheiten sich zu verschaffen gewusst hatten, ausgegangen und betrieben. Wir mögen das nicht glauben, aber wäre es doch der Fall, so würde sich gewiss die allgemeine Stimme in Deutschland in diesem Falle ebenso entschieden gegen diesen Mangel an Collegialität und Pietät erklären, wie es bei einem gleichen Attentat gegen eine medicinische Celebrität einer andern deutschen Universität geschah. Doch sei dem wie es sei, das Unrecht ist geschehen, und die, so es direct oder indirect veranlassten und förderten, mögen über dem Grabe des Entschlafenen mit sich selbst die Rechnung schliessen. Ihm hat der Tod die Wunde geheilt, und dass er gerade am 24. Januar an sein Bett trat, hat ihm einen grossen Kummer erspart. Am nämlichen Tage traf die Nachricht von dem ganz plötzlichen Tode seiner ältesten Tochter, einem allgemein geliebten Wesen, ein. Mir möge man verzeihen, wenn ich, indem ich ein kurzes Wort der Erinnerung Langenbeck's Manen widmete, die ihm widerfahrene Kränkung nicht unerwähnt, nicht ungerügt lassen konnte. Als dankbarer Schüler durfte ich nicht mit Stillschweigen über ein Ereigniss hinweggehen, das die letzten Lebensjahre dieses bedeutenden Mannes verbitterte, und das auch nur scheinbar zu rechtfertigen schwer gelingen dürfte. Mit Langenbeck ist für einen grossen Theil seiner Schüler die letzte lebende Erinnerung an die Studienjahre auf der altehrwürdigen Georgia Augusta erloschen, sie Alle aber werden im Herzen gewiss gern gleich mir ein Blatt in den vollen Lorbeerkranz flechten, der seinem Sarge gebührt!

Eine bessere Feder wird es unternehmen, würdige Erinnerungsblätter dem Leben und Wirken Nägele's und Langenbeck's zu weihen, ein mehr berufener Kritiker ihre wissenschaftlichen Leistungen, ihre Verdienste als Lehrer und Schriftsteller in das rechte Licht zu setzen, den Familien beider aber, die den Verstorbenen nachweinen, sei das der beste Trost: Die Namen

Franz Carl Nägele u. Conrad Johann Martin Langenbeck

werden unvergessen sein, so lange man deutsche Wissenschaft kennt!

Göschen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Dem Conservator der anatom. Sammlung und Prof. a. d. Univ. zu München Dr. E. Schneider, dem Akademiker u. Prof. d. Zool. ebendaselbst Dr. A. Wagner das Ritterkreuz des Kron-Ordens, dem Hofrath Prof. Dr. v. Schubert das Kommenthurkreuz des St. Michael-Ordens.

Oesterreich. Dem prakt. Arzte Dr. Bockschütz zu Schärfling in Oberösterreich das goldene Verdienstkreuz.

Personalveränderungen. Baiern. Befördert zu Stabsärzten: Reg.-Arzt 1. Kl. Dr. A. Vogel vom 7. Inf.-Reg. beim 1. Armeecorps-Commando München; Reg.-Aerzte 2. Kl. DD. F. Sommer vom 6. leichten Reiter-Reg. beim 2. Armeecorps-Commando Würzburg; A. Wurm vom Inf.-Leibreg. beim 1. Armeecorps-Commando München; J. Mahlmeister vom 12. Inf.-Reg. beim 2. Armeecorps-Commando Würzburg. Versetzt: Unterarzt Dr. L. Tutschek vom Cadettencorps zum Inf.-Leibreg.

Oesterreich. Dr. F. Gatscher, Privatdocent d. Staatsarzneikunde a. d. Wiener Univ., ist zum Prof. d. gerichtl. Arzneikunde a. d. chirurg. Lehranstalt zu Lemberg ernannt worden.

Preussen. Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Lehmann ist zum Assistenz-Arzte im geburtshülflichen Klinikum zu Bonn ernannt worden. Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Gellen ist von Köln nach Niederzündorf, Kreis Mühlheim, gezogen.

Todesfälle. Baden. Dr. Fr. C. Nägele, grossh. badischer Geh. Hofrath und Professor zu Heidelberg.

Baiern. Dr. Hoffmann sen., praktischer Arzt in Augsburg.

Hannover. Dr. C. J. M. Langenbeck, k. hannov. Ober-Medicinalrath u. Professor zu Göttingen. DD. K. J. Pickhard, der Aelteste der prakt. Aerzte Göttingens, Aschendorf, Landchirurg zu Uelsen.

Würtemberg. Med.-Rath Dr. v. Riecke d. ält. in Stuttgart.

Berichtigungen.

Im Inhalt der No. 4. Z. 3. l.: Moll st.: Stoll.
S. 44. Sp. 1. Z. 43 v. o. l.: Bartling st.: Bertling.

Sonnabend, № 6. 8. Februar 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber einige Formen von Iritis.

Vortrag, gehalten den 16. December 1850

von

Dr. Ed. Krieger.

M. H.! Indem ich Ihre Aufmerksamkeit für eine kurze Zeit in Anspruch nehme, fordere ich Sie auf, mit mir einige Arten der Iritis zu betrachten.

Die Sucht, in den Augenkrankheiten immer den Ausdruck einer Dyskrasie zu sehen, hat, unter anderen unheilbringenden Folgen, auch zu einer aprioristischen Construction des Krankheitsprocesses geführt, welche, nicht auf Beobachtung gegründet, denselben lediglich als das in einem bestimmten Gebilde auftretende Allgemeinleiden erscheinen liess, und demgemäss eine dem letzteren angepasste Behandlung bedingte, welche, weit entfernt, die ursächlichen Momente immer genau zu würdigen, oft selbst anerkannt wirksame Mittel deswegen verschmähte, weil sie nicht in das System passten, mithin auch für geeignete nicht gehalten werden konnten. Eine katarrhalische Bindehautentzündung z. B. durfte bei Leibe nicht mit kalten Umschlägen behandelt werden, weil die Kälte auf katarrhalische Entzündungen nachtheilig wirkt, und doch ist im Volke manche von Zugluft, Rauch, Staub erzeugte Conjunctivitis, die ein Arzt mit dem Namen einer katarrhalischen belegt haben würde, durch energische kalte Ueberschläge schnell geheilt worden, lange ehe Ruete dieses Verfahren als das wirksamste empfohlen und durch seine Autorität wieder zu Ehren gebracht hatte. War bei einer Iritis die Pupille nach innen und oben verzogen, so vermuthete man Syphilis als Ursache der Entzündung, und stellten sich gar nadelknopfförmige, gelbröthliche Exsudate am Pupillarrande ein, oder erhoben sie das Epithelium in dem Winkel zwischen dem Ciliarrande der Iris und der Hornhaut, so war die Diagnose ganz gesichert, denn es hatten sich ja Condylome im Auge gebildet; der Kranke wurde mit Mercurialien gefüttert, man rieb ihm graue Salbe in Schenkel und Oberarme, man reducirte durch wiederholte Blutentziehungen seine Kräfte auf ein Minimum, und am Ende war doch Trübung des Sehvermögens, Synechie, vielleicht gar Atresie der Pupille nicht zu vermeiden gewesen.

Ich bin weit entfernt, leugnen zu wollen, dass ein etwaiges Allgemeinleiden eines Augenkranken überhaupt zu berücksichtigen sei, ich gebe auch zu, dass das Vorhandensein eines solchen einen gewissen Einfluss auf den Verlauf des Augenleidens ausübt, aber ich glaube, dass die Gewohnheit, jede Augenkrankheit mit einem Beiworte, wie „gichtisch, rheumatisch" u. s. w. zu bezeichnen, die unbefangene Beurtheilung des durch die Natur des afficirten Organtheils gemodelten Krankheitsprocesses stört, wo nicht geradezu unmöglich macht. Am sichersten geht man immer, wenn die anatomische Structur des kranken Gebildes und die physiologische Entwickelung der Krankheit mehr zur Richtschnur der Therapie genommen werden, als die auf wesentliche oder zufällige semiotische Erscheinungen basirten Theorien über die Krankheit und ihre Complicationen.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, habe ich mich bemüht, den Vorgang der Iritis durch Experimente an Thieren, sowie durch Beobachtungen an Kranken zu erforschen, und lege die wenigen bisher gewonnenen Resultate zur nachsichtigen Kritik vor:

Bevor ich auf die Entzündung der Regenbogenhaut selbst eingehe, erscheint es mir zweckmässig, einen kurzen Ueberblick dessen zu geben, was von dem Bau und der Function dieses Gebildes bekannt ist.

An der ringförmigen Linie, welche die Verbindung der Sclerotica mit der Cornea bezeichnet, entspringt von der elastischen Faserschicht der letzteren, an ihrer innern Oberfläche, ein vielfach verschlungenes Netzwerk elastischer Fasern, welches sich theils in die Sclerotica, theils in den *M. ciliaris* oder *Corpus ciliaris,* theils in die vordere Fläche der Iris fortsetzt. Hierdurch wird die Iris also an die Kapsel des Augapfels befestigt. Bowman nennt diese Fasern die Pfeiler der Iris. Die eigentliche Substanz der Iris wird von einer andern Art Fasern gebildet, welche mit den organischen Muskelfasern, z. B. des Darmes, die grösste Aehnlichkeit haben und so arrangirt sind, dass ihr grösserer peripherischer Theil Strahlen, der kleinere aber concentrische Ringe um die Pupille bildet. Brücke trägt daher kein Bedenken, diese Faserbündel geradezu Muskeln zu nennen und ihnen die Namen *Dilatator* und *Contractor* oder *Sphincter pupillae* beizulegen. Das arterielle Blut wird der Iris theils durch den Rest der nicht in den Ciliarfortsätzen gebliebenen *AA. cil. post. breves,* theils durch die beiden *AA. cil. post. longae,* welche den *Circulus arteriosus major iridis* bilden, theils durch die aus der *A. lacrymalis, supraorbitalis* und den *musculares* kommenden *AA. cil. ant.* zugeführt, die sich ebenfalls an der Bildung des *Circ. art. maj.* betheiligen, ausserdem aber über diesen hinweg geschlängelt zum Pupillarrande verlaufen, und ehe sie sich dort in ein Capillarnetz auflösen, einen kleineren Gefässkranz, *Circ. art. minor,* bilden. Alle diese Arterien haben einen wesentlich strahligen Verlauf, verästeln sich vielfach und enden in dem Haargefässnetze, oder biegen am Pupillarrande als noch nicht capillare Aeste in Venen um, die auf der hintern Seite der Blendung das Blut theils in die *Vasa vorticosa,* theils in die *V. cil. post. longae,* theils in den *Canalis Schlemmii (sinus circularis iridis Bowm.)* zurückführen, aus welchem sie als *Venae cil. anticae* nach Durchbohrung der Sclerotica hervorkommen. Die Nerven der Iris entspringen von den *N. ciliares,* und sind durch Brücke bis zum *Circ. arter. minor* verfolgt worden; diese sämmtlichen Gebilde sind in ein pigmentirtes Stroma eingebettet, und an der Vorderfläche schliesst ein zartes Epithelium die Blendung gegen den *Humor aqueus* ab. —

Die Entzündung tritt in der Regenbogenhaut unter ganz denselben Erscheinungen auf, welche sie in anderen Gebilden begleiten, sie documentirt sich durch vermehrten Blutzufluss, Congestion, Ueberfüllung der Haargefässe und dadurch bedingte Blutstockung, Austritt des Blutserums, Anfangs ohne, später mit Faserstoff, in die umliegenden Theile. Aeusserlich wahrnehmbar wird dieser Vorgang auch hier durch die bekannten vier Momente: Hitze, Röthe, Schmerz, Geschwulst. Die Hitze ist gewöhnlich schon durch Befühlen der Augenlider zu erkennen, und lässt sich namentlich dann, wenn nur Ein Auge entzündet ist, durch Vergleichung mit der Temperatur des andern feststellen, jedenfalls hat der Kranke ein Gefühl erhöhter Wärme, welches je nach der Heftigkeit und Dauer der Entzündung mehr oder weniger ausgeprägt ist. Die Hitze ist eine Folge der rascheren Blutcirculation in den Capillaren, und lässt, wie auch bei den Entzündungen anderer Organe, mit dem Eintreten des Exsudates nach.

Die Entzündungsröthe markirt sich häufig durch deutliche, strahlenförmig nach der Pupille zu verlaufende Gefässe, namentlich findet dieses bei der sogenannten skrophulösen Iritis statt, überhaupt wenn die Arterienstämme zu unterscheiden sind, in anderen Fällen ist sie mehr diffus, wo das ganze zu Tage liegende Capillarnetz hyperämisch ist. Die Röthe ist immer vorhanden, aber wegen des Pigments nicht immer sichtbar. Bei Thieraugen ohne Pigment, denen eine Verletzung der Iris beigebracht ist, lässt sie sich im Umkreise derselben deutlich

erkennen, besonders wenn die Verletzung auf der Vorderfläche der Iris stattfindet, weniger wenn man nur die Hinterfläche verletzt hat. Sichel hat den Versuch gemacht, die bei der Iritis eintretende Farbenveränderung immer aus der Mischung der normalen Farbe der Iris mit der Entzündungsröthe herzuleiten, indessen bringt diese Mischung nur dann die pathologische Farbe hervor, wenn die normale Farbe hell, besonders hellbraun ist, und die vorderen Capillaren hyperämisch sind, die Entzündung sich also noch im Zustande unvollkommener Ausbildung befindet; unter anderen Verhältnissen tritt, um diesen Punkt gleich vorweg zu berühren, durch die Mischung der Farbe des Exsudats mit der des Pigments eine andere Farbenveränderung auf.

Der Schmerz ist gewöhnlich heftig, stechend, nicht auf das Auge allein beschränkt, sondern auch in der Umgegend der Orbita wurzelnd. Kranke, die seinen Sitz distinct zu beschreiben vermögen, schildern ihn als im *Annulus ciliaris* am heftigsten. An dieser Stelle wird nämlich durch den blutstrotzenden *Sinus venosus iridis (Canalis Schlemmii)* ein kreisförmiger Druck auf die hart an ihm vorbeilaufenden Nerven ausgeübt, die, von der Chorioidea kommend, sich in das Irisgewebe einsenken.

Geschwulst der Augenlider, namentlich des oberen, ist häufig das erste Symptom, welches uns zu der Vermuthung einer Iritis führt, und fehlt auch bei ganz chronischen Fällen nicht, obwohl sie dann nur auf den Tarsaltheil beschränkt zu sein pflegt und eine eigenthümliche Ptosis veranlasst; Geschwulst des ganzen Bulbus, wenn ich so sagen darf, macht sich dem untersuchenden Finger bemerklich, welchem der Augapfel ungewöhnlich gespannt erscheint; Geschwulst kommt aber auch an der Iris selbst vor, indem entweder der Pupillarrand bei genauer Betrachtung als unnatürlich dick auffällt, oder die Vorderfläche der Irisscheibe so aufgewulstet ist, dass ihr Durchmesser nicht, wie sonst, eine schwach gewölbte continuirliche Linie bildet, sondern nach der Pupille zu eine wellenförmige Vertiefung zeigt.

Ich muss noch eines anderen Umstandes erwähnen, welchen die Iritis mit sich bringt, ich meine die Störung der Function. Besteht diese beim gesunden Auge darin, dass die Blendung das Einfallen zu starken Lichtes hindert, indem sie Contraction der Pupille erzeugt, und nur einer solchen Menge von Lichtstrahlen den Durchgang gestattet, welche zusammengenommen doch nur einen mittleren Lichtreiz für das Auge hervorbringen, so ist bei der Entzündung die Thätigkeit der durch die verdickten Gefässe comprimirten Muskelfasern erschwert, schmerzhaft, die Contraction der Pupille geht nicht gehörig von Statten, und das schon durch den vermehrten Blutzufluss gereizte Auge wird durch das verhältnissmässig zu stark einfallende Licht so irritirt, dass die begleitende Photophobie mit als Folge der gestörten Function der Iris zu betrachten ist.

Verfolgen wir nun den pathologischen Process bei der Iritis genauer, so stellt sich nach eingetretener Blutstockung in den Capillaren ein dünnflüssiger Erguss aus den letzteren in das Parenchym, das Stroma der Iris ein. Es ist diese Thatsache zwar bei den aus inneren Ursachen entstandenen Formen der Iritis nicht direkt nachzuweisen, weil man nicht leicht das Auge eines in diesem Stadium gestorbenen Menschen zur Untersuchung bekommen möchte, es lässt sich aber, da die feinere Veränderung der Gewebe in der Entzündung überall gleich ist, die letztere mag aus inneren Ursachen entstanden oder in der unmittelbaren Nähe eine Verletzung aufgetreten sein, aus dem Verhalten des Exsudats bei den Entzündungen anderer Organe schliessen, dass es bei der Iritis ebenso sein müsse. Verletzungen kann man der Iris eines Thieres leicht auf beliebige Weise beibringen, und nachher in jedem Stadium untersuchen. Wird z. B. die Iris eines Kaninchens mit der Staarnadel verwundet, so beobachten wir zunächst Bluterguss aus den durchschnittenen Gefässen, welcher eine Zeitlang anhält und den ganzen *Humor aqueus* blutig tingirt. Es ist mir nicht möglich gewesen, die Entwickelung des Wundsecrets und des in das Parenchym ergossenen Exsudats in den frühesten Stadien zu verfolgen, ich erinnere aber an Reinhardt's vortreffliche Arbeiten über die Genesis der mikroskopischen Elemente in den Entzündungsprodukten und über die Entstehung der Körnchenzellen. Reinhardt sah schon wenige Stunden nach einer Verwundung den Bluterguss aufhören, und in dem röthlichgelben Wundsecret noch farbige, aber schon einigermaassen veränderte Blutkörperchen. Letztere verschwinden immer mehr, und in demselben Maasse bilden sich die Eiterkörperchen aus Anfangs sehr kleinen Körnchen, die allmälig die Gestalt einer Zelle annehmen, fein granulirt werden und eine der beiden Entwickelungsweisen durchmachen, welche den Eiterkörperchen eigenthümlich sind, indem sie sich zuletzt zu Bindegewebe vereinigen, oder, in die von Gluge Entzündungskugeln genannten Körnerhaufen übergehend, die Fettmetamorphose durchmachen und einen normalen Detritus abgeben.

Diese beiden Endpunkte der Entwickelung habe ich mehrfach beobachtet. In einem Falle hatte ich einem Kaninchen eine Scarpa'sche Nadel durch die Sclerotica eingeführt und mehrere Einschnitte in den Pupillarrand beigebracht. Eine lebhafte Iritis folgte, und als ich das Auge nach 6 Monaten untersuchte, fand ich von der Einstichsstelle an bis zum Pupillarrande, längs des ganzen Stichkanals, einen Strang von neugebildetem Bindegewebe, mit einzelnen Gefässen umzogen, das umhergelagerte freie Exsudat aber, auf den Ciliarfortsätzen, Linse und Uvea, aus zahlreichen Körnerhaufen und Detritus bestehend.

Ehe es indessen zu diesem Ausgange kommt, treten mannigfache Veränderungen in der Iris auf, welche ich jetzt näher beleuchten will. Das ergossene Exsudat wird allmälig fester und verkittet die Organtheile so, dass sie wie eingemauert und jeder Bewegung beraubt sind. Hat der Erguss nur in einen Theil der Iris stattgefunden, so fungirt der andere noch, während an jenem völlige Unbeweglichkeit und Verdickung stattfindet. Man sieht von der Seite die gelähmte Stelle weiter in die vordere Augenkammer hineinragen, und die Pupille ist nach der Richtung hin verzogen, wo das Gewebe noch frei ist. Die Verziehung der Pupille ist mithin einfache Folge der Exsudatablagerung, und hängt nicht mit einem eigenthümlichen dyskrasischen Process zusammen, wie man früher glaubte, wo der syphilitischen Iritis eine schräg nach oben und innen, der arthritischen eine nach oben und aussen verzogene oder querliegende Pupille als charakteristisches Kennzeichen beigegeben wurde. Das Exsudat wählt aber nicht immer das Parenchym der Iris zu seinem Sitze, es lagert sich oft auch an der Oberfläche ab, wo es in Form kleiner weisslicher Pünktchen unter dem Epithelium zu erscheinen pflegt. Mit seinem Wachsthum, d. h. durch spätere Nachschübe, treibt es das Epithelium vor sich her oder durchbricht es und ragt dann frei in die Augenkammern hinein; so sehen wir zackenförmige Vorsprünge im Pupillarrande, wollige Zotten auf der Vorderfläche, die in dem *Humor aqueus* flottiren, Brücken von der Uvea zur Linsenkapsel, die, noch mit dem Pigment der ersteren bekleidet, nach ihrer Resorption oder Zerreissung zuweilen Pigmentflecke auf der Linsenkapsel zurücklassen. Mitunter ist der plastische Erguss so reichlich, dass die Verflüssigung desselben überwiegt und durch Abscheidung von Eiter ein Hypopyon gebildet wird, weil nicht die ganze Quantität im Zusammenhange mit der Iris organisirt werden kann. Nach einer Staaroperation sah ich eine sehr lebhafte Iritis auftreten. Die Pupille war von Anfang an beständig durch Belladonna erweitert gehalten, und vielleicht mochte hierdurch das Exsudat auf einen kleineren Raum beschränkt worden sein, als es sonst eingenommen hätte; genug es erschienen auf der Vorderfläche, in der Mitte zwischen Ciliar- und Pupillarrand, festsitzende Flocken von gelber Farbe, die zuletzt ein Knäuel von der Grösse einer guten Erbse bildeten, welches bis über die Hälfte der Pupille hinausragte; gleichzeitig bildete sich aber ein aus flüssigem Eiter bestehendes Hypopyon, das fast bis zum Pupillarrande stieg.

Der Zeitpunkt, wann die Exsudate auftreten oder an der Oberfläche der Iris erscheinen, ist nicht genau festzustellen, weil die Intensität der Entzündung, die eingeschlagene Behandlung, die Constitution des Patienten und andere Momente dabei concurriren. Bei Kaninchen sah ich in einem Falle von Iritis, die ohne Verletzung der Iris, durch Elektropunctur erzeugt war, schon 2 Tage nach der Operation weissliche Exsudate in die Pupille hineinragen; bei anderen trat erst nach 6 Tagen und später ein Exsudat auf.

Während der weiteren Entwickelung vergrössern sich die Zacken, es bilden sich Gefässe in sie hinein und verändern ihre ursprüngliche Farbe, so dass die gelblichen rothgelb, die grauen bräunlich erscheinen. Auch die Farbe der Iris wird dadurch abermals verändert; hatte das ursprüngliche Exsudat z. B. eine blaue Iris grün, eine dunkelbraune schmutzig braun gefärbt, so entsteht jetzt wiederum eine röthliche Beimischung, welche das matte stumpfe Aussehen noch vermehrt. — Mit dem Auftreten von Gefässen in den Exsudaten beginnt die Umwandlung in Bindegewebe. Die bisher in dem festen Plasma noch zu unterscheidenden Zellen verlängern sich, reihen sich an einander, indem ihre Fortsätze sich unter einander verbinden, und verwandeln sich so in Bindegewebsfasern, gerade wie im Fötus sich das freie Cytoblastem in parenchymatöses Bindegewebe umbildet. Zu dieser Zeit treten die mannigfachen Verwachsungen auf, die zu Synechien, Synizese und dadurch zum Verlust des Gesichts führen.

Noch muss ich einer andern Erscheinung erwähnen, welche zwar seltener ist, aber doch mehrfach beobachtet wurde, ich meine die durch Berstung eines Gefässes im Parenchym der Iris entstehenden hämorrhagischen Heerde. Ist die Hämorrhagie bedeutend, so kommt es wohl vor, dass das ergossene Blut in die vordere Augenkammer dringt und ein Hypoäma bildet, wie noch kürzlich ein solcher Fall von Tavignot (Gazette des hôpitaux, 16. Juli 1850) beobachtet ist. Bei geringeren Mengen entsteht ein hämorrhagischer Infarct, der entweder durch Aufsaugung verschwinden oder einen Abscess bilden kann, dessen Inhalt sich später in die Augenkammern entleert.

Ich habe bisher nur den natürlichen Verlauf einer exsudativen Iritis beschrieben, ohne Rücksicht auf Complicationen oder bestimmte

Formen. Die letzteren sind durch so prägnante Unterschiede von Seiten der Schriftsteller gesondert, dass es kaum möglich erscheint, sie ohne Mitwirkung der Dyskrasie, von der sie ausgehen sollen, entstanden zu denken, indessen erklären sich diese Unterschiede grossentheils durch Berücksichtigung der Stelle der Iris, wo die einzelne Form zuerst auftritt, der anderen Theile des Auges, welche vor der Iris entzündlich afficirt waren, sowie des Intensitätsgrades der Iritis selbst, und es bleibt dann statt einer *Iritis scrofulosa, syphilitica, rheumatica* wenig mehr als eine Iritis in einem skrofulösen, syphilitischen, rheumatischen Individuum.

Betrachten wir zuerst die skrofulöse Iritis, so sehen wir sie nur gleichzeitig oder kurz nach einer Keratitis erscheinen. Die mattgraue flockige Trübung der Hornhaut, welche aufgelockert und wie mit Nadeln gestochen aussieht, wird durch das an einzelnen Stellen abgesetzte Exsudat, welches selten zu Geschwürsbildung führt, vermehrt. Zu den Exsudaten verlaufen vom Hornhautrande her feine Gefässe, die zuweilen auch in der Substanz der Hornhaut auftreten, und aus dem im Bindehautsaume der Hornhaut liegenden geschwellten braunrothen Meniscus entspringen. Dieser Meniscus steht mit den Ciliargefässen in Verbindung, und zwar mit den *AA. cil. post. breves*, welche auch zu dem Ciliartheile der Iris, bis zum *Circ. major* gehen und oberflächlich liegen. Setzt sich nun die Entzündung von der Hornhaut auf die Iris fort, so sind es diese Gefässe, die strahligen kurzen Ciliararterien, die man mitunter lebhaft injicirt zu Gesicht bekommt. Ihr oberflächlicher und kurzer Verlauf bedingt aber den Umstand, dass die skrofulöse Iritis sich auf den serösen Ueberzug und den Ciliartheil der Iris beschränkt, dass im ersten Falle die unter dem Namen *Hydromeningitis* oder *Iritis serosa* bekannte Form entsteht, mit geringer, in die wässrige Feuchtigkeit oder die Pupille abgesetzter Ausschwitzung, im letzteren die Entzündung des Ciliarringes *(Kyklitis)* erfolgt, deren Exsudate in die hintere Kammer langsam zur Erblindung führen, indem sie die Linsenkapsel überziehen und verschiedene Verwachsungen erzeugen. Es lässt sich freilich nicht leugnen, dass eine ganz besondere Blutmischung als die Ursache des gleichzeitigen Auftretens skrofulöser Symptome an anderen Körpertheilen und der eigenthümlichen Exsudation auf der Cornea, später auch auf der Iris, anzusehen ist, welche bei ersterer eine Geschwürsbildung nicht aufkommen lässt, bei letzterer so geringe Plasticität zeigt, dass man meist eben nur die wässrige Feuchtigkeit getrübt sieht, Erscheinungen, mit welchen die subjectiven Zeichen, Schmerz und Photophobie, in gar keinem Verhältnisse stehen: aber diese Blutmischung ist eine constitutionelle Eigenschaft, welche überhaupt der Acuität der Entzündungen entgegen zu sein scheint, nicht ein Symptom der Iritis, das diese zu einer besonderen Form stempelt; es ist vielmehr der Uebergang der Entzündung vermittelst der kurzen Ciliararterien auf die Iris, wodurch dieser eigenthümliche Verlauf vorgeschrieben wird. Die gemischten Formen, skrofulös-syphilitische, skrofulös-psorische und skrofulös-plicöse Iritis, wie sie Ammon beschreibt, sind aber nichts weiter als Entzündungen des Auges, welche zufällig auch das Parenchym der Iris ergriffen haben, also schon dadurch von der reinen skrofulösen Form abweichen, und bei Menschen auftreten, die, ausser an Skrofulose, auch noch an Syphilis, psorischer (?), plicöser (?) Diathese, jedenfalls an allgemeiner Säfteverderbniss leiden.

Von der rheumatischen Iritis gilt das oben Gesagte in noch höherem Grade. Man zählt unter die Zeichen dieser Form die rosenfarbene Röthung der Sclerotica rund um die Cornea-Anheftung, aus feinen, strahlig verlaufenden Gefässen bestehend, Anschwellung des sogenannten Bindehautringes der Cornea, ferner lebhafte Röthung der ganzen *Conjunctiva bulbi*, darauf schnelle Entfärbung der Iris, Trübung der Hornhaut durch tiefliegende nebelgraue Stellen, rasches Eintreten plastischer Exsudate, die zur Pupillensperre führen, und überhaupt acuten Verlauf. Man führt an, dass allgemeine rheumatische Dyskrasie und übergrosse Geneigtheit zu Schweissen zu dieser Iritis disponire. Ich sehe in dem charakteristischen Ringe um die Cornea und in dem Arrangement der feinen Gefässe in der oft chemotischen Injection der ganzen Conjunctiva eine Betheiligung der *AA. cil. post. breves, longae* und *anticae*, also sämmtlicher zu der Iris gehender Arterien. Das Auftreten des ringförmigen Wulstes gehört zu den Präliminarien; diese leiten die oberflächliche Entzündung der Iris, nämlich des serösen Blattes ein, durch Vermittelung der kurzen Ciliararterien. Die Entzündung der Sclerotica bedingt später ein Fortschreiten der Entzündung vermöge der langen Ciliararterien, und dadurch die Theilnahme der ganzen Conjunctiva und der Augenlider; sehr angefüllte *AA. cil. ant.* leiten eine übergrosse Blutmenge bis zum Pupillarrande, das ganze Haargefässnetz der Iris wird hyperämisch, befördert also die schnelle Ausschwitzung, welche schon früh eine Entfärbung der Iris nach sich zieht, und namentlich die Absetzung reichlicher Exsudate in die Pupille und deren Verwachsung. Es ist zwar denkbar, dass dieser Vorgang durch Erkältung des zu Schweiss geneigten Körpers, durch die auf das vielleicht erhitzte Auge einwirkende Zugluft herbeigeführt wird, es kommt aber eine ganz so heftige Entzündung mit gleichem Verlaufe durch traumatische Ursachen bei Personen vor, die keinesweges der rheumatischen Dyskrasie unterworfen sind, bei denen also die Dyskrasie nicht das bedingende Moment sein kann.

Etwas anders stellt sich die Sache bei der syphilitischen Form. Hier tritt die Iritis immer nur zu einer Zeit auf, wenn die allgemeine Syphilis sich durch Hautaffectionen äussert; ein Exanthem pflegt schon vor dem Eintritte und noch nach dem Ablaufe der syphilitischen Iritis vorhanden zu sein. Dieses Exanthem charakterisirt sich durch kleine umschriebene Hyperämien mit Exsudatbildung in den Capillaren der Cutis, der Epithelien, selbst der serösen Häute; es liegt also nahe, anzunehmen, dass auch die kleinen knotenförmigen Exsudate der Iris, der feine wollige Ueberzug auf der Vorderfläche nichts seien, als der Ausdruck der dieses Stadium der Syphilis begleitenden Richtung des Blutlebens, welche sich in der Erzeugung von Neubildungen oder der Ausscheidung von Auswurfstoffen in beschränkten Hautstellen documentirt; indessen ist dem Erscheinen der Iritis immer eine durch 4, 8 bis 14 Tage dauernde Röthung der Conjunctiva mit Thränenfluss und Zukken der Augenlider vorhergegangen. Injection der Sclerotica, Bildung des Strahlenkranzes um den Hornhautrand, Schwellung des oberen Augenlides folgt, und die Trübung der Cornea an der Innenfläche zeigt den Beginn einer Affection des serösen Ueberzugs der Iris, überhaupt der ganzen vorderen Augenkammer.

Es fehlt fast nie an Thatsachen, welche das Auftreten der Bindehaut- und Augenlidentzündung irgend einem äusseren Umstande zuzuschreiben erlauben, und wenn wir dieses annehmen, ist die primäre Betheiligung der *AA. cil. ant.* hinreichender Erklärungsgrund für die Bildung kleiner Exsudate am Pupillarrande, wo gerade diese Arterien die meisten Gefässschlingen bilden, und für den wolligen Ueberzug auf der Vorderfläche der Iris, weil gerade sie hier die oberflächlichsten Capillaren abgeben.

Bei der arthritischen Iritis, wo eine rosenfarbene Sclerotica unter der mit varicösen Gefässen bedeckten Conjunctiva gesehen wird, und ein bläulicher Ring um die Cornea dem Auftreten der Entzündung des ganzen Parenchyms der Iris vorangeht, concurrirt ausser der natürlichen Betheiligung der Arterien noch die durch den vorwiegend nervösen Habitus solcher Kranken hervorgerufene Veränderung der Venen des Bulbus. Varicositäten in der Conjunctiva und Sclerotica, strotzender *Sinus venosus iridis*, Hyperämie der Chorioidea müssen selbstredend der Iritis in einem solchen Kranken ein anderes Aussehen geben, als bei floriden arteriellen Constitutionen. Auch hier dürfte daher meistentheils das Zusammenwirken der individuellen Beschaffenheit mit den Ursachen, die eine idiopathische Iritis erzeugen, hinreichend sein, um die Abweichungen zu erklären, welche diese Form vor anderen auszeichnen, ohne dass wir ihre Entstehung gerade aus der Dyskrasie allein abzuleiten genöthigt wären.

Ich wiederhole daher den oben von mir aufgestellten Satz, indem ich ihn noch schärfer fasse, dass der Weg, den die Entzündung einschlägt, indem sie von den äusseren Theilen des Auges auf die Iris übergeht, meist für sich allein genügt, um die Eigenthümlichkeiten der einzelnen Formen von Iritis zu construiren, und dass die Intensität der Entzündung mehr auf die Gestaltung der Entzündungsprodukte einwirkt, als die Dyskrasie, der man diese Kraftäusserung bisher zuschrieb.

Die Anwendung des Chloroforms bei Augenoperationen.

Ein Sendschreiben
an den Hrn. Prof. Dr. van Roosbroeck in Gent
von

Prof. Dr. Jüngken.

(Schluss aus No. 5.)

Indicirt ist die Anwendung des Chloroforms bei Augenoperationen vorzugsweise in folgenden Fällen:

1) Bei der Operation von Personen mit sehr reizbaren Augen, bei solchen mit Neigung zu Congestionen nach den Augen und überhaupt bei sehr sensiblen Kranken; darunter findet man auch Individuen, zumal solche, die in ihrer Jugend skrophulös waren, welche an einer chronischen Reizung der Augenlidränder, besonders der Maibom'schen Drüsen leiden, deren Augenlidränder und Conjunctiven sich leicht röthen, die gegen Lichtreiz, Luft und mechanische Berührungen sehr empfindlich sind. Von dem Augenblicke, wo man diesen Personen, behufs der Operation, die Augenlider eröffnen will, streben sie, dieselben unwillkürlich mit um so grösserer Gewalt zu schliessen, je reizbarer sie sind, und spannen dabei auch die Muskeln des Augapfels bisweilen selbst bis zu dem Grade, dass dieser etwas in die Orbita

zurücktritt und die Conjunctiva sich um die Hornhaut faltet. Es bedarf daher einer grössern Kraftanwendung und eines festern Druckes, um die Augenlider zu eröffnen und festzuhalten, dies ruft aber ein um so stärkeres Widerstreben Seitens des Kranken hervor, den der lebhaftere Schmerz zum gewaltsamen Schliessen des Auges anreizt. In solchen Fällen kann es selbst begegnen, dass sich namentlich das obere Augenlid nach aussen stülpt, wenn es nicht mit grosser Vorsicht gehalten wird. Je mehr es der Gewalt bedarf, um die Augenlider geöffnet zu halten, um so mehr wird das Auge gereizt. Dieser Reiz vermehrt aber auch die krampfhafte Spannung der Muskeln des Augapfels selbst, und dadurch wird wieder die hintere Hemisphäre desselben zusammengepresst, der Blutandrang nach dem Auge gefördert und die Disposition zur Entzündung vermehrt. Im Allgemeinen kann man sicher darauf rechnen, dass die Zufälle nach der Operation um so heftiger werden und die entzündliche Reaction um so lebhafter auftritt, je mehr es bei einer Augenoperation Mühe machte, die Augenlider zu eröffnen und geöffnet zu halten, und je mehr sie der Kranke gewaltsam zu schliessen strebte.

Auch sind dies diejenigen Fälle, in denen bei Extractionen leicht der Glaskörper mit der Iris hervortritt, und bei Reclinationen und Depressionen es sehr schwer hält, die Linse zu dislociren, indem sie wiederholt aufsteigt, bevor ihre Entfernung aus dem Bereiche der Pupille dauernd gelingt.

Mit dem Eintritte der Chloroformnarkose sind alle jene Schwierigkeiten gehoben, und die nachtheiligen Nebenwirkungen, welche etwa das Chloroform herbeiführen könnte, kommen gegen die vorhin beregten Uebelstände in gar keinen Betracht.

2) Bei allen Personen, welche blind geboren, oder in der ersten Periode des Lebens in der Art erblindet sind, dass ihnen durch eine Operation geholfen werden kann. Solche Individuen haben die Bewegung der Augen ganz und gar nicht in ihrer Gewalt, und verdrehen sie oft dermaassen unter der Operation, dass es, zum Vollbringen derselben, der Anwendung eines Ophthalmostaten bedarf.

3) Bei Personen, welche am Nyctagmus leiden, er sei idiopathischer oder symptomatischer Natur. Den erstern finden wir besonders bei Personen, welche von frühester Kindheit an, an centralen Trübungen in den durchsichtigen Medien der Augen leiden, z. B. am Centralstaar oder an Centralnarben der Hornhaut, mit oder ohne Verwachsung der Iris und Schliessung oder Verengerung der Pupille, so dass zur Wiederherstellung des Sehvermögens die Bildung einer künstlichen Pupille nothwendig ist. Auch sie haben die Bewegung ihrer Augen nicht in der Gewalt, und der Nyctagmus wird um so heftiger, je mehr die Kranken befangen und gemüthlich erregt sind. Auch bei ihnen sah man sich früher genöthigt, einen Ophthalmostaten bei der Operation anzuwenden, um den schwankenden Augapfel zu fixiren und in die, für die Operation nöthige Stellung zu bringen, ein Verfahren, was der grössern Insultation des Auges wegen möglichst zu meiden ist.

Von dem Momente an, wo der Patient durch Chloroform narkotisirt ist, stehen die Augen ganz still, und man kann die Operation so ungestört, als an der Leiche ausführen.

4) Bei allen Augenoperationen, welche an Kindern und jugendlichen Personen verrichtet werden sollen, so wie überhaupt bei Personen, welche eine grosse Furcht vor einer solchen Operation haben, und die Zahl der letztern ist nicht gering. Nicht immer ist es die Furcht vor dem Schmerze, oft ist es mehr noch diejenige vor der moralischen Bedeutung der Operation, welche die Kranken zurückschreckt, und diese Furcht ist zuweilen stärker als der Wille des Kranken. Ich habe interessante Beispiele der Art erlebt. Einst wurde ich zu dem 22jährigen Baron v. E. in M. gerufen, um ihn am grauen Staar zu operiren, an dem er seit seinem 8. Jahre gelitten. Bei meiner Ankunft finde ich den jungen Mann voller Freude, dass endlich ein von ihm lang ersehnter Wunsch in Erfüllung gehen soll. Am Tage der Operation kommt er mir, freudig bewegt, bis zur Treppe entgegen, als handele es sich um die Feier eines Hochzeitsfestes. In dieser Stimmung setzt er sich auf den Stuhl; aber in dem Augenblick, als der Gehülfe ihm das obere Augenlid eröffnen will, ändert die Scene; er springt vom Stuhle auf und nichts, weder Milde noch Ernst, weder Bitten noch Drohen, vermochte ihn zu bewegen, die Operation an sich ausführen zu lassen, so dass man sie, nach beinahe zweistündigem vergeblichem Abmühen, aufgeben musste. Dieselbe Scene wiederholte sich am folgenden und selbst an einem dritten Tage. Der Kranke konnte bei einem unbegrenzten Vertrauen, welches er zu mir hatte, nicht Herr seiner Furcht vor der Operation werden, er blieb blind und ich hatte die weite Reise vergeblich gemacht. Noch in dem letzt verlaufenen Sommer forderten unter andern 2 Damen in den Siebzigern meine Hülfe; die eine eine berühmte liebenswürdige Künstlerin, Madam W., einst eine Zierde der Hoftheater zu Weimar und Berlin. Die andere eine Dichterin, Fr. K. aus L. Beide legten mir das Bekenntniss ab, dass sie bei dem sehnsüchtigsten Verlangen nach der Wiedererlangung des Sehvermögens, doch nicht den Muth besässen, die Operation des grauen Staares, an dem sie litten, an sich verrichten zu lassen. Ich operirte sie unter Anwendung von Chloroform und hatte die Freude, auf diese Weise beiden Damen das Sehvermögen im eigentlichen Sinne des Wortes, im Schlafe wiederzugeben. Madame W. sagte mir beim Erwachen: „Sie sehen, mit meinen Nerven ist nichts anzufangen; der blosse Gedanke an eine Operation macht mich erbeben und ich bitte Sie, lassen Sie uns nicht weiter davon sprechen!“ Und als ich ihr erwiderte, dass die Operation längst beseitigt sei, und sie vollends die Augen öffnen liess, glaubte sie ein Mährchen aus Tausend und eine Nacht zu erleben.

Sehr schwierig war früher die Verrichtung von Augenoperationen, selbst solcher, welche nicht schmerzhaft sind, im kindlichen, oft auch im jugendlichen Alter, weil gar häufig bei den jungen Naturen die physische und moralische Kraft nicht dem Verlangen entsprechen und daher im Augenblicke der That zusammenbrechen. Wer viel Augenoperationen gemacht, weiss, wie viel Mühe es machte, Kinder zu operiren, wie oft die Entfernung eines zufällig ins Auge gefallenen fremden Körpers, mit einer unsäglichen Qual für beide Theile, für Kind und Arzt, verknüpft war, und wie häufig der Zweck nicht einmal erreicht werden konnte. Was nun vollends die Operation des grauen Staars oder eine künstliche Pupillenbildung betrifft, so musste man damit warten, bis die Kinder eine gewisse Reife, meistens ein Alter von 14—18 Jahren erreicht hatten. Und welch einen Vortheil gewährt es für die körperliche und geistige Entwickelung des Kindes, wenn das Sehvermögen früher hergestellt werden kann? Durch die Anwendung des Chloroforms kann die Operation des grauen Staares, wie der künstlichen Pupillenbildung in jedem Lebensalter mit Sicherheit verrichtet werden. Unter einer grossen Zahl von solchen Operationen, welche ich bei Kindern, wie bei jungen Leuten verrichtet, war es besonders der 10jährige Sohn des Fabrikanten K., dessen Operation sehr interessant war. Der Knabe litt an *Cataracta capsulo-lenticularis* auf beiden Augen, mit grosser Lichtscheu und Reizbarkeit der Augen, so dass es ausserordentlich schwierig war und eines geübten Blickes bedurfte, um sich vom wahren Zustande der Augen zu überzeugen. Dabei hatte er das grösste Verlangen sehend zu werden, wollte sich aber unter keiner Bedingung einer Operation unterwerfen, welche der Vater sehnlichst wünschte, weil die Erziehung des Knaben grosse Schwierigkeiten machte. Unter der Anwendung von Chloroform ging die Operation leicht von Statten; der Nachbehandlung unterwarf sich der Knabe, der hoch erfreut war, dass er alles im Schlafe überstanden, mit vieler Geduld; nachdem das Sehvermögen auf beiden Augen hergestellt ist, sind Lichtscheu und Reizbarkeit der Augen geschwunden und der Knabe ist körperlich wie geistig sehr vortheilhaft verändert.

5) Bei fremden Körpern, welche zufällig in die Augen gefallen sind, zumal wenn sie fest sitzen und die Augen sehr empfindlich oder bereits sehr gereizt sind, was häufig der Fall ist, wenn Kranke der Art ärztliche Hülfe suchen, denn meistens führt sie erst die Heftigkeit des Schmerzes zum Arzte, nachdem sie bereits das Auge durch mancherlei zweckwidrige Versuche, auf den Rath von Laien, insultirt haben. Wie unsägliche Mühe die Entfernung solcher Körper aus den Augen macht, und welche Qualen man damit, zumal jugendlichen Personen, bereitet, ist wohl einem Jeden bekannt, der sich mit der Augenheilkunde praktisch beschäftigt. Sitzen sie nun vollends auf der innern Wand des obern Augenlides, oder gar in der obern Conjunctivafalte, so wird ihre Entfernung um so schwieriger, je gewaltsamer der Kranke vor Schmerz die Augenlider zusammenkneift. Während der Chloroformnarkose entfernt man sie mit Leichtigkeit und ohne besondere Insultation des Auges.

6) Bei allen schmerzhaften und grössern Operationen an den Augen, als bei der Exstirpation von Chalacien- und Balggeschwülsten, der Operation des Entropii, der Operation der sarcomatösen Stenose des Nasenkanals und Thränensacks, wo eine Verödung desselben nöthig ist, bei der Exstirpation des Hornhautstaphylomes und bei der Exstirpation des Augapfels selbst.

7) Bei der Coremorphosis. Hier gewährt die Anwendung des Chloroforms grosse Vortheile, wenn schon sie nicht in allen Fällen unbedingt nothwendig ist. Dies letztere gilt nur von solchen, wo heftiger Nyctagmus vorhanden ist, oder die Kranken die Bewegung des Augapfels nicht in dem Grade in ihrer Gewalt haben, um ihm die zur Operation nöthige Richtung zu geben. Aber auch bei sonst ruhigen Patienten ist es gerathen, die künstliche Pupillenbildung stets unter Anwendung des Chloroforms zu machen, man möge nun die künstliche Pupille durch Ablösung der Iris vom Ciliarrande, oder, was aus mannigfachen Gründen bei weitem vorzuziehen ist, durch Ausschneidung eines Stückes aus der Iris bilden. Namentlich in dem letztern Falle begegnet es leicht, dass das Auge in dem Momente, wo man die Iris mit der Pincette gefasst, um sie zur Abschneidung hinreichend aus der

Hornhautwunde hervorzuziehen, eine unerwartete schnelle Bewegung in entgegengesetzter Richtung macht, wodurch die Pincette ausreisst, so dass der Zweck entweder ganz verfehlt, oder nur unvollkommen erreicht wird. Denn es ist dieser Act dem Kranken sehr empfindlich, oft selbst sehr schmerzhaft. Ist dagegen der Kranke durch Chloroform narkotisirt, so lässt sich dieser Act der Operation mit der grössten Sicherheit ausführen, denn das Auge bleibt ruhig oder folgt mechanisch dem Zuge der Iris. Dagegen ist es bei Chloroformirten nicht ganz so leicht, die Incision in die Hornhaut gross genug zu machen, weil wegen der Lähmung der Muskel der Augapfel sehr beweglich ist und dem Drucke der Messerspitze folgt, wenn man beim Zurückziehen derselben die Wunde dilatirt. Und dennoch ist es gerade in diesen Fällen von ganz besonderer Wichtigkeit, dass die Incision in der Hornhaut verhältnissmässig gross ausfalle, weil bei Chloroformirten die Iris nicht von selbst durch die Hornhautöffnung hervortritt, denn es fehlt die hervortreibende Kraft, der Druck der gereizten und gespannten Augenmuskel auf den Augapfel. Um die Bewegung des Augapfels bei der Incision der Hornhaut zu verhindern, unterlasse man nicht, die Fingerspitze in entgegengesetzter Richtung gegen den Augapfel zu setzen und ihn auf diese Weise sanft zu drücken und zu fixiren.

Ist die Hornhaut hinreichend eröffnet, dann bedarf es nur eines leichten Druckes mit der geschlossenen Pincette zur Seite der Hornhautwunde gegen die Sclerotica, den man nöthigenfalls durch einen leisen Druck mit der Fingerspitze gegen den Augapfel unterstützen kann, um die Iris hervorzutreiben, worauf man sie mit der Pincette fasst und zur Ausschneidung hinreichend hervorzieht.

Auf diese Weise habe ich im Laufe des letzten Jahres viele künstliche Pupillenbildungen, zum Theil bei jungen Individuen im Alter von 10 bis 18 Jahren, welche in den ersten Lebenswochen durch die Ophthalmia neonatorum erblindet waren und stark an Nyctagmus litten, mit dem glücklichsten Erfolge gemacht.

Der Umstand, dass unter der Chloroformnarkose die Iris selbst durch sehr grosse Hornhautwunden nicht von selbst hervortritt, beweist übrigens hinreichend, was ich bereits vor vielen Jahren in meinem Handbuche der Augenkrankheiten ausgesprochen: dass nämlich diese Haut nicht eigentlich vorfällt, sondern immer durch Oeffnungen in der Hornhaut hervorgedrängt wird, was allemal um so stärker geschieht, je mehr sich der Augapfel im Zustande der Reizung befindet.

3) Bei Staaroperationen ist die unbedingte Anwendung des Chloroforms nur in denjenigen Fällen indicirt, wo sich die allgemeinen Bedingungen für die Anwendung dieses Mittels vorfinden, während man in der Mehrzahl der Fälle auch ohne dasselbe glücklich operiren kann. Allein die Erfahrung hat mir gezeigt, dass man das Chloroform mit vielem Nutzen auch bei der Operation solcher Individuen anwenden kann, welche keine aussergewöhnlichen Erscheinungen darbieten. Die Zahl der auf diese Weise von mir operirten Staarkranken ist sehr gross, und bei keinem von ihnen habe ich auch nur den geringsten Nachtheil davon gesehen.

Man könnte der Anwendung des Chloroforms bei Staaroperationen den Vorwurf machen, dass es nach der Operation schwierig sei, zu unterscheiden, welche Erscheinungen die Folge der Entzündung, und welche die des Chloroforms seien? da einzelne Kranke länger narkotisirt bleiben, nur allmälig erwachen, sich hinterher noch längere Zeit im Zustande der Benommenheit befinden und in demselben nicht genaue Auskunft über das, was sie am Auge fühlen, zu geben vermögen. Allein so rapide entwickeln sich die Erscheinungen nach Staaroperationen selten; in der Regel vergehen ein Paar Stunden, bevor sie auftreten; bis dahin sind aber die Operirten so vollständig aus ihrem Schlafe erwacht, dass man eine genaue Auskunft von dem, was mit ihnen vorgeht, von ihnen erhalten kann.

Auch könnte man gegen die Anwendung des Mittels die Befürchtung geltend machen, dadurch Congestionen nach dem Kopfe und den Augen hervorzurufen, und so die Geneigtheit des Auges zur Entzündung zu mehren. Allein dieser Blutandrang steht, wie ich bereits im Vorigen dargethan, in keinem Verhältnisse zu dem bedeutenden Blutandrang, welchen die künstliche Eröffnung der Augenlider und die Reizung des Augapfels durch die Operation ohne Chloroform bei der Mehrzahl der Operirten zur Folge haben.

Dagegen gewährt die Chloroformnarkose bei allen Dislocationen der Cataracte, gleichviel ob durch Reclination oder Depression gemacht, den grossen Vortheil, dass sich die cataractöse Linse bei weitem leichter in den Grund des Auges herabsenken lässt, weil die hintere Hemisphäre des Auges nicht durch die gespannten Augenmuskeln gedrückt wird und daher der zusammengepresste Glaskörper der Linse keinen Widerstand leistet.

Wollte man in Bezug auf die Dislocationen des Staares gegen das Chloroform hervorheben, dass sich Uebelkeit und Erbrechen nach der Anwendung desselben einstellen und in Folge dieses die Linse wieder aufsteigen kann, so muss ich darauf erwidern: 1) dass dies Erbrechen, wie ich im Vorigen bereits auseinandergesetzt, füglich vermieden werden kann, und 2) dass ein solches Erbrechen nach Chloroform bei weitem weniger das Wiederaufsteigen der Linse veranlassen kann, weil noch längere Zeit nach dem Erwachen des Kranken alle Muskeln des Auges im Zustande der Erschlaffung verbleiben, als in denjenigen Fällen, wo nach Staaroperationen ohne Chloroform sich Erbrechen einstellt, wie dies nicht selten, zumal bei nervösen und reizbaren Personen vorkommt; denn hier ist es die Wirkung der Reizung, welche das Auge durch den Kunstact erlitten und einer davon abhängigen nervösen Aufregung.

Ueberhaupt aber ist das Wiederaufsteigen des Staars bei Dislocationen desselben nicht als ein grosser Uebelstand zu betrachten, wofern die Operation zweckmässig verrichtet wird, das heisst, wofern man nicht unterlässt, die vordere Kapselwand dabei gehörig zu zerstören.

Nicht ohne Sorge habe ich die ersten Versuche gemacht, unter Anwendung von Chloroform den Staar zu extrahiren. Hier war es einmal die Befürchtung, der Patient könne beim Erwachen die Augen eröffnen, dabei den Hornhautlappen verschieben, Vorfall der Iris veranlassen etc.; oder er könne nachtheilige Bewegungen mit dem Kopfe und selbst dem ganzen Körper machen, sich auf die Seite legen, aufrichten und dergleichen. 2) Fürchtete ich den Vorfall der Iris und des Glaskörpers beim etwanigen Erbrechen und dadurch Verlust des Auges. Aber gerade diese Operation zeigt am evidentesten die grossen Vortheile, welche für die Staaroperation aus der vollständigen Erschlaffung sämmtlicher Augenmuskeln erwachsen, denn dieser Vorfall tritt weder unter der Operation, noch unmittelbar nach derselben ein; der Augapfel ist dazu zu wenig gespannt, und dieser gänzliche Mangel an Spannung erschwert sogar die Verrichtung des Hornhautschnittes.

Hierzu kommt die leichte Beweglichkeit des Augapfels als Folge der Erschlaffung aller Augenmuskeln; man schiebt den Augapfel, indem man das Staarmesser durch die Hornhaut und vordere Augenkammer hindurchführt, gegen den innern Augenwinkel, und hat Mühe, den richtigen Ausstich zu gewinnen. Auch bei den Nadeloperationen durch die Sclerotica drängt man im Augenblick des Einstiches den Augapfel in den innern Augenwinkel. Diesem Uebelstande kann man jedoch leicht begegnen, wenn man den Mittelfinger derjenigen Hand, welche das untere Augenlid hält, gegen die innere Seite des Augapfels setzt und dadurch ebensowohl sein Ausweichen nach innen verhindert, als ihm durch einen leisen Druck die nöthige Spannkraft verleiht.

Ich habe nicht bemerkt, dass die Operirten beim Erwachen die Augen geöffnet hätten und möchte es auch bezweifeln, weil sich die Augenmuskeln, wie bereits angeführt, auch noch längere Zeit nach dem Erwachen in einem Zustande starker Erschlaffung befinden, und die Operirten pflegen auch, wenn die Chloroformnarkose vorüber ist, meistens einige Zeit ruhig zu schlafen.

Uebrigens kann man der Vorsicht wegen nach der Extraction die Augen mittelst eines kleinen, schmalen Streifchens englischen Pflasters, dessen eines Ende gegen das obere Augenlid, das andere gegen die Wange geklebt wird, schliessen, um ganz sicher zu sein, dass die Augen nicht geöffnet werden.

Der Heilprocess in der Hornhautwunde schreitet so gut vorwärts, als es nur irgend unter den günstigsten Verhältnissen überhaupt vorkommt. Zumal bei reizbaren, ängstlichen Kranken, bei denen aus Gründen eine Extraction des Staares gemacht werden muss, rathe ich sehr, diese unter Anwendung des Chloroforms zu verrichten; ebenso rathe ich zur Anwendung dieses Mittels in denjenigen Fällen, wo man eine sehr feste, lederartig verdickte Linsenkapsel, zumal wenn diese an der Iris adhärirt, extrahiren will, denn es ist das einzige Mittel, um eine solche Operation auszuführen, ohne Gefahr zu laufen, Vorfall der Iris und selbst des Glaskörpers zu veranlassen.

Auch bei der Discision des Staars gewährt die Chloroformnarkose wesentliche Vortheile. Da der Augapfel vollkommen ruhig bleibt, so kann man die Zerstörung der Linsenkapsel nach allen Richtungen vollbringen und dies wird noch durch den Umstand erleichtert, dass sich die erweiterte Pupille während der Dauer der Narkose nicht contrahirt. Daher kann man nicht bloss die zu trennenden Theile besser übersehen, sondern auch mit grösserer Leichtigkeit einzelne Linsenpartien theils in den Grund des Glaskörpers herabsenken, theils in die vordere Augenkammer werfen. Auch bei dieser Operation, wo man zur Erreichung des Zweckes den Balken der Nadel oft in der Wunde hin und her bewegen und mit der Nadelspitze im Innern des Auges verschiedene Trennungen machen muss, leidet dasselbe bei weitem weniger, wenn es sich im Zustande vollständiger Erschlaffung und gänzlicher Reizlosigkeit befindet.

Indem ich der Anwendung des Chloroforms bei Augenoperationen, und namentlich bei der Operation des grauen Staars mit Wärme das

Wort geredet, will ich nicht hoffen, Veranlassung zu geben, dass diese wichtigen Operationen in unberufene, vielleicht selbst in ungeschickte und rohe Hände kommen. Bis jetzt hatten Unwissenheit und Charlatanerie eine ehrerbietige Scheu vor den Operationen am menschlichen Auge, und sie beschränkten sich darauf, höchstens den Cataractösen glauben zu machen, dass sie ihnen auch ohne Operation das Gesicht wiederzugeben im Stande wären. Die Wirkung des Chloroforms könnte sie ermuthigen, zur Operation selbst zu schreiten. Am sichersten wird dies verhindert, wenn Männer der Wissenschaft und vorzüglich diejenigen, welche sich der Kultur der Augenheilkunde gewidmet, die Sache in ihre Hand nehmen und sich ihre Pflege angelegen sein lassen, was ich abermals und abermals wünsche.

Collodium gegen Erysipelas.

Von

Dr. L. Spengler in Herborn.

In No. 36. der „deutschen Klinik" 1850 habe ich einen Aufsatz über „die abortive Behandlung des Erysipelas durch Collodium" geliefert, und bei dieser Gelegenheit um Wiederholung des Experiments gebeten. Herr Dr. Posner hat die Wirksamkeit des Collodiums bestätigt gefunden, und darüber auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Greifswald berichtet. Allein auch von jenseits des Oceans finde ich meine Behandlungsweise des Erysipelas bestätigt, indem Dr. J. W. Freer in Illinois mit dem gewünschten Erfolg sich der Collodiumbestreichung bei Erysipelas bedient. Augenblicklich, sagt er, ist Besserung eingetreten, und die Röthe verschwunden. So wird nämlich in dem nordamerikanischen Monatsbericht 1. Hft. 1850 S. 22. No. 6. aus N. W. Med. and surg. Journ. Jan. 1850 mitgetheilt. Auch in Frankreich wurde diese Methode mit Erfolg geübt. Robert Latour schreibt in der Gazette des hôpitaux 1850 No. 32., dass er die Hautentzündungen durch Beschränkung der vermehrten Wärmeentwicklung behandle. Nach den Versuchen Fourcault's liegt in der unmittelbaren Wirkung der atmosphärischen Luft auf die Haut die nothwendige Bedingung zur Wärmeentwicklung. Daher hatte Latour bei allen entzündlichen Affectionen der Haut eine dicke Gummilösung aufgetragen, die er mit Stärkemehl stark bestreute. Statt dieser nimmt er in neuester Zeit Collodium, und erfreut sich des schönsten Erfolgs.

Zu den früher von mir mitgetheilten Fällen kann ich jetzt wieder 5 neue mittheilen, die alle in schnellster Zeit in Genesung übergingen.

1) Eine 40 Jahr alte Frau stiess sich im Wald beim Holzholen einen Dorn in den Rücken des Fusses. Erst nach ein Paar Tagen wurde meine Hülfe wegen sehr heftiger Schmerzen in Anspruch genommen. Ich zog den Dorn aus; allein des andern Tags hatte sich der ganze Fussrücken entzündet, war sehr roth, heiss, angeschwollen, schmerzhaft, kurz, es hatte sich zur Verwundung ein *Erysipelas traumaticum* gesellt. Der Fuss wurde mit Collodium bestrichen: alsbald schwand die Röthe und der Schmerz. Den nächstfolgenden Tag war die Collodiumdecke an vielen Stellen gesprungen, weswegen eine neue und dicke Schicht aufgetragen wurde. Nach 2 Tagen ging die Frau ihren Geschäften nach und war vollkommen gesund.

2) Ein zweijähriges Kind, das früher schon einmal an einem Erysipelas des Unterschenkels gelitten, bekam die Gesichtsrose, die, an der Nasenwurzel beginnend, in 2 Tagen die Stirn, beide Augen und den obern Theil der Wangen ergriffen hatte. Am dritten Tage wird die ganze ergriffene Hautpartie mit Collodium bestrichen. Sogleich fällt die Geschwulst, dass die Augen frei werden. Das Kind wohnt in einem 1½ Stunden entfernten Dorfe, und die Eltern sagen keine Nachricht mehr, weil die Krankheit von der Stunde der Bestreichung stets besser wurde, so dass sich das Kind, das sehr stark gefiebert hatte, in ein Paar Tagen vollkommen erholt hatte.

3) Ein 20jähriges, seit einem Jahre menstruirtes Mädchen bekommt um die Nähe des Fussgelenks ein Erysipelas, wie es vor einiger Zeit ein gleiches am andern Fusse gehabt hatte. Die Rose breitet sich über die Hälfte der Wade aus, und ist sehr schmerzhaft. Puls 100, weisse Zunge, Appetitlosigkeit, kein Schlaf, Stuhl angehalten, Urin braun. Der Fuss wird dick mit Collodium bestrichen, und des andern Tags kann das Mädchen das Bett verlassen und ist in wenig Tagen vollkommen hergestellt.

4) Ein 14jähriges, noch nicht menstruirtes, anämisches Mädchen mit einer dicken Oberlippe sucht Hülfe, weil es sich durch eine Erkältung eine Entzündung der Oberlippe zugezogen habe. Die ganze Oberlippe war roth, gespannt, schmerzhaft, so geschwollen, dass sie unbeweglich; diese Geschwulst verbreitete sich über die beiden Nasenflügel und fing an, sich auf die Wangen fortzusetzen. Dabei fieberte das Mädchen, hatte Brechneigung und Stuhlverstopfung. Alle ergriffenen Hautpartien wurden mit Collodium bedeckt; sogleich milderte sich der Schmerz und die Röthe verlor sich. Am dritten Tage war das Mädchen ohne jede andere Medication gesund, ja am zweiten Tage ging es schon im Hause umher.

5) Ein 16jähriger Schuhmacherlehrling bekommt die Gesichtsrose. Die rechte Wange wird roth, entzündet sich, die Geschwulst setzt sich auf beide Lider des rechten Auges fort. Am dritten Tage wird die ganze Gesichtshälfte mit Collodium bestrichen. Zwei Tage nachher besucht mich der Kranke, weil es ihm so wohl sei, dass er mir den Weg sparen könne. Das Auge war vollkommen frei, nur die Wange war noch erysipelatös geröthet. Es wurde eine neue Schicht Collodium aufgetragen, und abermals 2 Tage nachher begegne ich dem Lehrling auf der Strasse, woselbst er mir sagte, dass er vollkommen wohl sei, er arbeite wieder wie vorher, und das Essen schmecke ihm wieder vortrefflich. Seine rechte Gesichtshälfte glich vollständig der linken.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der Poliklinik des Prof. Seitz zu München.

Ein Fall von Emphysem und Pneumonie.

Eva A., 45 Jahre alt, Maurersfrau, war zum erstenmale im März 1845 an einer Pneumonie in poliklinischer Behandlung. Die Krankheit nahm günstigen Ausgang. Im Mai vorigen Jahres suchte sie wieder bei der Anstalt Hülfe gegen einen acuten von Fieber begleiteten Bronchialkatarrh. Bald nachdem derselbe gehoben, traten neuerdings die Erscheinungen der Bronchostase auf, die mit wechselnder Besserung den Sommer und Herbst hindurch anhielten, und auf den fortgesetzten Gebrauch des *Oleum jecoris asel.* sich minderten. Auch im letzten Winter litt sie an Husten, Dyspnöe, ihr Aussehen war kachektisch. Am 14. Mai d. J. ward sie von Fieber mit grosser Abgeschlagenheit, Schmerz in der Brust und Husten befallen. Der Husten war trocken und steigerte die Dyspnöe der Kranken. Die Percussion ergab über die ganze Brust, besonders in der Gegend des Sternum, einen hellen, vollen Ton. Bei der Auscultation vernahm man auf der linken Seite rauhes blasendes Athmungsgeräusch, am Sternum und auf der rechten Seite bei der Inspiration ein Knistern. Die Zunge war weiss belegt. Die Kranke klagte über heftigen Schmerz in der Stirngegend. Diese Erscheinungen, zusammengehalten mit dem kurzen keuchenden Athmen, dem beschleunigten weichen Puls, der grossen Schwäche und Unruhe der Kranken, führten zu der Diagnose einer Bronchitis (deren Anfällen sie schon öfter früher ausgesetzt war), und zwar mit Verbreitung der Stase in die feineren Verzweigungen der Bronchien. Es wird ihr ein Aderlass und ein *Decoct. Alth.* mit *Nitr.* ʒjß und *Tart. stib.* gr. j verordnet.

Am andern Tage, den 15. Mai, zeigte sich nach einer unruhigen Nacht der Zustand von Prostration der Kräfte, der gestern schon wahrnehmbar war, gesteigert. Ihr Gesicht war livid, hatte den Ausdruck von Angst und Athemnoth. Sie lag meist auf der rechten Seite, auf der sie auch über mehr Schmerz klagte. Bei der Percussion erschien der Ton in der rechten Subclaviculargegend gedämpft. Die Auscultation ergab auf der rechten Seite vorn und rückwärts crepitirendes Geräusch und Aegophonie. Mit dem häufig wiederkehrenden Husten wurden heute schaumige, blutgefärbte Sputa in mässiger Quantität herausbefördert. Es wurden in der Minute 112 Pulsschläge gezählt. Der Puls war nach der Venaesection noch weicher geworden. Dass neben der Bronchitis sich auch Entzündung im rechten oberen Lungenlappen gebildet habe, war aus den angegebenen Erscheinungen nicht schwer zu erkennen. Eben so leicht war ihr allmäliges Weiterschreiten nach abwärts aus der in der Richtung an Umfang zunehmenden Dämpfung des Percussionstones in den folgenden Tagen zu entnehmen und zu verfolgen. Im Verhältnisse zu denselben steigerten sich die Athemnoth und die Fiebererscheinungen. Die Kranke war von grosser Unruhe, nächtlichen Delirien, Durst gequält, die Haut war heiss, der Puls weich, klein, sehr beschleunigt (130 Schläge in der Minute). Sie liess gerötheten Urin in mässiger Quantität und hatte täglich einige flüssige Stühle, wohl in Folge der medicamentösen Einwirkung. Sie erhielt die letzten Tage: *Decoct. Alth.* ℥vj, *Tart. stib.* gr. vj, *Syr. Alth.* ℥j. Auf die rechte Seite des Thorax wurden zuerst Schröpfköpfe, dann Vesicantien applicirt, ohne dass dadurch einige Abnahme der Krankheitserscheinungen erzielt worden wäre. Auf der rechten Seite reichte

die Dämpfung des Percussionstones von der Clavicula bis zur 5. Rippe herab, bei der Auscultation wurden hier wie auf der linken Seite nur Rasselgeräusche gehört. Selten nur wurden mit dem Husten spärliche blutgemengte Sputa herausgebracht. Auf dem lividen Gesichte der Kranken prägte sich die höchste Athemnoth aus, in der sie am 20. Mai Morgens 6 Uhr verschied.

Die Section wurde 24 Stunden später von dem Hrn. Prosector Dr. Thiersch vorgenommen und ergab:

Aeussere Besichtigung: Bedeutende Abmagerung; der Thorax ist schmal und eng, die Lebergegend wie eingeschnürt; Gebärfalten der Bauchhaut; Varices an den Unterschenkeln. Bei der Eröffnung des Thorax sinken die Lungen nicht zusammen, weil sie allseitig zellgewebig verwachsen sind, und an den anderen Rändern sich grossblasiges Emphysem wahrnehmen lässt. Die Oberfläche der linken Lunge zeigt blasige Erhabenheiten von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Kirsche. Diese Blasen sind fast überall mit einem schwarzen, punktirten, schmalen Pigmentringe umgeben. Die meisten sind von Luftgehalt durchscheinend, einige enthalten runde kugelige Pfröpfe von weissgelber Farbe und gallertiger Consistenz. Die Blasen communiciren mit Bronchialästen und ihre Pfröpfe setzen sich stielförmig in letztere fort. Die blasigen Erweiterungen, bald mit Luft, bald mit Pfröpfen gefüllt, finden sich durch's ganze Parenchym der Lunge, am zahlreichsten und grössten im oberen Lappen, und zwar an seiner Oberfläche, wo sie sich dem Auge als runde, erhabene, gelbe Flecken von Erbsengrösse und darüber darstellen. Im oberen Lappen zeigt sich ausserdem im Umkreise von beiläufig 2 Zoll eine tuberculöse Hepatisation, sonst wie im unteren Lappen vermehrter Blutgehalt. Die Schleimhaut der Bronchien ist geröthet, die Bronchialdrüsen sind pigmentirt. Die rechte Lunge ist theilweise mit frischem Faserstoffexsudat bedeckt. Ihr vorderer Rand zeigt dieselbe emphysematöse Veränderung, wie der der linken Lunge. Ausser dieser Partie ist sie in ihrem ganzen Umfange im Zustande der rothen Hepatisation, die im oberen und mittleren Lappen den Uebergang in die graue wahrnehmen lässt. Auch in dem hepatisirten Theile finden sich Erweiterungen überall mit Pfröpfen erfüllt, welche im Centrum zerfliessen. Auf einem Durchschnitte sieht man in den Bronchien dünne Faserstoffgebilde, an denen die kugeligen Pfröpfe wie Beeren traubig anhängen. Da die blasigen Erweiterungen hier sämmtlich mit Exsudat gefüllt sind, so erscheint die Oberfläche bei gleichzeitiger ringförmiger Pigmentirung in erbsengrosse gelbliche Felder abgetheilt. Die zwischen diesen Erweiterungen befindliche Lungensubstanz zeigt auf dem Durchschnitt griesige Vorsprünge. Die Pfropfbildung ist am stärksten da, wo die Hepatisation im Uebergange zur grauen begriffen ist. Die grossen Lungengefässe sind leer, die Bronchialschleimhaut ist geröthet, die Bronchialdrüsen sind pigmentirt und weich. Der Herzbeutel enthält etwas Serum. Das Herz selbst ist welk. Im rechten Ventrikel wie im rechten Vorhof zähes Faserstoffgerinnsel, ebenso im linken Ventrikel und in der Aorta. Die Leber erscheint an ihrem oberen Rande gekerbt, an ihrer Oberfläche hügelig, namentlich am unteren Theile des rechten Lappens. Auf dem Durchschnitt fühlt sie sich höckerig und derb an; beginnende Cirrhose. Die Gallenblase enthält eingedrückte dunkle Gallenfarbstoff-Concremente. Die Milz zeigt gewöhnliche Grösse, auf dem Durchschnitt blaurothe Färbung und gewöhnliche Consistenz. Das Pancreas normal, ebenso der Darmkanal. Die Magenschleimhaut ist streifig geröthet. Die Nieren sind mässig mit Blut gefüllt, das linke Nierenbecken enthält eingedickten Urin.

Die von Hrn. Dr. Thiersch vorgenommene Untersuchung der Pfröpfe und des Infiltrates ergab den Epithelialzellen ähnliche Zellen, Eiterkörperchen, Körnchenzellen, freie Kerne und Moleküle. In den erweichten, im Zustande der grauen Hepatisation befindlichen Stellen der rechten Lunge bildeten die Eiterkörperchen die Hauptmasse neben den Molekülen, während in den Pfröpfen der übrigen Theile die epithelähnlichen Zellen und freien Kerne vorherrschten.

M. H.! Zu der eben von dem Hrn. Praktikanten D. vorgelesenen Krankengeschichte mit Sectionsbericht habe ich noch einige Bemerkungen zu machen. Der vorliegende Fall bietet eine interessante Complication von pathologischen Veränderungen der Lungen, wie ich sie noch nie beobachtet, und mich auch nicht erinnere, beschrieben gelesen zu haben: die Ausgänge der Entzündung in emphysematischen Lungen mit Exsudatablagerung in den Emphysemblasen. Suchen wir zuerst die genetische Aufeinanderfolge der pathologischen Veränderungen, die die Section nachwies, durch Vergleichung mit den anamnestischen und symptomatischen Ergebnissen der Krankengeschichte aufzufinden.

Die Verblichene ward vor 5 Jahren an einer Pneumonie poliklinisch behandelt, die wahrscheinlich mit Pleuritis complicirt war, und von der die zellgewebigen Verwachsungen an beiden Lungen, die sich bei der Section fanden, herrühren mögen. Vor einem Jahre ward sie von einem von Fieber begleiteten Bronchialkatarrh befallen, der seitdem öfter wiederkehrte und anhaltend wurde. In dieser lange dauernden Bronchostase ist wohl die Ursache der Entstehung des Emphysems zu suchen. Langdauernde Bronchialkatarrhe gelten seit Laennec als die häufigste Veranlassung des Lungenemphysems, der Erweiterung der Lungenbläschen. Die im chronischen Katarrh vorhandene Verstopfung der kleinen Bronchien durch Secret und die angeschwollene Mucosa selbst bedingt verstärkte Inspirationen. Nach Laennec und Rokitansky führen gewaltsame Inspirationen zu starker Ausdehnung der Lungenbläschen, wodurch endlich Erlahmung der Contractilität des Lungengewebes, und hiermit eine Stagnation der Luft in den erweiterten Lungenbläschen erzeugt werden. Grössere Emphysemblasen, wie sie sich am vorderen Rande beider Lungen fanden, entstehen durch Zerreissung der Scheidewände und Zusammenfliessen mehrerer erweiterter Lungenzellen.

Die Ausdehnung der blasigen Erweiterungen und die weite Verbreitung derselben über beide Lungen erlauben uns wohl zu schliessen, dass das Emphysem bei unserer Kranken ältern Datums und wohl auch die Ursache der Dyspnöe war, an der sie schon im letzten Winter litt. Im Verlaufe der letzten Krankheit, in der sie wieder unsere Behandlung ansprach, steigerte sich wohl das schon vorhandene Emphysem, nachdem ein grosser Theil der Lunge durch Hepatisation impermeabel geworden war. In Pneumonien entsteht ja öfter in Folge der Unwegsamkeit eines grössern Theils des Lungenparenchyms emphysematische Ausdehnung der Lungenbläschen rasch als vicarirende Entwicklung.

Veranlassung zu ihrer letzten Erkrankung gab wohl eine Verkältung, die sie sich bei der damals kühlen Witterung, ungeachtet ihrer seit längerer Zeit dauernden Athmungsbeschwerden, allen Geschäften ihrer Hauswirthschaft nachkommend, beim Waschen zuzog. Unter dem Einflusse dieser äussern Schädlichkeit steigerte sich die schon vorhandene Stase der Bronchien zur Bronchitis, deren Erscheinungen im Beginne der Krankheit vor denen der Pneumonie ausgeprägt waren, und verbreitete sich auf das Parenchym der Lungen. Das Hinzutreten von Pneumonie zur Bronchitis wird nicht selten beobachtet, und verschlimmert, wie in unserm Falle, den Verlauf der Erkrankung. Die Pneumonie gewann rasch weite Verbreitung über die rechte Lunge, deren Ausdehnung sich nach den Symptomen im Leben verfolgen liess. Auch die Pleura nahm hier an der Entzündung Theil. Später erst bildete sich die Pneumonie nach den Erscheinungen im Leben und den Ergebnissen der Section in der linken Lunge. Diese zeigte sich nämlich im Zustand der Hyperämie bis auf eine Partie des obern Lappens, wo Hepatisation vorhanden war, während sich diese der weiter fortgeschrittenen Entzündung entsprechende Veränderung fast über den ganzen Umfang der rechten Lunge verbreitet vorfand. Die Hepatisation liess hier im obern Lappen, von wo aus die Erscheinungen der Pneumonie zuerst constatirt worden waren, schon den Uebergang in die graue wahrnehmen.

Vergegenwärtigen wir uns den mechanischen Vorgang der Entzündung in den Lungen, so weit ihn die pathologische Histologie bis jetzt aufgehellt hat, so wird uns die Entstehung der eben angegebenen Veränderungen des Lungenparenchyms und die in diesem Falle eigenthümliche pfropfförmige Ablagerung in die Emphysemblasen erklärlich werden. Derselbe stellt sich in folgender Weise dar: Nach verschiedenen äussern Schädlichkeiten, meistens in Folge von Verkältung, wie auch im gegebenen Falle, wird das Blut im Uebermaass nach den Lungen gedrängt und stockt dort in den Capillargefässen. Sein Plasma exsudirt über die freie Oberfläche der Lungenbläschen und die feinen Bronchialverzweigungen, und erfüllt diese allmälig, so dass sie für die Luft verschlossen werden. Anfangs flüssig, geht dieses Exsudat die gewöhnlichen Metamorphosen des Exsudats durch, wird consistenter und giebt, als dichte Masse in die Lungenbläschen abgelagert, der Lunge eine der Leber ähnliche Consistenz und röthliche Farbe, daher der Veränderung der Name Hepatisation wurde.

Anfangs amorph, treten später Spuren von Organisation in Kügelchen und granulirten Körnern in ihm auf, zugleich werden die Wandungen der Lungenzellen erweicht; es kommt wie in unserm Falle in ihm zur Bildung von Eiter. Dadurch bekommen die entzündeten Partien eine graue Färbung, auf der Durchschnittsfläche ein griesiges, granulirtes Ansehen. Dieses rührt von den kleinen Pfropfen des Exsudats her, die die Lungenbläschen ausfüllen. Dasselbe hatte sich in den grössern emphysematischen Erweiterungen in grössere runde Pfröpfe, in den mit ihnen communicirenden Bronchialästchen ihrer cylindrischen Gestalt entsprechend, stielartig geformt. Durch die Stase waren die feinen Bronchialverzweigungen, die Lungenbläschen und die emphysematischen Erweiterungen derselben mit Exsudat gefüllt worden, das dieselbe Verwandlung durchmachte. Die mikroskopische Untersuchung wies dieselben Elemente im Infiltrate des Lungenparenchyms wie in den Pfröpfen der Emphysemblasen nach. Die Pfropfbildung fand sich in ihnen, soweit die Entzündung reichte, am stärksten entwickelt da, wo die *Hepatisatio grisea* sichtbar wird, im obern rechten Lungenlappen. Dort, wo die Entzündung und Exsudatablagerung zuerst ein-

getreten war, zeigten sich die Pfröpfe im Centrum, wo Faserstoffcoagula zuerst wieder erweichen, zerfliessend.

Die Kranke starb auf der Höhe der Krankheit. Bei der weiten Verbreitung der Pneumonie in emphysematösen Lungen bei einem Subjecte, das durch längeres Kranksein schon geschwächt war, musste der Tod bald eintreten und unsere Behandlung erfolglos sein. Wir verordneten zuerst eine Venäsection. Die Schwäche der Kranken, die darauf sichtlich zunahm, hielt uns von weitern allgemeinen Blutentziehungen ab, die bei *Bronchitis capillaris* immer nur mit grosser Vorsicht anzuwenden sind. Der *Tartarus emeticus* in grossen Gaben, von dem wir in Pneumonien schon mehrfach gute Wirkungen gesehen haben, die örtliche Application von Schröpfköpfen und Vesicantien blieben erfolglos.

Scharlachkrankheit ohne Hautausschlag.

Von

Dr. G. v. Breuning in Wien.

Manche Aerzte wollen das Bestehen einer Krankheit nicht diagnosticiren, wenn nicht alle derselben zukommende Erscheinungen sich kund geben; doch geschieht es häufig, dass, nicht allein nach Verschiedenheit einer jeden Individualität und eines jeden Falles, eine oder die andere, oder mehrere Erscheinungen der bestehenden Krankheit mit Vorzug hervor-, dafür andere zurücktreten, sondern dass deren eine oder mehrere fehlen. So tritt die asiatische Brechruhr auch ohne Erbrechen und Durchfall auf, und, geschweige deshalb weniger Brechruhr zu sein, stellt sie sich alsdann gerade als bei weitem bösartigere Krankheit dar; — so sah ich vollkommene Amaurose mit fortbestehender Beweglichkeit der Iris, — so geschah es, dass man sich veranlasst sah, jener Gattung von Wechselfieber, dem die Fiebererscheinung geradezu fehlt, und das sich durch periodisches Auftreten eines bestimmten Leidens kundgiebt, einen besondern Namen beizulegen: verlarvtes Wechselfieber; — so giebt es namhafte Hämorrhoidalleiden ohne örtliche Veränderung der Hämorrhoidalgefässe, und wieder ausgedehnte Varicositäten an den untern Extremitäten, welche kaum beachtet werden u. s. w. Ich kannte den Professor einer chirurgischen Klinik, welcher in 10 Jahren nur 2 Mal einen Chanker als unzweifelhaft zu diagnosticiren wagte, da ihm in allen übrigen Fällen ein oder das andere der wesentlichen Zeichen fehlte, z. B. einmal der speckige Grund oder der harte Rand, oder das nicht zu verwischende Secret u. dgl.

Die grossartige Erscheinung des Hautausschlages bei der Scharlacherkrankung, das gewöhnliche Besserwerden der übrigen, dieselbe begleitenden Erscheinungen, sobald eben diese Hauterscheinung leicht und allgemein hervortritt, oder regelmässig verläuft, dagegen die dem plötzlichen Verschwinden (Rücktritte) derselben folgende allgemeine Verschlimmerung, haben lange und vielseitig zu dem Irrglauben bewogen, dass der Ausschlag eben das Wesentliche dieser Krankheit sei. Wenn gleich nun in neuer Zeit Mehrere, letztlich auch Schneemann, viel Licht über diese Krankheitslehre gebracht haben, so scheint mir doch folgender Fall in diesem Sinne bemerkenswerth genug, um mitgetheilt zu werden.

Drei Kinder eines Hausknechts waren an Scharlach erkrankt und gestorben. Der Vater, welcher sich viel mit der Pflege derselben befasst hatte, verspürte nur etwas Halsweh, als er der Beerdigung derselben auf dem Friedhofe vor der Stadt bei kühlem Wetter beiwohnte. Bald darnach bildete und verbreitete sich Anasarca über seine ganze Körperoberfläche. — Ich konnte, ungeachtet besten Nachforschens, aus der Anamnese nichts weiter als eben nur von den geringen Halsschmerzen erfahren; das Anasarca aber schwand nach mässigem Gebrauche üblicher Diuretica.

Kothfistel, durch Lauge und Kartoffeln geheilt.

Von

Dr. G. v. Breuning in Wien.

Mehrfache Beobachtungen legen den kranken Kartoffeln eine stuhlanhaltende Einwirkung auf den menschlichen Organismus bei; ich hatte von dem Genusse der guten, gesunden Kartoffeln in einem bemerkenswerthen Krankheitsfalle gerade die entgegengesetzte Wirkung zu beobachten Gelegenheit, und, unterstützt durch diese Eigenschaft, auch das Glück, den oft unheilbaren Fall zu heilen.

Es betraf einen widernatürlichen After, und, weit entfernt, hiermit die erwähnte stuhlbefördernde Eigenschaft der gesunden Kartoffel als Regel aufstellen zu wollen, erlaube ich mir, den Fall, einerseits der erzielten Heilung wegen, andererseits deshalb mitzutheilen, um bei vorkommender Unwirksamkeit bekannter mildernder Mittel auf obige (vielleicht auch vereinzelt bleibende) Beachtung hinzuweisen.

Die 34 Jahre alte Frau eines Maurers und Mutter eines bereits 8jährigen Knaben hatte einen rechtsseitigen Leistenbruch jahrelang unbeachtet gelassen, als dessen Einklemmung sie zur Herbeirufung eines Wundarztes bestimmte. Dieser, ungeduldig über die Erfolglosigkeit seiner Einrichtungsversuche und nicht ganz nüchtern, brachte einen derberen Stoss auf die Bruchgeschwulst an, und unter plätscherndem Geräusche fuhr der Inhalt in die Bauchhöhle zurück. Nach kurzer Zeit hatte sich eine Kothfistel gebildet, und die Kranke deshalb mehrere Wochen auf einer Klinik zugebracht.

Als ich dieselbe sah, floss aus der schwieligen, entzündlich gerötheten, und mässig schmerzhaften Fistelöffnung der grösste Theil des Kothes dünn und jauchig, und ebenso das sofort von mir verordnete Saidschützer Wasser, wie jedwede genossene Flüssigkeit, z. B. Suppe u. dgl. m. ab, während Entleerungen auf dem natürlichen Wege nur durch Anwendung von Klystieren und ungenügend zu erzielen waren. Die Kranke vermochte den rechten Fuss nicht zu strecken, genoss nur Suppe und fühlte sich in Folge der mangelhaften Ernährung sehr geschwächt. — Ausser den zur Erzielung natürlicher Stuhlgänge angeordneten Klystieren empfahl ich, die Fistelöffnung Tags über unausgesetzt mit Holzaschenlauge zu benetzen, und des Nachts damit getränkte Bauschen überzulegen. — So stand das Leiden bereits mehrere Monate in gleichem Verhältnisse, hauptsächlich begünstigt durch die Schwierigkeit, eine geregelte Oeffnung durch den Mastdarm zu erhalten (demzufolge fast aller Koth durch die Fistel hervortrat). Die Kranke bekam nun ein unwiderstehliches Gelüste, einige in der Schaale gekochte Kartoffeln zu essen, und einige Stunden darnach erfreute sie sich der ersten besser geformten Kothentleerung durch den After. Sie ass am folgenden Tage wieder Kartoffeln mit demselben Erfolge, wodurch neben den unveränderlich fortgesetzten Laugenwaschungen und Ueberschlägen das Leiden binnen 5 Monaten vollkommen und bleibend geheilt worden ist. Bemerkenswerth ist noch, dass auch die Bruchvorlagerung in Folge der zurückhaltenden Narbenhärte ein Jahr lang gehoben ward, dann aber wieder sich zeigte, und nun fortan durch ein entsprechendes Bruchband zurückgehalten wird.

Mittheilungen aus der chirurgischen Praxis des Dr. A. Genth in Schwalbach.

1. *Fungus medullaris testiculi*, für Hydrocele gehalten, Exstirpation; *Tetanus traumaticus chronicus*, Tod.

Bérard in seinem *Traité du diagnostic dans les maladies chirurgicales etc.* Paris, 1837. p. 113. sagt: *„Le diagnostic de l'engorgement encephaloide du testicule offre souvent d'assez grandes difficultés. L'aspect piriforme ou ovalaire de la tumeur, sa mollesse et son élasticité, l'apparante fluctuation qu'on y ressent, peuvent la faire prendre pour une hydrocèle; et parmi les chirurgiens, qu'une longue pratique dans les hôpitaux a mis à même de rencontrer fréquemment cette affection, il n'en est presque aucun qui n'ait fait l'aveu d'avoir commis une semblable méprise."* Bérard führt Fälle von Wardrop, Cooper, Pott, Hunter, Béclard etc. auf, in welchen der Markschwamm des Hodens mit Hydrocele verwechselt worden ist. Ich trage daher kein Bedenken, einen Krankheitsfall zu veröffentlichen, in welchem ich mit einem geachteten hiesigen Arzte denselben Irrthum beging.

Im Frühjahr 1844 kam ein Bauer aus einem benachbarten Amte zu mir, um mich wegen einer bedeutenden Geschwulst im Hodensack zu Rathe zu ziehen. Mehrere Aerzte, welche er vorher in gleicher Absicht besucht hatte, waren in ihren Ansichten über die Natur des Uebels verschiedener Meinung. — Die Geschwulst, in der rechten Seite des Scrotum, hatte sich seit einem Jahre nach und nach ausgebildet, war schmerzlos, nicht empfindlich bei Berührung, birnförmig, ganz eben, ohne die geringste Erhabenheit, etwa 6—7 Zoll lang. Die Spitze derselben verlor sich im *Annulus abdominalis*, ohne dass eine scharfe Begrenzung gefühlt werden konnte. Der Hals, am äusseren Leistenringe etwa $^3/_4$ Zoll im Durchmesser haltend, wurde nach unten zu dicker, und die Geschwulst mass in ihrem grössten Durchmesser (im unteren Drittheile) 3 Zoll. Sie war nicht durchscheinend. Am hinteren oberen Theile des Halses konnte man eine abgegrenzte, ovalrundliche Erhabenheit unterscheiden, welche etwas kleiner war, als der Hoden der linken Seite, und in der der Kranke beim Druck dieselbe Empfindung haben wollte, als bei der Compression des gesunden Testi-

kels. — Die Hauptgeschwulst war gleichmässig prall, am unteren Ende ganz deutlich fluctuirend, die äussere Haut des Scrotums verschiebbar, überall gesund, ohne Gefässentwickelung. Keine Anschwellung der Drüsen in den Weichen. Allgemeinleiden in dem kachektischen Aussehen sehr ausgesprochen. Ursache unbekannt.

Die Fluctuation, die birnförmige Gestalt und die durchaus ebene Beschaffenheit der Geschwulst liessen mich eine Hydrocele diagnosticiren. Die mangelnde Transparenz konnte ihren Grund in Verdickung der Scheidenhaut haben. — Ich machte die Punction mit einem feinen Troicart, sah aber beim Zurückziehen des Stilets, statt Wasser, nur etwas hirnartige Masse ausfliessen. — Exstirpation sogleich. Das Scrotum wurde vom Leistenringe bis zum Ende der Geschwulst eingeschnitten und das Afterprodukt leicht und schnell bis in den *Canalis inguinalis* auspräparirt. Es war an letzter Stelle begrenzt, und ich legte oberhalb desselben eine starke Ligatur um den ganzen Samenstrang, die rasch und fest zugezogen wurde. — Die unterhalb des Fadenbändchens abgeschnittene Masse zeigte alle Merkmale des Markschwammes, und die auf der hinteren oberen Seite befindliche kleine Geschwulst war eine Hydatide.

Nach gehöriger Reinigung der grossen Wunde wurde die Höhle mit Charpie ausgefüllt und das Ganze mit Heftpflastern vereinigt. — In den ersten 14 Tagen nach der Operation ging Alles nach Wunsch. Der sehr erschöpfte Kranke erholte sich merklich, und die Wunde hatte sich bei gesunder, üppiger Granulation bis zur Länge von 1½ Zoll vom Grunde aus schön geschlossen. Das unterbundene Stück des Samenstranges war etwa ¾ Zoll oberhalb der Ligatur abgefallen. Da trat zu Anfang der dritten Woche, ohne dass der geringste Fehler im Verhalten des Kranken begangen worden war, Trismus ein. In der Wunde zeigte sich übrigens keine Veränderung, nur war die Unterbauchgegend der rechten Seite etwas empfindlich bei der Berührung. Im Rückenmarke keine Krankheitserscheinungen, kein Fieber. — Ich setzte eine tüchtige Portion Blutegel auf die schmerzhafte Stelle des Unterleibes oberhalb der Wunde, liess narkotische und erweichende Cataplasmen darauf machen und gab Calomel mit Opium. Der Trismus blieb unverändert. Auch Morphium in starken, stets steigenden Dosen bewirkte keinen Nachlass in der Zusammenziehung des Masseter; im Gegentheil, die Schlingmuskeln wurden in Mitleidenschaft gezogen. Ich reichte darauf *Laudanum liquid. Sydenh.* steigend bis zu 60 Tropfen zweistündlich, liess Einreibungen von *Unguent. neapolit.* in den Unterleib machen, setzte den Kranken jeden Tag eine Stunde lang in ein Laugenbad von 28° R. und verordnete ausserdem täglich einige Tabacksklystiere. — 14 Tage lang wurde mit den genannten Mitteln fortgefahren, und es war eine enorme Quantität Opium verbraucht worden. Allein es trat auch nicht die geringste Besserung ein. Die Zusammenziehung der Muskeln setzte sich weiter fort auf den Unterleib, der wie ein Brett anzufühlen war, auf die oberen und unteren Extremitäten und den Rücken. Erscheinungen von Opiumvergiftung stellten sich nicht ein: der Kopf blieb stets frei. Da die Kräfte sehr schwanden, vertauschte ich das Opium mit grossen Gaben Moschus, später Kampher und *Sal volatil.* c. c. Allein auch dies blieb ohne Erfolg. Der Tetanus setzte sich auf die Brustmuskeln fort, und der Kranke starb nach weiteren 16 Tagen, also 30 Tage nach Beginn des Trismus. Die Section wurde nicht gestattet.

2. *Calculus vesicae urinariae.* Steinschnitt. Heilung.

Die 45jährige Frau des Ph. L. zu Rettert, 5 Mal künstlich entbunden wegen Enge des Beckenausganges, wobei die Kinder immer todt zur Welt kamen, leidet seit ¾ Jahr an heftigen Blasenstein-Beschwerden: des Nachts auftretende furchtbare Schmerzen in der Blase, dem Leibe und Rücken, *Incontin. urinae*, Brennen in den Handflächen und Fusssohlen etc. Sie hat fast diese ganze Zeit auf den Knieen im Bett sitzend zugebracht, weil in dieser Stellung die Schmerzen am erträglichsten gewesen sein sollen. Beide Kniee waren durchgelegen. — Die Untersuchung mit dem Katheter zeigte sogleich einen unebenen, grossen Stein, der ganz unbeweglich von der eng um ihn zusammengezogenen Blase gehalten wurde. Das Allgemeinbefinden ziemlich gut, nur grosse nervöse Reizbarkeit und gänzliche Schlaflosigkeit.

Ich verrichtete die Operation am 21. Februar 1842.

Nach gehöriger Lagerung und Befestigung der Kranken wurde zum Schutze für die hintere Wand der Scheide ein hölzernes Gorgeret in dieselbe eingeführt, alsdann eine Knopfsonde zum Wegweiser in die Harnröhre gebracht, und der Schnitt mit dem *Lithotome caché* von Frère Come gerade nach unten geführt. Das Einbringen der Zange geschah auf dem Zeigefinger, nachdem die Leitungssonde entfernt worden war. Das Fassen des Steines war Anfangs schwierig, da die Blase sich fest um ihn zusammengezogen hatte, gelang jedoch bald, und die Extraction förderte ein Stück des Steines von der Grösse eines Taubeneies zu Tage. Die weitere Ausziehung in einem Stücke war unmöglich, da der Rest sich so mürbe zeigte, dass er beim Schliessen der Zange stets zerbrach. Ich zerdrückte daher das Ganze mit einer Kornzange, entfernte die grösseren Stücke mit derselben, und spülte das Uebrige durch kräftige Injectionen mit lauwarmem Wasser aus. — Die Steinfragmente, zusammen wohl die Grösse eines Hühnereies haltend, bestanden aus phosphorsauren Erdsalzen ohne Kern.

In den beiden ersten Tagen nach der Operation zeigten sich noch paroxysmenweis auftretende Schmerzen in der Blase, welche aber bei dem Gebrauche einer *Emulsio cannabis* mit *Aqua laurocerasi* und einigen Bädern von 27° R. nach und nach schwanden. — Acht Tage lang, während welcher Zeit häufige Injectionen von lauwarmem Gerstenschleim in die Scheide gemacht wurden, floss der Urin beständig ab, mit grösseren oder kleineren Steinchen vermischt, und verursachte heftiges Brennen. Vom 9. Tage an jedoch konnte ihn die Kranke schon etwas zurückhalten. Die Blase gewann nach und nach an Ausdehnung, und die Urinausscheidungen geschahen in demselben Verhältnisse in immer grösser werdenden Zwischenräumen willkürlich. Am 5. März konnte die Kranke den Harn schon 2 Stunden lang zurückhalten. In der vierten Woche wurde sie vollkommen geheilt entlassen; nur mangelte der Schlaf noch fast gänzlich, der auch erst nach längerer Zeit sich wieder einstellte. — Im Sommer 1845 kam die Operirte und brachte mir ein unebenes Stück Stein von der Grösse einer Haselnuss, welches nach mehrtägigen starken Schmerzen abgegangen war. Es besteht gleichfalls aus Phosphaten. — Seitdem sind alle Beschwerden verschwunden.

3. *Fractura cranii cum depressione.* Heilung ohne Trepanation.

Ad. Sch. dahier, ein magerer, aber gesunder Knabe von 12 Jahren, erhielt am 12. Mai 1850 einen Wurf mit einem schweren Stein gegen die rechte Seite des Kopfes. Die Bedeckungen waren vom Schläfenbein aufwärts nach dem *Tuber ossis bregm.* 1½ Zoll lang getrennt, und die Wunde setzte sich, in stumpfem Winkel umbiegend, auf den Seitenwandbeinen nach vorn 1 Zoll lang fort. Die *Art. tempor.* spritzte stark. Der Knochen war in der Länge von 1 Zoll in der Richtung des vorderen Theils der Hautwunde gebrochen und das vordere Stück ⅓ Zoll tief niedergedrückt und unter den hinteren Theil so geschoben, dass eine Erhebung ohne Trepanation nicht möglich war. Erscheinungen von Druck waren sogleich nach der Verletzung nicht sichtbar. Der Knabe war zwar durch den Wurf zusammengestürzt, kam jedoch sogleich wieder zu sich und ging in das einige Schritte entfernte elterliche Haus; Sensorium ganz frei, Pupillen gleich gross und beweglich. Während der Untersuchung, etwa 5 Minuten nach dem Wurfe, klagte Patient über ein Kriebeln in der linken Hand und eine lähmungsartige Schwäche, so dass die willkürlichen Bewegungen der 5 Finger sehr langsam von statten gingen. Dabei starke Flection des Daumens. Eine halbe Stunde später hatte sich das Kriebeln verloren, ebenso die Schwäche in den 4 Fingern vermindert; in dem Daumen erhielt sich die Unbeweglichkeit über 8 Tage.

Bei der ganz isolirt dastehenden Erscheinung von Druck am linken Daumen wurde die Trepanation nicht angezeigt erachtet. Ich vereinigte die Hautwunde durch 2 blutige Hefte, liess kalte Umschläge auf den Kopf machen und reichte ein *Infus. Sennae comp.* Gegen Abend zeigte der Puls 67 Schläge und war intermittirend.

Unter dem 8tägigen Gebrauche der kalten Fomentationen mit 4wöchentlicher Anwendung des *Infusum Sennae* in solchem Grade, dass täglich einige wässerige Stühle erfolgten, schwand die Lähmung am Daumen gänzlich und erfolgte vollkommene Heilung, ohne dass sonst ein Zeichen von Hirnaffection eingetreten wäre. Die Wunde war 4 Wochen lang, während welcher Zeit immer etwas röthlicher Eiter abgesondert wurde, in beiden Winkeln durch eingelegte Charpie offen gehalten worden. Der Eindruck des Knochens ist heute noch (Ende December) sehr deutlich sichtbar, der Junge übrigens ganz wohl. Der Puls wurde einige Wochen nach der Verletzung wieder regelmässig.

4. Biss eines tollwuthverdächtigen Hundes, Bläschen am *Frenulum linguae.* Behandlung mit Canthariden. Heilung.

Der 17jährige Sohn des J. Wolff zu Alpenroth ging am 13. August 1839 Vormittags nach dem ¾ Stunden entfernten Niedermeilingen. Etwa auf der Mitte des Weges kam ein kleiner, ihm unbekannter Pudelhund allein ihm entgegen. Das struppige Haar und wirre Aussehen desselben bestimmte den nichts weniger als feigen Jungen, schon in einiger Entfernung dem Hunde auszuweichen. Obwohl er auf der andern Seite des breiten Fahrweges ging, und den Hund in keiner Art gereizt hatte, kam dieser dennoch auf ihn zu, überfiel ihn mit grosser Wuth und biss ihn zu wiederholten Malen in die unbedeckte linke Hand. Der Junge hatte die Geistesgegenwart, das Thier nach kurzem

Kampfe zu fassen und nach Niedermeilingen zu tragen. Leider schlugen es die ergrimmten Bauern dort sogleich todt, und zwar so, dass die später von Herrn Thierarzt Zais vorgenommene Section kein Resultat ergeben konnte.

Die Entfernung des Ortes liess erst 10 Stunden nach dem Bisse ärztliche Hülfe zu. Während dieser Zeit war nichts geschehen. Bei der Untersuchung fand man auf dem Rücken der linken Hand 17 Wunden, die alle die Haut durchdrangen. Es wurden dieselben scarificirt, durch aufgesetzte Schröpfköpfe zum Bluten gebracht, darauf mit *Pulv. cantharidum* bestreut und über den ganzen Rücken der Hand ein *Emplastrum cantharidum* gelegt. Innerlich wurde *Pulv. cantharidum* zu gr. j *pro dosi* 4—7 Mal täglich gereicht, bis Zeichen von Strangurie eintraten, wo alsdann grössere Pausen gemacht wurden.

Die Hand kam in sehr starke Eiterung, so dass die Haut nach und nach fast ganz zerstört wurde. Man fuhr mit dem Einstreuen der Canthariden fort, machte nur von Zeit zu Zeit, wenn die Schmerzen zu stark wurden, erweichende Ueberschläge. Dabei wurde stets ein geringer Grad von Strangurie durch den innerlichen Gebrauch der spanischen Fliegen erhalten.

So vergingen 3 Wochen, in denen das Allgemeinbefinden nicht gestört wurde, nur stellten sich in der 3. Woche einige Tage lang paroxysmenweis auftretende stechende Schmerzen in dem linken Oberschenkel längs des *Musculus rectus* ein. Täglich wurde zweimal das *Frenulum linguae* besichtigt. Am Anfange der 4. Woche entdeckte ich dicht neben dem Zungenbändchen rechts ein wasserhelles Bläschen von der Grösse eines Stecknadelkopfs, von dessen Existenz auch Herr Medicinal-Rath Müller dahier, sowie Herr Dr. Bertrand aus Schlangenbad sich überzeugten. In der Mundhöhle sonst nichts Abnormes. Dabei völliges Wohlbefinden. Die Hand in guter Eiterung. Das Bläschen wurde aufgestochen und rasch mit einem in Bereitschaft gehaltenen rothglühenden Strickstock cauterisirt. Innerlich die Canthariden fort gegeben, dabei ein Thee aus *Genesta tinctoria* und ein gleiches Mundwasser.

Nach 8 Wochen liess ich die Hand langsam zuheilen und keine Canthariden mehr nehmen. Ein zweites Bläschen war nicht beobachtet worden.

Der Junge blieb vollkommen gesund. Ich sah ihn im Jahre 1843 zum letzten Male. Die Hand ist in ihren Functionen in keiner Weise gestört.

In Bezug der Beantwortung der Frage, ob der Hund wirklich toll war, erwähne ich, ausser den oben aufgeführten bestätigenden Momenten, noch den Umstand, dass derselbe in der Gegend ganz fremd war, nur dass Tags zuvor ein der Beschreibung nach gleicher unbekannter Pommer in dem 3 Stunden von Niedermeilingen entfernten Adolphseck noch mehrere Hunde gebissen hatte. Auch dürfte das Auftreten des Bläschens unter der Zunge, welches man nach Marochetti's Angabe bekanntlich in denen Fällen beobachten soll, in welchen eine Resorption des Wuthgiftes statthatte, hier bejahend sprechen.

Miscellen.

Aeussere Mittel gegen Krätze.

In der Akademie der Wissenschaften am 11. Novbr. 1850 liest Bourguignon das Resumé eines Memoires über Krätze vor, dem wir in Bezug auf die Behandlung folgende Zusammenstellung der Wirkung äusserer Mittel entnehmen:

1) Allgemeine Einreibungen mit gewöhnlichem Oel. Zwei Einreibungen in einem Zwischenraume von 12 Stunden tödten die Acari, sind aber der Entwickelung der Eier nicht hinderlich.

2) Schwefel und Oel. Nach zwei Einreibungen sind die Acari todt und die Entwickelung der Eier ist gestört, aber es folgt eine heftige Reizung und mehrfache Eruptionen.

3) Schiesspulver (200 Grmm.), Oel (400 Grmm.). 5 Kranke wurden radical durch zwei Einreibungen geheilt, aber unter den Erscheinungen lebhafter Entzündung und verschiedenartiger Eruptionen, welche demnächst ihre specielle Behandlung erforderten.

4) Frictionen mit: Schiesspulver und Schwefel ää 100 Grmm., nebst der hinreichenden Menge Oel. Um eine passende Masse zu erhalten, mischt man die Mittel sorgfältig, lässt sie während zweier Stunden im Sandbade, reibt die compact und consistent gewordene Masse und schüttet sie in 500 Grmm. Oel. Die zu jeder Friction zu verbrauchende Menge beträgt 150 Grmm. 2 Kranke wurden durch einmalige Einreibung, 9 andere durch zwei geheilt. Bei letzteren besserten sich die Complicationen gleichzeitig wesentlich. Es scheint dies unter allen Mitteln das wirksamste.

5) Einreibungen mit der Helmerich'schen Salbe. Man erzielte Heilung nach zwei Frictionen, aber die Complicationen verschlimmern sich momentan. (Unter diesen versteht Verfasser die secundäre Hautentzündung, die der Acarus hervorruft.)

6) Frictionen mit 50 Grmm. Juniperus-Oel. Man heilte damit 12 Kranke mittelst zweier Einreibungen. Es empfiehlt sich dies Oel durch seinen geringen Einfluss auf die Wäsche, auch passt es besonders für Kinder, weil es am wenigsten reizt. Uebrigens muss man die letztgenannten drei Mittel in Zwischenräumen von 12 Stunden jedes Mal ¼ Stunde lang einreiben und nach der letzten Friction ein allgemeines Bad nehmen lassen.

Belladonna und Essigsäure, Schutzmittel gegen Scharlach.

Der amerikanische Arzt Webster empfiehlt zum Schutz gegen Ansteckung durch Scharlach während einer Epidemie tägliche mehrmalige Abwaschungen mit lauwarmem Essig, und behauptet, davon die besten Wirkungen gesehen zu haben.

Dagegen hat Dr. Lecointe in der medicinischen Gesellschaft des 2. Bezirks von Paris aufs Neue der Belladonna zu diesem Zwecke ein Loblied gesungen. Er sucht dafür einen physiologischen Grund in einer an Thieren von ihm mehrfach gemachten Beobachtung, dass das Mittel die thierische Wärme merklich herabsetze und eine Blutstase in den Eingeweiden, namentlich im hintern Paare der *Tubercula quadrigemina* erzeuge, auch eine analoge Injection eines oder mehrerer Ganglien des Sympathicus veranlasse. L. will darin den Beweis finden, dass die Belladonna das Nervenleben überhaupt, besonders aber das des Gangliensystems, herabstimme. Durch diese Eigenschaft qualificire sie sich aber gerade zum Antidotum des Scharlachs, welcher die Thätigkeit des Gangliensystems erregt, die Entwickelung der thierischen Wärme, sowie den Blutumlauf steigert, endlich eine Disposition zu Eiterbildung setzt. L. will durch die Belladonna 2230 Subjecte gegen Ansteckung durch Scharlach geschützt [?!] haben. Auch im Scharlach selbst schätzt er die Belladonna als vorzügliches Mittel.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 6. Januar 1851.

Hr. Ravoth fragt in Bezug auf Hrn. Remak's Vortrag, wie die Resultate seiner Untersuchung sich verhalten zur Phlebitis und zum aneurysmatischen Process. Hr. Remak erwidert: Wenn die Unterscheidung der Aneurysmen in solche, die durch Ausdehnung des ganzen Gefässes, und solche, die durch eine Ruptur einer Gefässhaut entstanden, eine richtige sei, so werde in ersterem Falle die Lähmung der Gefässnerven den Gefässwanddruck gegen die Blutsäule aufheben und ein *Aneurysma verum* entstehen, weil die elastische Haut allein nicht im Stande wäre, dem Andringen der Blutsäule zu widerstehen. Factisch aber finde bei Aneurysmen eine Substanzveränderung statt. Uebrigens stehe diese Frage in gar keinem Connex zu dem früheren Vortrage R's. Hr. Ravoth wünschte eine Aufklärung über das Entstehen der Aneurysmen in Bezug auf die Frage, ob eine Auflagerung von Substanz aus der Blutmasse oder eine Einlagerung in die Gefässhäute stattfinde, ferner über das Verhalten der Phlebitis. Hr. Remak lehnt eine Antwort hierauf ab, weil dieser Gegenstand in keiner Verbindung zu seinem Vortrage stehe, er habe nur nachweisen wollen, dass die Arterien Vorrichtungen enthalten, um die Organe vor der Kraft des Herzdrucks zu schützen. Wenn der Widerstand der Gefässe nachlasse, so werde eine grössere Quantität Blut zu den Organen geführt, als durch die nicht erweiterten Venen zurückgeführt werden könne; so entständen Congestionen, nicht durch eine fehlerhaft angenommene Propulsivkraft der Gefässwand. Die Wirkung narkotischer Mittel, Opium, Digitalis, scheine direkt auf die Gefässwand gerichtet zu sein, und in diesem Sinne müssten ausführliche Untersuchungen gemacht werden; es liessen sich aber alle diese Fragen nicht hier *ex abrupto* behandeln. Eine andere interessante Frage sei es, ob die Stase in den Venen, die man an Leichen findet, eine primäre sei, durch Lähmung der Venenwand bedingt, oder eine secundäre. — Ueber die Wirkung der queeren Fasern bemerkt Hr. Remak, anknüpfend an einige ihm privatim gemachte Einwürfe, dass die Henle'schen Kernfasern viel feiner sind, als die contractilen, und, von diesen beständig überwunden, ihre eigenthümliche Wirkung der Verengerung des Gefässlumens nicht zur Geltung bringen können; auf diese Weise ist es zu verstehen, wenn man sagt, die Kraft der elastischen Fasern ist im Vergleich zu der der contractilen gleich Null. Es sei die Frage gestellt worden, in welchem

Falle die Gefässe sich ober- oder unterhalb des elastischen Lumen befinden; Hr. R. hat für alle drei Fälle das Verhalten der Gefässe untersucht, und glaubt immer ein gleiches Verhalten, nämlich das Vorwiegen der contractilen Fasern nachgewiesen zu haben. Hr. Schütz habe gefragt, wie es komme, dass, wenn Pneumonischen nach dem Aderlass ein warmer Umschlag auf die Brust gemacht werde, Erleichterung eintrete, wenn ein kalter, Verschlimmerung. Hr. Remak findet in der Ausdehnung der äusseren Gefässe durch die warmen Umschläge ein Mittel zur Ausgleichung der Blutmasse in den ausser- und innerhalb der Lunge belegenen Gefässen; ein warmer Umschlag müsse hier so ableitend wirken, wie ein warmes Fussbad vom Kopf ableitet. Hr. Schütz bemerkt, er habe mit dieser Frage nicht einen besonderen Bezug auf die Brustorgane allein nehmen wollen, da dieselbe Erleichterung bei Entzündung aller parenchymatösen Organe eintrete. Hr. Parow findet es unrichtig, dass bei Pneumonien kalte Umschläge so nachtheilig wirken sollen, da er oft gesehen, dass Pneumonische schon bald nach Auflegung des kalten Umschlages, der auf längeres Liegenbleiben berechnet war, dann also wie ein warmer gewirkt haben würde, noch einen neuen verlangten. — Hr. Remak macht hierbei darauf aufmerksam, dass Kälte Reflexbewegungen der Athemmuskeln erzeuge, tiefes Einathmen und vielleicht Herstellung der schon stagnirenden Circulation bewirke. Hr. Reimer erinnert an die durch E. H. Weber's Versuche festgestellte tief eindringende Wirkung der Kälte, glaubt aber, dass auf gewisse Individuen mehr die Kälte, auf andere mehr die Wärme günstig wirke. — Auch Hr. Parow bemerkt, indem er einen Aufsatz von Pfeuffer anführt, dass Eisblasen bei Encephalitis die Congestion eher steigern als verhüten. — Hr. Abarbanell verweist in Bezug auf das Eindringen der Kälte auf Pouillet-Müller's Lehrbuch der Physik, wo der Grad des Eindringens nach Fussen angegeben ist; was aber die von Hrn. Schütz aufgestellte Frage betrifft, so hält er dieselbe für erklärt durch eine rein physikalische Betrachtung, da die Wärme ausdehnend, die Kälte contrahirend wirke. — Hr. R. findet die Verweisung auf P.-M.'s Lehrbuch unrichtig, da dort nicht von einem Körper die Rede ist, durch welchen ein System bluthaltiger und beständig warme Flüssigkeiten zuführender Kanäle vertheilt ist.

Der Secretair der Gesellschaft: Krieger.

Universitäts-Nachrichten.

Breslau. Durch den Tod des Geh. Medicinalrath Dr. Remer ist der Lehrstuhl für Pathologie und Therapie und das Directorium der medicinischen Klinik erledigt. Er gehörte seit dem Jahre 1815 der Universität an, und widmete sich seinem akademischen Amte, wie einer ausgebreiteten Praxis trotz der 75 Jahre, die er zählte, mit grosser Rüstigkeit und voll Eifer. Ueber die Wiederbesetzung der wichtigen Stellen verlautet noch nichts, doch steht von der Umsicht des Cultusministeriums wohl zu erwarten, dass sie würdig und durch einen Lehrer, der mit den neueren Fortschritten der Wissenschaft vertraut ist, erfolgen wird. Ob man sich aber an auswärtige Notabilitäten der Medicin wenden, ob man unter den jüngeren strebsamen Docenten Breslau's einen zum Vertreter der Klinik tüchtig erachten wird, steht dahin. Es fehlt an solchen hier nicht. — Nees v. Esenbeck ist von seiner Professur der Botanik und vom Directorium des botanischen Gartens durch ein Ministerialrescript suspendirt. Ob seine bekannte politische Gesinnung und Thätigkeit zu diesem Schritt der Regierung Veranlassung gegeben hat, oder ob er, wie in anderen Kreisen behauptet wird, wirklich so wenige Aufmerksamkeit dem botanischen Garten gewidmet hat, dass dieses Institut darunter zu leiden anfing, oder endlich ob das letztere der Scheingrund, jenes der wirkliche ist, darüber hört man viel hin und her streiten, ohne bis jetzt etwas Gewisses zu erfahren. Nees selbst hat bereits am schwarzen Brett angekündigt, dass er seine Vorlesungen einstweilen zu schliessen genöthigt sei, und sich bereit erklärt, den Studirenden die Honorare zurückzuerstatten. Die Aufsicht über den botanischen Garten wird nun wohl Hr. Professor Geppert einstweilen, und demnächst, wenn v. Esenbeck seines Amtes theilweise oder ganz entsetzt werden sollte, definitiv übernehmen. Bei dieser Aussicht dürfte Geppert dann auch aus der Zahl derer scheiden, die bei den Besetzungen der Stellen von Link und Kunth in Berlin, wie man vernimmt, in Frage kamen; er würde so vielmehr der Universität Breslau dauernd erhalten bleiben. Freilich ist zunächst wohl zu erwarten, welche Schritte Nees v. Esenbeck in Bezug auf seine Suspension ergreifen wird und welchen Erfolg sie haben werden.

Halle. Vor einigen Wochen brachte die illustrirte Zeitung die Nachricht, Hr. Professor Burmeister von hier, der bekanntlich, theils um seine geschwächte Gesundheit neu zu stärken, theils um, einem lange gehegten Wunsche gemäss, weitgreifende wissenschaftliche Untersuchungen anzustellen, eine grosse Reise, zunächst nach Brasilien, unternommen hat, sei auf den canarischen Inseln plötzlich verstorben. Woher das gedachte Blatt diese sichere Nachricht hatte, wissen wir nicht, wohl aber, dass dieselbe durchaus falsch ist. Burmeister ist nach seinen eigenhändigen Briefen aus Rio Janeiro glücklich daselbst angekommen, und hat namentlich gefunden, dass die Seereise seinem Körper äusserst wohlgethan hat.

Berlin. Dem Jahresbericht der königlichen Akademie der Wissenschaften entnehmen wir folgende Notizen: Die königliche Akademie der Wissenschaften hat im Laufe des vergangenen Jahres durch den Tod verloren an ordentlichen Mitgliedern: die hiesigen Professoren Neander († 14. Juli), Kunth († 22. März), Enno H. Dirksen († 16. Juli) und Link († 1. Jan. 1851); an auswärtigen Mitgliedern: Gay-Lussac in Paris († 9. März); an Correspondenten: Schuhmacher in Altona († 29. December) und Reiffenberg in Brüssel († 18. April); an Ehrenmitgliedern: General-Feldmarschall Freiherrn v. Müffling in Erfurt († 16. Jan. 1851). Zu ordentlichen Mitgliedern ernannte sie die Professoren Lepsius, Homeyer und Petermann; zu auswärtigen: Hase in Paris und Rawlinson in Bagdad; zum Ehrenmitglied: Principe San Giorgio Dominico Spinelli in Neapel; zu Correspondenten: Pott in Halle, Julius Mons und Reinaud in Paris, Lönnrot in Helsingfors und Wuk Stephanowitsch Karadschatzsch in Wien.

Cholera.

Politische Blätter melden, dass zu Paderborn (am 27. Januar) schon seit mehreren Tagen die Cholera ganz bedeutend wüthete, so dass sogar die Militärlazarethe davon befallen waren, das katholische geistliche Seminar geschlossen werden musste, und die meisten auswärtigen Schüler, auch die des Gymnasiums, in ihre Heimath entlassen sind. Ebenso sind in den benachbarten Dörfern mehrere Cholerafälle vorgekommen.

Preisvertheilung.

Ueber die in der Sitzung der Akademie der Wissenschaften zu Paris am 16. Dec. 1850 vorgenommenen Preisvertheilungen haben wir ferner (s. No. 4 der Klinik) zu berichten:

Der Montyon'sche Preis für statistische Arbeiten wurde im Jahre 1849 an Dr. Martin und Dr. Foley, Spitalärzte in Algerien, für ihre Arbeit: „Statistische und medicinische Geschichte der Colonisation in Algerien" ertheilt. Die wichtigsten Schlüsse, zu denen die Verfasser durch sehr fleissige Studien gekommen sind, sind folgende:

1) Europäische Kinder, die vor vollendetem 3. Jahre einwandern, haben fast keine Aussicht leben zu bleiben.
2) Seit 18 Jahren ist, nach Abzug der todtgeborenen Kinder, etwas mehr als ein Drittheil der Kinder europäischer Eltern gestorben. Das Verhältniss der todtgeborenen ist wie 1 : 11,4.
3) In der Armee hat die Sterblichkeit in demselben Maasse abgenommen, als man zweckmässige hygieinische Vorkehrungen getroffen hat und die Ursachen der Ungesundheit zu heben bemüht war. Die Sterblichkeit ist jetzt wenig grösser als bei der Armee in Frankreich, und weniger gross als auf der Insel Bourbon, die unter den Colonien bisher im besten Rufe in dieser Beziehung stand.
4) Diejenigen Einwanderer, die aus sumpfreichen Gegenden Frankreichs kommen, ertragen das Klima in Algerien besser, als andere; wenn sie aber erkranken, so sterben von ihnen dann verhältnissmässig mehr als von diesen.
5) Genaue Beobachtungen erweisen, dass den Krankheiten, die durch das Urbarmachen erworben werden, vorgebeugt werden kann, wenn man die betreffenden Arbeiten mit dem Winter beginnt, und sie einstellt vor Eintritt der letzten starken Regengüsse, die dem Winter vorangehen.

Der statistische Preis für 1850 wurde den Herren Boutron-Charlard und Ossian Henry für ihre Arbeit über die chemische Beschaffenheit des Wassers im Departement der Seine zuerkannt. Die Verfasser haben sich nicht auf Analysen des Wassers beschränkt, sie haben ihre Untersuchungen ausgedehnt auf die Oertlichkeiten, die Atmosphäre, die Temperatur der Quellen etc.

Grosser Preis für die physikalischen Wissenschaften.

Die Commission besteht aus Serres, Rayer, Magendie, Milne-Edwards und Flourens, der Berichterstatter ist. Die 1847 für 1849 gestellte Preisaufgabe war: Aus dem Studium der Entwickelung des Embryo dreier Gattungen, den drei grossen Zweigen des Thierreichs (Wirbelthiere, Mollusken, Gliederthiere) entnommen, die Grundzüge einer vergleichenden Embryologie zu entwerfen. Da keine Bearbeitung dieser Frage erschienen war, so beschloss die Commission, die Preisaufgabe für 1853 nochmals auszusetzen, und zwar mit der Be-

schränkung, dass der Arbeit nur die Studien an zwei Gattungen, eine der Klasse der Wirbelthiere, die andere den Mollusken oder Gliederthieren angehörig, zum Grunde zu legen seien. Die Arbeiten müssen vor dem 1. April 1853 an das Secretariat der Akademie eingesendet sein.

Preis für Experimental-Physiologie.

Der Montyon'sche Preis, eine goldene Medaille im Werth von 885 Fr., wird dem Verfasser der gedruckt oder im Manuscript eingesandten werthvollsten Arbeit auf dem Gebiete der experimentellen Physiologie zuertheilt werden, und müssen die Arbeiten immer bis zum 1. April jeden Jahres eingereicht sein.

Aus dem Legat Montyon's sind ferner wieder mehrere Preise ausgeworfen für die der Heilkunst nützlichsten Werke und Entdeckungen, und für Mittel, die angegeben sind, die Ausübung einer Kunst oder eines Metiers weniger ungesund zu machen. Auch derartige Arbeiten sind portofrei vor dem 1. April jeden Jahres dem Secretariat des Instituts einzusenden.

Unter dem Namen Cuvier'scher Preis wird die Akademie fernerhin im Jahre 1851, 1500 Fr. an den Verfasser des bedeutendsten Werkes, das seit dem Tode Cuvier's auf dem Gebiete der Naturgeschichte (Thierreich, Geologie) erschienen ist, ertheilen. Seit dem 1. April 1850 ist der Concours darum geschlossen. Derselbe Preis wird dann aber von 1851 an alle 3 Jahre vertheilt werden.

Was nun die Werke, auf experimentelle Physiologie bezüglich, anbetrifft, die im Jahre 1849 und 1850 zur Bewerbung der Akademie eingereicht sind, so ist der Preis keinem derselben zuerkannt. Einer ehrenwerthen Erwähnung hält sie werth das Werk von Stannius: Anatomische und physiologische Untersuchungen über das peripherische Nervensystem der Fische, und ferner auch die Monographie über die Anatomie der Gattung Actinia von Hollard. In Bezug auf letzteres hofft die Akademie, dass der Verfasser seine Arbeit durch embryologische Beobachtungen und physiologische Experimente über die Zoophyten compliciren wird.

Die Commission zur Beurtheilung der Arbeiten hinsichtlich der der Gesundheit nachtheiligen Künste bestand aus Rayer, Chevreul, Reynault Boursignault und dem Berichterstatter Payen. Es kamen zwei Processe, die Bereitungsart des Beleuchtungsgases betreffend, zur Frage, der eine von Mallet, der andere von Cavaillon vorgeschlagen. Jedem der genannten Herren wurde ein Preis von 500 Fr. zuerkannt.

Sitzung der Akademie der Medicin vom 17. Dec. 1850.

Auch in der Sitzung der Akademie der Medicin wurden an diesem Tage die Preisvertheilungen bekannt gemacht und die neuen Preisfragen bekannt gegeben.

1) Zur Bewerbung um den Portal'schen Preis für pathologische Anatomie war die Aufgabe gestellt:

Die pathologische Anatomie des Krebses.

Der Preis von 1000 Fr. ward dem Prosector der medicinischen Facultät zu Paris, Hrn. Broca, zuerkannt.

Als Preisaufgabe für 1852 hat die Gesellschaft aufgestellt:

Die pathologische Anatomie der Entzündung des Knochengewebes.

2) Die Aufgabe für den Preis der Akademie war gewesen:

Studien über die therapeutischen Wirkungen des *Tartarus stibiatus* in grossen Dosen.

Es wurde zuerkannt:

Eine Medaille im Werth von 800 Fr. Herrn Leudet, Interne am Hospital der Kliniken.

Eine Medaille im Werth von 500 Fr. an Dr. Abeille, Hülfsarzt am Val-de-Grâce.

Eine Medaille im Werth von 400 Fr. an Dr. Gintrac, Professor zu Bordeaux.

Als Aufgabe für 1852 ist proponirt:

Ueber das Mutterkorn in Beziehung auf Physiologie, Geburtshülfe und öffentliche Gesundheitspflege.

3) Die Aufgabe für den Civrieux'schen Preis war:

Ueber den Schmerz und die anästhetischen Mittel.

Der Preis von 1000 Fr. wurde zuerkannt dem Herrn Letertre-Vallier, Militärarzt zu Amiens, und es ward ausserdem ehrenvoller Erwähnung für würdig erachtet Herr Jules Gimelle.

Als neue Aufgabe für 1852 ist: Die Aetiologie der Epilepsie, gegeben. Der Preis wird 1200 Fr. sein.

Es wird ferner bei der Akademie der Medicin im Jahre 1852 der Itard'sche Preis von 3000 Fr. für die beste Arbeit (gedruckt oder im Manuscript) über praktische Medicin oder angewandte Therapie ausgetheilt werden. Der Concours ist mit dem 22. Sept. 1849 eröffnet und der Preis wird von 1852 an dann weiter in dreijährigen Zwischenräumen vertheilt werden.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Dem Med.-Rathe Dr. v. Bezold in Ansbach, dem Physikatsarzte Dr. Eireiner zu Vilshofen das Ritterkreuz des Verd.-Ordens vom h. Michael.

Hannover. Dem Prof. Dr. Herbst in Göttingen der Guelphen-Orden 4. Kl. Dem Hofchirurg a. D. Kohlrausch ist der Titel Medicinalrath verliehen worden.

Preussen. Dem Kreisphysikus Dr. Wilczewski in Inowraclaw der russische St. Annen-Orden 3. Klasse.

Sachsen. Dem Dr. H. G. Schmalz in Pirna zu seinem 50jährigen Doctorjubiläum das Kommenthurkreuz 2. Kl. des Verdienst-Ordens, das Ritterkreuz des k. k. Franz-Joseph-Ordens, dasselbe 1. Kl. des grossherzogl. sächs. weim. Haus-Ordens d. W.

Personalveränderungen. Baiern. Befördert: Der Privatdocent u. Assessor des vormal. Med.-Comité in München Dr. K. Wibmer zum Med.-Assessor bei der k. Regierung von Oberbaiern mit dem Rang eines Reg.-Assessors. Zu Regimentsärzten 1. Kl.: die Regimentsärzte 2. Kl.: Dr. M. Ellersdorfer im 2. Infanterie-Reg. Kronprinz; Dr. M. Hauer im 3. Infant.-Reg. Prinz Carl; Dr. Th. Dompiere im 9. Inf.-Reg. Wrede; Dr. Fr. Gehm im 1. Kürass.-Reg. Prinz Carl; Dr. K. Golch im 1. Art.-Reg. Zu Reg.-Aerzten 2. Kl. die Bat.-Aerzte: Dr. F. Bachmann vom 1. Chev.-Reg. im 2. Chev.-Reg.; Dr. F. Volk im 2. Kürass.-Reg.; Dr. L. Banridl im 1. Inf.-Reg.; Dr. M. Feldheim vom 3. Jäger-Bat. im 12. Inf.-Reg.; Dr. A. Pracher v. 2. Jäger-Bat. im Inf.-Leibreg.; Dr. N. Zech vom 4. Chev.-Reg. im 6. Chev.-Reg.; Dr. F. Schallhammer vom 10. Inf.-Reg. im 7. Inf.-Reg.; Dr. M. Dobelhauer vom 3. Inf.-Reg. im 2. Art.-Reg. Zu Bataill.-Aerzten die Unterärzte 1. Kl.: Dr. K. Steyrer vom 6. Chev.-Reg. im 1. Chev.-Reg.; Dr. G. Kropf im 3. Jäger-Bataillon; Dr. K. Ritter v. Grundner vom 2. Inf.-Reg. im 4. Chev.-Reg.; Dr. K. Stägmeyer im 1. Inf.-Reg.; Dr. B. Kikinger im 1. Inf.-Reg.; D. M. Altmann bei der Commandantschaft des Invalidenhauses; Dr. J. Hirschinger im 3. Art.-Reg.; Dr. A. Bauer im 6. Inf.-Reg.; Dr. N. Weber im 14. Inf.-Reg.; Dr. H. Seitz im 3. Inf.-Reg.; Dr. St. Guttenhöfer im 2. Jäger-Bat.; Dr. O. Deppisch vom 14. Inf.-Reg. im 10. Inf.-Reg.; Dr. E. Friedrich im 8. Inf.-Reg.; Dr. E. Baumüller vom 5. Chev.-Reg. im 2. Kürass.-Reg.; Dr. A. Löhr im 3. Artill.-Reg.; Dr. A. Handwerker im 15. Inf.-Reg.; Dr. E. Hildenbrand im 9. Inf.-Reg.; Dr. R. Würth im 13. Inf.-Reg.; Dr. F. Schneider im 7. Inf.-Reg.; Dr. A. Komp vom 9. Inf.-Reg. im 2. Artill.-Reg.; Dr. M. Bohlinger im Genie-Reg.; Dr. E. Glocker im 3. Inf.-Reg.; Dr. B. Pfeiffer vom 2. Art.-Reg. im 6. Inf.-Reg.; Dr. K. Schiller im 5. Inf.-Reg.; Dr. J. Rogg im 4. Jäger-Bat.; Dr. B. Schipper vom Genie-Reg. im 15. Inf.-Reg.; Dr. J. Fahrnholz vom 2. Jäger-Bat. im 1. Chev.-Reg. Zu Unterärzten 1. Kl. die Unterärzte 2. Kl.: Dr. M. Schlosser von der Commandantschaft München im Cadettencorps; Dr. J. Stein von der Command. München im 9. Inf.-Reg.; Dr. J. Rubenbauer von der Command. München im 1. Inf.-Reg.; Dr. A. Eckl von der Command. Ingolstadt im 2. Jäger-Bat.; Dr. L. Lautenbacher von der Command. Landau im Genie-Reg.; Dr. G. Döderlein von der Command. Landau im 3. Inf.-Reg.; Dr. A. Eckart von der Command. Augsburg im 14. Inf.-Reg.; Dr. A. Deisch von der Command. München im 2. Inf.-Reg.; Dr. F. Martin von der Command. Nürnberg im 5. Chev.-Reg.; Dr. F. Roth von der Command. Würzburg im 6. Chev.-Reg. Ernannt zu Unterärzten 2. Kl.: Die Doctoren der Medicin L. Reichele aus Kempten bei der Command. Germersheim; R. Schwerdtfeger aus Memmingen bei der Command. Landau; J. Payr aus Titting, Landger. Greding, bei der Command. Ingolstadt; E. Mayer aus Würzburg bei der Command. Nürnberg; E. Bratsch aus München bei der Command. München; W. Merkel aus Zeitlotzheim, Landger. Volkach, bei der Command. Würzburg.

Hannover. Oberwundarzt Dr. Wellhauser ist unter Belassung in seiner bisherigen Stellung zum Hofchirurgen befördert worden.

Oesterreich. Zu Oberärzten sind ernannt: Die Civilärzte DD. A. Güsser im 9., J. Krämer im 11., J. Kopriwa im 6. Feldspital, E. Schwarz bei Strassoldo, J. Taurer bei Benedek, H. Metzl bei Leopold beider Sicilien, W. Kreuzi bei Rossbach, Th. Demel bei Airoldi und N. Stein bei Miguel Infanterie.

Preussen. Der prakt. Arzt und Privatdocent Dr. Leubuscher zu Berlin ist als Arzt am Hospitale des Arbeitshauses angestellt worden.

Todesfälle. Oesterreich. Dr. J. Fröhlich in Cilli, ehem. k. k. Districts- und Brunnenarzt zu Rohitsch, 80 J. alt.

Frankreich. Dr. Caillard, seit mehr als 30 Jahren Arzt im Hôtel-Dieu zu Paris. Dr. Louret zu Nancy, Arzt am Bicêtre.

Nordamerika. Dr. Vureaud-Riofrey in Californien, derselbe, welcher vor einigen Jahren eine Abhandlung veröffentlichte, die Lungen-Phthise durch Mästung zu heilen.

Sonnabend, № 7. 15. Februar 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Einige Beiträge zur Lehre von den Herztönen (*a.* musikalische Bestimmung, *b.* Fortleitung derselben) und von den Nonnengeräuschen, nebst einigen Bemerkungen zu und gegen Valentiner's neueste Mittheilungen über Bleichsucht.

Von

Dr. Küchenmeister,

prakt. Arzt in Zittau.

Wenn ich gegenwärtige, schon längere Zeit ziemlich abgeschlossene Arbeit, die ich eigentlich nicht veröffentlichen wollte, dennoch dem ärztlichen Publikum vorlege, so geschieht dies theils deshalb, weil ich von Einer Seite aufgefordert worden bin, diese Mittheilungen zur Controverse vorzulegen, theils weil mir die neueste Arbeit Valentiner's zu gebieten schien, mein beabsichtigtes Stillschweigen zu brechen. Leider ist meine Hoffnung, von einem meiner früheren Lehrer, dem ich Anfangs December diese Mittheilungen abschriftlich sendete, auch nur ein Wort der Kritik zu hören, wonach ich deren Veröffentlichung oder Unterdrückung zu beschliessen erklärt hatte, nicht in Erfüllung gegangen, und ich glaube wegen der vielen Arbeiten jenes Lehrers auch auf alle Antwort verzichten zu müssen. Ich hätte wohl auch dieses Vorwort ganz ersparen können, wenn ich nicht in Betreff des Punktes *a.* es für meine Schuldigkeit gehalten hätte, ein einleitendes Wort zu sprechen, da ich nicht Phantast genug bin, um zu glauben, es sei dieser Punkt ein leichter oder von mir zur Evidenz erwiesener. Dieser erste Abschnitt ist nichts als ein Versuch, und noch dazu ein schwacher, der wohl mehr auf dem Felde der musikalischen Physik, und nur unter Mithülfe feinhörender Tonkünstler, anzustellen ist. Wenn daher sein Werth auch für die Praxis und die Diagnose der Herzleiden kein grosser sein kann, so wird er doch für den Physiologen von Fach einiges Interesse bieten. Von diesem Gesichtspunkte aus bitte ich den ersten Punkt zu betrachten; die beiden folgenden sind, hoffe ich, auf Experimente basirt, die Jeder nachmachen kann, und enthalten auch für den Kliniker nicht uninteressante Mittheilungen. Zugleich benutze ich aber diese Gelegenheit, den Herren Wintrich und Liman meinen Dank abzustatten für die Freundlichkeit, mit welcher sie meiner Bitte an die Aerzte Deutschlands: „gesunde Militär- und andere gesunde Personen etc. auf das Nonnengeräusch zu untersuchen", nachgekommen sind, und ich freue mich, trotzdem dass Hr. Valentiner meine kleine Schrift ebenso ignorirt hat, als die Arbeit von Richter in Schmidt's Jahrbüchern, in welcher R. die gegen Kiwisch von Richter selbst, Bock und mir vorgebrachten Thatsachen mittheilt, der Hauptanstoss zu diesen Untersuchungen nach jener Herren Ausspruch gewesen zu sein. Möchten die folgenden Zeilen ebenso freundliche Nachprüfungen erfahren, welche Bitte ich auch noch in Bezug auf eine früher in der Prager Vierteljahrsschrift gethane Aeusserung wiederholen möchte, wo ich, auf spirometrische Versuche gestützt, den alten Lehrsatz anfocht: „in der Schwangerschaft vergrössert sich die Bauchhöhle auf Kosten der Brusthöhle". Noch habe ich von Niemandem eine Erklärung des Momentes, warum das Spirometer in der Schwangerschaft eine höhere Nummer giebt, auf Experimente gestützt, gelesen. Eine mündliche Mittheilung von Seiten eines Arztes an einer vaterländischen Entbindungsanstalt scheint meine Versuche als irrthümliche bezeichnen zu wollen. Irren ist sehr menschlich, und ich könnte mich geirrt haben, wüsste aber heute noch nicht, worin der Fehler gelegen hätte. Sollte Prof. Albers in Bonn, dem ich in Sachen der Spirometrie unter den deutschen Collegen die meiste Erfahrung zutraue, den Untersuchungen Schwangerer seine Aufmerksamkeit zuwenden, so glaube ich, wird derselbe bald über diesen Punkt ein competentes Urtheil abzugeben im Stande sein. Und somit wende ich mich zum Gegenstande meiner Arbeit selbst.

A. Ueber Tonerscheinungen am Herzen und den grossen Gefässen.

§. 1.

a) Versuch einer musikalischen Bestimmung der Herztöne und Berechnung der Schwingungszahlen der Herzklappen bei Systole und Diastole.

Bekanntlich sprach der grosse Erfinder der Auscultation überall in seinem klassischen Werke nur von Herzgeräuschen, Skoda aber war der Erste, der von Herztönen sprach. Einen Versuch, in der Absicht angestellt, diese Töne aber auch musikalisch zu bestimmen, kenne ich für meinen Theil nicht, und, glaube ich, wird auch sonst Niemand in unserer oder ausländischer Literatur solch einen Versuch niedergelegt finden. Entsinne ich mich recht, so habe ich einmal in einer Vorlesung des älteren Weber in Leipzig gehört, die Herztöne schlügen in einer Terz. Auf welche Angaben und Versuche gestützt er diesen Ausspruch that, von welcher Terz hier die Rede sei, ob kleine, oh grosse Terz, in welcher Octave, davon habe ich nichts gehört. Dennoch aber ist diese Frage fast unbedingt nöthig zur Entscheidung der Lehre von Fortleitung der Töne, und zur Berechnung der Schwingungszahlen der Herzklappen während einer Systole und einer Diastole ganz unentbehrlich. Ich kam daher auf den Gedanken, im Verein mit einem Lehrer der Musik und gewandten, theoretisch gut durchgebildeten Musikdirector eine solche musikalische Bestimmung zu versuchen, und wendete mich deshalb an meinen Freund Hrn. Schletter sen., Musikdirector hierselbst, sowie an den ebenfalls musikalisch gebildeten Mathematiker Hrn. Dietzel, Lehrer der Physik an hiesiger Gewerbschule, und an den in meinem Vaterlande als tüchtigen Sänger und Musikkenner weithin bekannten Hrn. Dr. med. Mittrich, denen ich Allen, und zumal dem Erstgenannten, für freundliche Unterstützung meinen aufrichtigsten Dank abstatte. Was mich selbst anlangt, so besitze ich zwar nicht so viel musikalische Kenntnisse und so viel Uebung des musikalischen Gehörs, um sogleich zu bestimmen, welcher Ton der von mir gehörte Ton sei, vermag aber doch ziemlich genau die Gleichheit oder Ungleichheit zweier Töne zu hören und sonach Bestimmungen zu versuchen.

Wir stellten unsere Versuche nun zuerst mit dem gewöhnlichen hölzernen Stethoskope der Prag-Wiener Schule an, und bald gelang es, auch hiermit eine musikalische Tonbestimmung vorzunehmen. Laennec sagt bekanntlich in seiner *Traité de l'auscultation.* Paris, 1831., in Betreff des zu Stethoskopen zu verwendenden Materials: „*Les corps les plus denses ne sont pas comme l'analogie pourrait le faire penser, les plus propres à former ces instrumens. Le verre et les métaux outre leur poids et la sensation de froid qu'ils occasionnent en hiver, communiquent moins bien que des corps moins denses les battemens du coeur et les sensations que produisent la respiration et le râle.*" Soviel ich die Literatur kenne, so gedenken die Neueren: Skoda, Zehetmayer, bis herab zu Weber in Kiel, der metallenen Stethoskope gar nicht mehr. Ausser dem von Laennec den metallenen Röhren gemachten Vorwurf habe ich nicht einmal den angegeben gefunden, dass sie selbst allzusehr tönten und mit erklängen, um den Ton ohne diesen metallischen Beiklang zum Gehör des Auscultators zu bringen, so dass sie oft die feine Tonwahrnehmung eher behinderten als erleichterten. Ob dieser Vorwurf ein *ex praxi* oder

ex theoria entstandener sei, wollen wir dahingestellt sein lassen, was die Laennec'schen Einwürfe aber anlangt, so sind sie allerdings leicht zu beseitigen. Die Schwere des Instrumentes stört nicht ferner, wenn man Instrumente von Argentan sich machen lässt, die Kälte des Instrumentes im Winter nicht, wenn man das Instrument in seiner Hand erwärmt, und etwaiges Einschneiden des metallenen Rohres in die Brust des zu Untersuchenden kann man leicht vermeiden durch Umbeugung des Trichterrandes. Der wesentlichste Einwand Laennec's beruht in dem: „*le verre et les métaux communiquent moins bien.*" Was mich anlangt, so bin ich in Betreff starker Herztöne allerdings mit Laennec in Betreff dieses letzten Punktes einverstanden, indem leicht das Mittönen des Metalles in der Weise störend einwirkt, dass der erste Ton noch im Metallrohre nachklingt, wenn der zweite Ton schon beginnt, zumal um so stärker, je verwandter der Ton, in welchem des Herzens erster Ton steht, mit dem Tone ist, in welchem die aufgesetzte Röhre steht, wie wir näher weiter unten andeuten wollen. Was aber den nicht allzustarken Herzton anlangt, so wird er sicher durch metallene Röhren nicht undeutlicher, und ein sehr schwacher dadurch nur deutlicher, weshalb die Bouchut'sche Probe auf Scheintod unbedingt mit sehr gutem Erfolge mit metallenen Röhren vorgenommen werden kann in Fällen, wo man unmittelbare Auscultation aus irgend welchem Grunde vorzunehmen ansteht. Will man aber eine musikalische Bestimmung der Herztöne vornehmen, dann ist es zweifelsohne besser, sich metallener Röhren zu bedienen, und ich gebe deshalb, obwohl wir auch mit dem hölzernen Rohre schon bestimmbare Töne vernehmen, in dem Folgenden die Ergebnisse der Herztöne, mittelst metallener Röhren wahrgenommen.

Ich habe bis jetzt 9 gesunde Individuen, in dem Alter zwischen 24 und 40 Jahren stehend, untersucht und dabei gefunden:

1) Dass die Herztöne bei dem gesunden Menschen (ich muss sagen Manne, da meine Versuche sich blos auf Männer erstrekken, und von mir, als Privatarzt, nicht leicht auf Frauen ausgedehnt werden können, insofern ich solche Bestimmungen ohne einen geübten Musikdirector vorzunehmen mich nicht getraue) in einer kleinen Terz auseinanderliegen und

2) dass sie sämmtlich in der obersten Bassoctave lagen, und zwar:



1 Mal   1 Mal   3 Mal   1 Mal   2 Mal   1 Mal

so dass der tiefste systolische Ton *dis* und der höchste *g*, der tiefste diastolische *fis* und der höchste *b* war.

3) Dass der systolische Ton allemal der tiefste, der entsprechende diastolische allemal der höher stehende Ton ist.

4) Dass bei denjenigen Individuen, deren Herz sehr stark schlug und zugleich gegen 100 Schläge in der Minute machte, eine musikalische Tonbestimmung eben so unmöglich war, wie ja auch eine Bestimmung von Herzgeräuschen hier bekanntlich unmöglich ist, so lange das Herz nicht ruhiger schlägt.

5) Dass es mir scheinen wollte, als ob die Tonhöhe der Herztöne des einzelnen Individuums zwischen einem halben bis einen ganzen Ton für beide Töne schwanken könne, wenn dies nicht ein Beobachtungsfehler war. Wir hätten jedenfalls auf diesen Punkt nicht geachtet, wenn nicht zufällig derjenige, bei dem dies Resultat gewonnen worden, am ersten Untersuchungstage höhere Töne gezeigt, und bei späterer Untersuchung tiefere, und wenn nicht in der Zwischenzeit zwischen den Untersuchungstagen bei demselben ein ziemlich beträchtlicher Durchfall und Darreichung von Opium stattgefunden hätte. Um aber darüber eine nur annähernde Gewissheit zu geben, dazu sind meine Versuche viel zu dürftig.

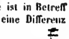
6) Dass bei einem Collegen, den schon Hofrath Oppolzer als an Mitralklappen-Insufficienz leidend erklärt hatte, nur der zweite Ton, also der diastolische, musikalisch über dem Herzen zu bestimmen war, und dieser Ton dabei in *dis* stand, so dass der systolische, wenn er dagewesen wäre, in *h*  hätte stehen müssen.

Ich werde auf weitere Tonerscheinungen an den Carotiden bei diesem Kranken noch einmal später zurückkommen.

Ich hätte nun zuvörderst noch von der Nachahmung der Herztöne ebenso zu sprechen, wie man ja von der Nachahmung der verschiedenen Geräusche zu reden gewohnt ist. Man ahmt normale Herztöne dadurch künstlich nach, dass man den Mund in eine Stellung bringt wie beim Pfeifen, und nun nicht mit voller Kraft, sondern bloss lispelnd und mit schwachem Hauche den Ton sich angiebt, den man im Herzen zu hören glaubte, und damit den entsprechenden Ton auf einem Pianoforte oder andern Toninstrumente sich angiebt. Will man beide Herztöne mit dem Munde in ihrem Rhythmus zugleich nachahmen, so thut man am besten, den ersten Ton durch ausstossendes, den zweiten durch einziehendes Pfeifen anzugeben, d. h. also bei der Mundstellung zum Pfeifen im ersten Falle die Luft sanft und hauchend auszustossen, im zweiten einzuziehen. Dass bei diesem hauchenden Ansprechen der Töne noch Tonbestimmungen möglich sind, wird Jeder wissen, der einmal versucht hat, in eine an beiden Enden offene Metallröhre Luft zu blasen, ohne den Mund an die Oeffnung anzulegen, also aus einiger Entfernung von der Röhre. Dem Ungeübten wird schwerlich das, was er bei diesem Blasen hört, als Ton erscheinen; der Geübte aber hört nicht nur einen Ton, sondern er bestimmt darnach sogar, in welchem Tone die Röhre steht. Wer sich davon überzeugt hat, dem wird es auch nicht als eine Phantasterei erscheinen, wenn man es für möglich hält, Herztöne musikalisch zu hören und nach musikalischer Skala zu bestimmen.

Einer der interessantesten Versuche, und einer, der die möglichst genaue Controle für die Richtigkeit der Tonbestimmungen geben kann, wurde auf Vorschlag des Hrn. Musikdirector Schletter in der Weise angestellt, dass wir eine Violine mit derjenigen Stelle ihres Resonanzbodens, welche die Musiker „die Stimme der Violine" nennen, auf die blosse Brust des zu Untersuchenden, da wo das Herz am deutlichsten schlägt, fest aufsetzten, und nun *pizzicato* die einzelnen Töne auf der Seite angaben, die man auf ihr durch Griff und ohne Griff erzeugen kann. Wir gingen dabei von dem Gedanken aus, dass die Vibrationen der in Schwingung versetzten Violinsaite von dem untersuchten Individuum dann am deutlichsten wahrgenommen werden müssten, wenn, um kurz zu reden, diejenigen Töne angeschlagen würden, in denen sein Herz steht. Man wird sich bei diesem Experimente alsbald überzeugen können, dass man bei gleichem Anschlage der Saite die Vibrationen derjenigen Töne am stärksten wahrnimmt, in denen das Herz steht, nächstdem die diesen verwandten Töne (Terz, Quinte), kaum merklich aber die Vibrationen von Tönen, welche in gar keiner Verwandtschaft mit dem Herztone stehen. Im letzteren Falle fühlt man höchstens ein leichtes Kriebeln oder Erzittern der Muskulatur der äusseren Brust an derjenigen Stelle, wo die Violine anliegt. Wenn aber die entsprechenden Töne oder verwandte angeschlagen werden, so ist es, als ob plötzlich tief in der Brust, unter den Rippen hin, eine Art Erzitterung entstünde, man fühlt die Vibrationen der Saite in dem eigenen Herzen mit. In der Höhe oder Tiefe der schwingenden Seite lag diese Mitempfindung nicht begründet; wir glauben berechtigt zu sein, auszusprechen, dass dies nur in der Tonverwandschaft begründet lag. Wir selbst haben bei uns und Anderen das Experiment wiederholt versucht, und stets gab der Untersuchte beim Anschlagen verschiedener Töne den Ton als denjenigen an, wo er am stärksten das Mitvibriren gefühlt hatte, in welchem Einer seiner Herztöne nach vorheriger (ihm unbekannter) Bestimmung stand. Man muss natürlich verwandte und unverwandte Töne in einer dem Untersuchten unbekannten Reihenfolge anschlagen, damit er nicht zu Gunsten des Experimentes sich Einbildungen mache. Besonders gut gelingt das Mitempfinden der Vibrationen, wenn der eine der Herztöne in einem Tone steht, den man auf der Violine ohne Griff angeben kann, und man kann ja da, wo es sich nur um einen halben bis einen ganzen Ton handelt, eine Violine höher spannen oder etwas nachlassen, um dies zu ermöglichen. So viel hält jede gute Violinsaite aus.

Ich komme nun, theils der Ausführlichkeit wegen, theils um die, welche etwa diese Versuche wiederholen wollen, im Voraus mit deren Schwierigkeit oder Erfolglosigkeit vertraut zu machen, noch auf eine doppelte von uns angestellte Versuchsreihe.

Zuerst nahmen wir eine verschiedene Anzahl zinnerner Orgelpfeifen, und bestimmten den Ton, in dem sie standen, wenn sie bei offen gelassenem dickerem Ende, und den Ton, wenn sie bei geschlossenem dickerem Ende angeblasen wurden. Die Differenz der oben offen gelassenen und mit flacher Hand geschlossenen Orgelpfeife ist in Betreff des Tones gar nicht etwa eine geringe, sondern ergab eine Differenz von einer Octave + Quinte, z. B. für die Orgelpfeife Bass *C* 

Was die Mitempfindung der Vibrationen der in der Orgelpfeife eingeschlossenen Luftsäule anlangt, so liess sich ein Gesetz der Mitvibration nach Verwandtschaft der Töne durchaus nicht nachweisen, sondern die mit dem offenen, breiten Ende der Pfeife berührte Stelle vibrirte um so stärker und belästigender (i. e. die Brust beengender), je länger die Pfeife und je weiter, besonders am oberen Ende, sie war; das heisst also, je grösser die schwingende Luftsäule der Höhe, Länge und Breite nach war. Man sieht leicht, es ist hier mit Orgelpfeifen nichts anzufangen, aus physikalischen und musikalischen Gründen, die sich so von selbst ergeben, dass ich sie nicht erst des Weiteren zu erwähnen brauche. In einer gleich breiten Fläche würde eine schwingende Luftsäule die Brust nur bei Blasinstrumenten mit

Klappventilen (Clarinette, Klappenhorn) berühren können. Doch hierüber fehlen mir Versuche und die Gelegenheit dazu.

Der zweite Versuch führte zur Zeit ebenfalls noch zu keinem Resultate, doch muss man, meiner Ansicht nach, gerade hiervon noch am ehesten etwas erwarten. Um aber etwas zu erreichen, dazu reicht theils die Kraft eines Einzelnen kaum aus, theils kann ich meinem durch Experimente anderer Art schon mannigfach in Anspruch genommenen Geldbeutel diese neue Last nicht weiter aufbürden. Ich ging bei diesem Versuche von der bekannten Thatsache aus, dass Glocken von selbst anfangen laut und vernehmlich zu erklingen, wenn man auf irgend eine Weise den Ton, in welchem die Glocke steht, darunter angiebt, und ist dies bekanntlich die Art, wie Glockengiesser ihre Glocken prüfen. Ferner ist es bekannt, dass Wein-, Biergläser etc. (zumal die guten englischen) freiwillig erklingen, wenn sie in einem Zimmer, wo musicirt wird, oder auf einem Pianoforte während des Spieles stehen, sobald der Ton angegeben wird, in welchem sie stehen. Man weiss aber eben so gut, dass hundert Mal der Versuch wiederholt werden kann und das Experiment doch nicht gelingt, und dass man dasselbe Stück wiederholt spielen kann, ohne dass ein freiwilliges Erklingen stattfindet, weil ein Ton, der dem Namen nach derselbe ist, doch um $\frac{1}{8}$, um $\frac{1}{14}$ Ton noch verschieden sein kann. Dennoch aber glaubte ich, dass man, auf diese Erfahrung gestützt, einen Versuch damit machen könnte, dass man ein metallenes Stethoskop, das in demselben Tone, wie einer der gehörten Herztöne stände, anwendete. Ich liess mir deshalb zwei metallene Stethoskope machen, deren eines in *a*, das andere in *g* stand, und wendete nun die beiden Instrumente bei Herzen an, deren einer Ton in *a* oder *g* stand. Auf diese Weise gelang es mir aber nicht, ein günstiges Resultat zur Zeit zu erzielen, und man wird sich darüber auch nicht wundern, wenn man bedenkt, dass das Experiment selbst falsch angestellt war. Denn eine Tonbestimmung des Hörrohres *g* bei Aufsetzen auf die Brust ergab, dass nunmehr das Rohr nicht mehr beim Anschlagen mit einem Metallstäbchen an dasselbe den Ton *g*, sondern den um eine Quinte tiefer liegenden Ton *c* erklingen liess. Will man also hier zu einem Resultate kommen, so muss man entweder Glasglocken oder Metallröhren, die in den Herztönen stehen, über das Herz halten in einer kleinen Entfernung von der Brust, oder solche Glocken nehmen, die nach Aufsatz auf die Brust den einen der Herztöne erklingen lassen. Ich wiederhole, dass Tausende von Versuchen hier nöthig sind, viele Beobachter und viele Instrumente, und aus allen diesen Gründen ich diese Versuche zu unterbrechen mich genöthigt sah.

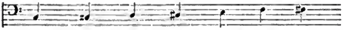
Ich behalte mir auch vor, in einiger Zeit über weitere, in anderer Richtung angestellte Versuche, die hierher gehören, zu berichten.

Was die Tonbestimmungen der an Carotiden und Crurales hörbaren Töne anlangt, so waren dieselben an Crurales unmöglich, bei den Carotidentönen aber kehrten die Tonintervallen von einer kleinen Terz wieder. Ob dabei, wie es uns schien, ein Tieferstehen der Töne über den Carotiden, jedes um eine ganze Terz, statthatte, oder ob dies Täuschung war, das wissen wir zur Zeit nicht zu entscheiden. Von wesentlichem Gewicht dürfte hierbei das Einhalten der kleinen Terz in Betreff der Lehre von der Tonfortleitung vom Herzen aus sein, und wollen wir dies beim folgenden Paragraphen erwähnen.

Was wir aus diesen Betrachtungen für Physiologie und Praxis gewinnen könnten, liesse sich wohl in folgende zwei Punkte zusammenfassen:

I. Wir sind, auf diesen Versuch gestützt, in den Stand gesetzt, auch einen Versuch zu machen, die Zahl der Schwingungen zu berechnen, welche die die einzelnen Herztöne erzeugenden Klappen machen müssen in dem auf ihre Erzeugung fallenden Zeitraume.

Wir haben oben gesehen, dass die Töne des gesunden Herzens eines gesunden Mannes in der obersten Bassoctave liegen, und wollen nun zuvörderst die von Opelt und Scheibner einerseits, und Cagniard de Latour andererseits berechneten Tabellen über die Summe der Schwingungen, welche ein Körper in einer Zeitsecunde machen muss, um die Töne der obersten Bassoctave zu erzeugen, hier wiedergeben, uns bei unserer späteren Berechnung aber an die Opelt-Scheibner'sche Tabelle halten. Es ergiebt sich folgende Tabelle:



O.	c = 264	cis = 287	d = 297	dis = 317	e = 330	f = 352	fis = 376
L.	255-56	....	283	....	305	337-38	....



g = 396	gis = 422	a = 440	as = 469	h = 495	c = 528
382	....	427-28	....	477	511.

Dauerte nun eine jede Systole und eine jede Diastole eine Secunde lang, so dürfte man nur für dieselben die Schwingungszahlen bei den betreffenden Tönen ablesen.

Es dauert aber nun eine jede Systole und eine jede Diastole nicht so lange, sondern es fallen im Mittel 75 ganzer Herzactionen auf eine Zeitminute, also $1\frac{1}{4}$ ganzer Herzactionen auf eine Zeitsecunde. Weiter nimmt nach Kürschner in Rudolf Wagner's Handwörterbuch der Physiologie, Artikel: Herzthätigkeit, die Systole $\frac{2}{4}$, die Diastole $\frac{1}{4}$ und das freie Intervall auch $\frac{1}{4}$ der Dauer Einer ganzen Herzaction ein. Halten wir uns, obgleich wir diese Kürschner'schen Angaben für nicht ganz genau annehmen zu können glauben, einmal an diese Angaben, so ergäbe sich, um die Schwingungszahlen eines systolischen und diastolischen Herztones zu bestimmen, folgender Ansatz:

Man dividire die Summe der Zeitsecunden einer Zeitminute (*s*), multiplicirt mit der Gesammtzahl der Schwingungen eines gefundenen Tones in einer Zeitsecunde (*t*), durch die Zahl der Pulse in einer Minute (*u*). Dies gäbe die Formel $\frac{s \times t}{u}$.

Setzt man nun:

$s = 60$

$t =$ einer der in der Tabelle genannten Schwingungszahlen eines Tones,

$u = 75$

so ergiebt sich folgende Tabelle:

für $c = \frac{60 \times 264}{75} = 211$, für *cis* 229, für *d* 237, für *dis* 253, für *e* 264, für *f* 281, für *fis* 300, für *g* 315, für *gis* 337, für *a* 352, für *as* 375, für *h* 396, für *c* 422.

Von den Schwingungen aber, welche auf die Zeitdauer einer ganzen Herzaction fallen würden, kämen nach Kürschner $\frac{2}{4}$ auf die Systole und $\frac{1}{4}$ auf die Diastole. Wollen wir nun weiter bestimmen, wieviel Schwingungen ein gehörter systolischer oder diastolischer Ton wirklich in der ihm gestatteten Zeitdauer machte, so ergäbe sich dies leicht aus folgender Tabelle:

a) Die Klappen, welche die systolischen Töne erzeugen, würden in der ihnen gestatteten Zeit schwingen:

bei $c = \frac{211}{2} = 105$ Mal, bei *cis* 115 Mal, bei *d* 118 Mal, bei *dis* 126 Mal, bei *e* 132 Mal, bei *f* 140 Mal, bei *fis* 150 Mal, bei *g* 158 Mal, bei *gis* 168 Mal, bei *a* 176 Mal, bei *as* 187 Mal, bei *h* 198 Mal, bei *c* 211 Mal.

b) Die die diastolischen Töne erzeugenden Klappen in der ihnen gestatteten Zeit:

bei $c = \frac{211}{4} = 52$ Mal, bei *cis* 57, bei *d* 59, bei *dis* 63, bei *e* 66, bei *f* 70, bei *fis* 75, bei *g* 79, bei *gis* 84, bei *a* 88, bei *as* 93, bei *h* 99, bei *c* 105 Mal.

Schlüge nun z. B. das Herz eines Menschen in der Minute 75 Mal, stünde aber dabei der systolische Ton in *dis*, der diastolische in *fis* der obersten Bassoctave, so würden die systolischen Klappen 126, die diastolischen 75 Schwingungen in der ihnen zur Schwingung gegebenen Zeit machen müssen. Sind meine Tonbestimmungen richtig, so werden auch die Schwingungsbestimmungen als richtig anerkannt werden müssen, und liessen sich leicht die Abweichungen bei anderer Pulszahl in der Minute ebenfalls darnach berechnen. Sind die Bestimmungen der Töne falsch, so ist auch die Berechnung der Schwingungszahlen eine falsche, und der ganze Versuch ein verunglückter. Hier muss die Erfahrung Anderer mit entscheiden helfen.

II. Ich kann diesen Punkt aber nicht verlassen, ohne darauf aufmerksam zu machen, dass, wenn meine Tonbestimmungen richtig sind, wenn man überhaupt Tonbestimmungen am Herzen machen kann und wirkliche Herztöne annehmen muss, die Lehre von dem Ergriffenwerden einzelner Personen von Musik (zumal den getragenen Tönen der Orgel, Physharmonica) revidirt werden muss, unter Bezugnahme der Tonerscheinungen am Herzen, dass fortan nicht mehr allein bei diesem Ergriffensein von Reizbarkeit der Nerven [1]) des Individuums die Rede sein könnte, sondern dass man auch an die musikalische Mitempfindung, bedingt in anorganischen und physikalischen Gesetzen, denken müsse. Ich will mich aber nicht auf dieses sehr weite Feld der Hypothese versteigen; sollten sich meine Tonbestimmungen bewahrheiten, so lässt sich dieses Desiderium leicht nachholen. Wir würden vielleicht die verschiedenen Dur- und Moll-Melodien mit mehr Rationalität zu Kurzwecken verwenden können etc. Interessant bleibt immer

[1]) Es scheinen überhaupt nach R. Wagner's neuesten Untersuchungen (cfr. Nachrichten von der G. A. Universität und der k. Gesellschaft der Wissenschaften zu Göttingen No. 15. 1850.) bei dem Herzen und anderen Muskeln die Nerven viel von ihrem Einflusse auf Bewegung verlieren zu sollen; ob dies nicht um so mehr hier statt hat, wo von einer Reflexaction der Gefühls- auf die Bewegungsnerven die Rede sein müsste, wird man nicht so kurzweg wegläugnen können.

sehen jetzt der Umstand, dass die das Gemüth am meisten angreifenden, bewegenden Moll-Melodien in einer kleinen Terz sich ergehen, während erregende Märsche etc. in Dur-Melodien geschrieben sind, obwohl diese Mitempfindung nie ganz allein aus unseren Tonbestimmungen sich erklären lassen dürfte.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Physiologie und Pathologie der Zähne.

Von
Joseph Linderer,
Zahnarzt.

Krankhafte Bildung neuer Kanäle im Dentin mit Structurveränderung.

Ich habe bereits in der „Deutschen Klinik" No. 22. des vorigen Jahres mitgetheilt, dass ich ein sehr interessantes Präparat besitze, bei welchem sich im Dentin grosse weite Kanäle mit eigenthümlicher Structurveränderung gebildet haben. Ich werde jetzt den Fall näher beschreiben. Er betrifft einen Mahlzahn des Unterkiefers. Beide Wurzeln waren durch eine starke Exostose an der Spitze der Wurzeln zusammengewachsen. Diese Krankheit bedeckte die letzteren ringsherum und beinahe bis an den Schmelz in ziemlicher Breite. Die Krone war durch Caries so zerstört, dass die Höhle des Zahnes blossgelegt war, und die Wurzelhaut war entzündet. An vielen Stellen sah man Streifen zersetzter Fasern. Wegen Schmerz wurde der Zahn ausgezogen. Der blosse Anblick zeigte, dass lange Zeit verschiedene Krankheiten auf ihn gewirkt hatten.

Bei einem Längeschnitt, von innen nach aussen gemacht, bemerkte man mit blossen Augen quer durch die Zahnfasersubstanz schmale mehr oder weniger lange weissgraue Linien, ähnlich denen, welche ein Saftzellennetz anzeigen; in diesem Fall aber waren es grosse Kanäle. Den interessantesten will ich beschreiben, und bemerke nur, dass bei den anderen Kanälen zwar ein anderes Bild sich zeigte, was zum Theil wohl vom Durchschnitt abhing, indem eine andere Richtung der Kanäle stattfand, dass in der Umgegend aber immer Structur-Veränderung vorhanden war. Der regelmässige Lauf der Saftfasern war nicht mehr wie früher da, sondern fand auf verschiedene Weise statt.

Der kranke, neu entstandene Kanal, den ich beschreiben will, fing von dem Kanal der Wurzel an, und zwar etwas tiefer, als an der Mitte derselben. Hier war er am weitesten und drang dann nach auswärts und zugleich nach abwärts, nach der äussern Wand der Wurzel hin gerichtet. Zugleich drang er aber auch von der obern Fläche des Plättchens durch die Dicke des Dentins und öffnete sich auf der anderen Fläche. Er war also hier durchgeschnitten, so dass man seine völlige Länge und Richtung nicht sehen konnte. Ich kann also nicht sagen, wie sein Ende beschaffen war. — Wenn ich Wasser auf das Plättchen that, so wurden die Umrisse des Kanals deutlicher, und ich bemerkte, wie sich eine Luftblase bildete, welche an der andern Oeffnung des Kanals hervortrat, hier eine kurze Zeit verweilte, indem sie grösser wurde und sich dann loslöste. Ich machte dies Experiment oft, und jedesmal trat dieselbe Erscheinung ein.

Obgleich der Kanal so breit war, dass er mit blossen Augen gesehen werden konnte, so war seine Höhle doch sehr schmal, und da, wo die Blase hervortrat, etwa so breit als eine Saftfaser des Dentins. — Als ich später das Präparat mit Dammarlack befeuchtete, verschwand die schwarzgraue Farbe und es entstand eine gelbliche. — Beinahe am Ende des Kanals und durch helle Substanz getrennt, etwa in einer Breite von 3 Dentinfasern sah man ein Stückchen eines schmalen Kanals, der ebenfalls eine gelbliche Farbe angenommen hatte, und jedenfalls ein Zweig des grössern Kanals war, dessen Zusammenhang bei diesem Längeschnitt nicht gesehen werden konnte.

Die Einwirkung des Kanals auf die umgebende Fasersubstanz ist von dem grössten Interesse.

Es zeigt sich diese Krankheit nicht wie die schon beschriebene Bildung neuer kranker Kanäle im Pferdezahn durch Umwandlung des Dentins in Knochensubstanz, sondern dadurch 1) dass die Zahnfasern eine ganz andere Richtung annehmen, 2) dass sie eine Masse sehr feiner Seitenzweige bekommen, 3) dass sie sich auf verschiedene Art mit einander verbinden, 4) dass sie zum Theil weiter werden und die innere Structur deutlich erkannt wird, 5) dass sich verschiedene Züge dicht zusammenliegender Saftzellen bilden, 6) um den Kanal herum zeigt sich Grundzellenbildung.

1) Grundzellenbildung. Ich konnte dieselbe nur an dem nach unten gerichteten Rande des Kanals bemerken. Man sieht sie ebenfalls als kleine Bogen, deren Convexität nach den Fasern zu gerichtet ist, wie man es auch bei der Inostosis bemerkte. Sie berühren sich einander auch auf ähnliche Weise. Der Raum zwischen ihnen und dem untern Rand des Kanals ist sehr hell, und man sieht nur schwach die Reste von Fasern, und die Entfernung vom Kanal ist noch breiter als dieser selbst. Die erwähnten Bogen erscheinen als helle Linien. — Dass ich nur nach unten hin die Grundzellenbildung bemerkt habe, hat seine Ursache wahrscheinlich darin, dass auch der Kanal die Richtung nach abwärts hat, und dass also eben in dieser Richtung sich die kranke Einwirkung vorzugsweise geäussert hat, was auch aus der übrigen Figur zu sehen ist. Oberhalb des Kanals liegen fast in der ganzen Länge die Zahnfasern dicht an.

2) Die Zahnfasern haben eine andere Richtung erhalten. — In gesundem Zustande geben die Zahnfasern bekanntlich in der Gegend, in welcher der kranke Kanal entstanden ist, unter einem Winkel von etwa 45 Grad vom Zahnkanal aus in die Höhe. In diesem Fall aber sieht es aus, als wären die Fasern nach oben und unten hin zurückgebogen worden; und zwar wiederum nach unten hin, wohin die Richtung des kranken Kanals stattfindet, am meisten. — Oberhalb des Kanals ist die Zurückbiegung der Fasern nur an dem Theil geschehen, welcher den Zahnkanal berührt, und zwar nach oben hin. Die Richtung ist hier also zuerst von oben nach unten, dem obern Rand des Kanals ungefähr folgend und nah an ihm liegend; vom Ende desselben aber gehen die Fasern wieder aufwärts in ihrer gewöhnlichen Richtung. — Unterhalb des Kanals ist die Substanz ziemlich hell, ein Zeichen, dass ein grosser Theil der Fasern unsichtbar geworden oder ganz verschwunden ist, die vorhandenen aber haben vom Zahnkanal aus die Richtung abwärts, und man sieht diese Erscheinung in grosser Ausdehnung. Die Einwirkung des kranken, nach abwärts dringenden Kanals erstreckt sich also über eine grosse Fläche des Dentins. — Die Biegungen nach abwärts sind nicht gleichmässig erfolgt, so dass manche Fasern an verschiedenen Stellen verschieden nah zusammen liegen, oder selbst sich durchkreuzen. Zuweilen sieht man selbst noch Fasern, welche ihre gewöhnliche regelmässige Richtung behalten haben.

3) Die Zahnfasern haben eine Masse sehr feiner Seitenzweige. — Manche Schriftsteller behaupten, dass die Fasern in der Wurzel immer viel Seitenzweige hätten, nach meiner Beobachtung findet dies nur in krankem Zustande statt. Diese Seitenzweige sind ungemein zart, und ich sah sie nur, wenn das Präparat von Dammarlack durchdrungen war. Sie sind so zart, dass man genau hinsehen muss, um sie zu entdecken. Die Zahl der Zweige ist oft sehr bedeutend, und sie erstrecken sich zuweilen über ein Paar benachbarte Zahnfasern. — An manchen Stellen sind sie in so grosser Zahl vorhanden, dass ein förmliches Netz von ihnen gebildet wird.

4) Verbindung der Saftfasern untereinander. — Man sieht die Verbindung mehrerer Saftfasern auf die verschiedenste Weise. Zuweilen findet sie schon in der Nähe des Zahnkanals statt, zuweilen entfernter. In manchen Fällen bemerkt man zuerst einen Stamm, der sich theilt, zuweilen sind zwei Stämme vorhanden, die sich verbinden, wieder in andern Fällen werden zwei Saftfasern, die ziemlich entfernt von einander liegen, durch eine Faser, die einen grossen Bogen bildet, verbunden.

5) Züge zusammenliegender Saftzellen. — Es sind in diesem Fall 3 vorhanden, von denen zwei besonders ausgebildet sind. Der äusserste macht einen halben Bogen, dessen Convexität nach aussen gerichtet ist. Von ihm aus gehen die Saftfasern in gewöhnlicher Richtung und gewöhnlicher Zahl zum Cement, doch bemerkt man an ihnen schon viel Seitenzweige, ein Zeichen, dass die Krankheit auf dieselben auch schon eingewirkt hat. Die Saftzellen liegen dicht zusammen und sind von sehr verschiedener Grösse und Gestalt. Die Breite dieses Bogens ist mit blossen Augen als zarte Linie zu sehen. — Der zweite Zug Saftzellen liegt etwas mehr nach dem Zahnkanal hin, und steht durch Fasern und Zellen mit dem äussern in Verbindung. Er bildet fast drei Viertel eines Kreises, und innerhalb desselben sind verschieden gestaltete Saftzellen und Fasern. Beide Enden des Bogens liegen in ziemlich gleicher Richtung nach der Krone zu gewendet. Das innere liegt beinahe senkrecht unter dem Ende des kranken Kanals, aber so weit entfernt, dass man mit blossen Augen einen sehr feinen Zwischenraum sieht. — Zwischen diesen beiden Enden und dem Ende des kranken Kanals liegt ein Theil Saftfasern in schräger Richtung, deren Structur deutlich hervortritt.

6) Erkennung der innern Structur. — Die zuletzt genannten Fasern, welche oft Verbindungen mit einander eingehen, sind zum Theil etwas breiter als die andern. Jede Faser bildet zwei durch einen hellen Streifen von einander getrennte Linien, nämlich die Peripherie der Saftfasern. Sie liegen zwar im Ganzen parallel neben einander, aber es giebt auch kleine Stellen, wo die eine Peripherie einen kleinen Winkel nach aussen bildet, während die andere gerade verläuft. Zwischen beiden Linien, also in der Höhle der Faser, sieht man

sehr deutlich: 1) Querlinien, welche von einer Peripherie zur andern dringen, 2) kleine Zellen, welche die ganze Breite einnehmen, und in ihrer Mitte ein Pünktchen haben. 3) Von diesem Pünktchen sieht man zuweilen ganz deutlich einen der genannten Seitenzweige durch die Faser hindurch nach aussen dringen. 4) Man sieht auch Zellen, die nur von einer Peripherie ausgehen, aber die entgegengesetzte nicht berühren. 5) Es ist öfters ein Zwischenraum zwischen denselben vorhanden. — Ich habe bereits früher bei der Caries eine sehr ähnliche Erscheinung gesehen, und im zweiten Bande meines Handbuches Tab. IV. Fig. 4. u. 5. Abbildungen davon gegeben. Es ist dies ein Beweis mehr, dass die Structur der Saftfasern so ist, wie ich sie früher beschrieben habe.

Aus dem Angeführten kann man sehen, dass in der Zahnsubstanz selbst, entfernt von weichen Theilen eine grosse Lebensthätigkeit herrscht, da nämlich in einer sehr grossen Strecke die Structur ganz verändert werden kann.

Die Art und Weise der Structurveränderung ist schwer anzugeben, namentlich wodurch eine ganz entgegengesetzte Richtung der Saftfasern hervorgebracht wird. Man muss aber nur bedenken, dass die Fasern im gesunden Zustande durch eine Menge Verbindungsfasern mit einander in Zusammenhang stehen. In diesen Verbindungsfasern entsteht wahrscheinlich eine besondere Thätigkeit, sie vereinigen sich mit einander und bilden so eine neue Saftfaser, während sie die Kalktheile der früheren Saftfasern aufsaugen, so dass diese unsichtbar werden.

Ein überzähliger Zahn im Zahnfleisch entstanden.

Ein Knabe von 10 Jahren kam im Mai 1849 zu mir. Im Oberkiefer hatte das Wechseln sehr unregelmässig stattgefunden. Auf der linken Seite waren die bleibenden Schneidezähne vorhanden und die übrigen Milchzähne; auf der rechten Seite dagegen standen die drei vordern Milchzähne noch, dann kam ein bleibender Bicuspis. Aussen war das Zahnfleisch ganz regelmässig beschaffen. Nach 7 Monaten, also im December, wechselten die beiden Schneidezähne ebenfalls. Auch in dieser Zeit war aussen am Zahnfleisch, namentlich über dem kleinen Schneidezahn, nicht das geringste Auffallende zu bemerken, insbesondere war die Dicke des Zahnfleisches wie gewöhnlich. Im Juni 1850 kam der Knabe wieder zu mir, also nach 6 Monaten. Der Augenzahn war auch gewechselt, so dass die vordern 4 bleibenden Zähne der rechten Seite regelmässig da waren, indessen hatten beide bleibende Schneidezähne noch nicht die gehörige Länge erhalten, und der kleine namentlich stand nur zur Hälfte mit der Krone hervor. Zu gleicher Zeit aber sah ich, und nur eine halbe Linie über dem Rand des Zahnfleisches des kleinen Schneidezahns, ein Zähnchen hervorstehen. Es war unregelmässig gebildet, denn es hatte eine Kegelform, stand etwas über 1 Linie hervor, und war beinahe 1 Linie dick, ausserdem war es auch ein überzähliger Zahn, weil die andern alle vorhanden waren. Das Zähnchen war horizontal nach aussen gerichtet, und befand sich so nahe dem Rand des Zahnfleisches, dass darunter kein Zahnfortsatz mehr war, sondern nur der noch nicht hervorgebrochene Theil der Krone des kleinen Schneidezahns. — Da mir der Ort der Entstehung sehr auffallend sein musste, so untersuchte ich sehr sorgfältig. Das Zähnchen sass sehr lose. Ich untersuchte zwischen Zahnfleisch und Zahn, ob ich etwa die Wurzel fühlen könnte. Weil das Zahnfleisch, wie dieses im vorliegenden Fall stattfinden musste, nur in grösserer Fläche auf dem Zahne anlag, und nicht angewachsen war, so konnte ich mit der Sonde überall hin sehr weit kommen, doch nirgends konnte ich jenes Zähnchen durchfühlen. Es war also offenbar, dass es sich nur im Zahnfleisch befand. — Ich nahm es nun mit einer Pincette heraus. — Es war viel grösser als ich vermuthete. Es hatte eine Krone mit Schmelz und eine Wurzel. Es machte zwei Biegungen, so dass die Spitze der Wurzel in dem Theil des Zahnfleisches sass, welcher zwischen dem ersten und zweiten Schneidezahn sich befindet, dann machte die Wurzel eine Biegung horizontal nach der Seite hin bis zur Mitte des zweiten Schneidezahns, und von hier ging die Krone horizontal nach aussen.

Die Zeit, in welcher der Keim des überzähligen Zahns gebildet wurde, kann ich natürlich nicht genau bestimmen. Da aber die darunter liegenden bleibenden Zähne vier Jahre später wechselten, als es gewöhnlich stattfindet, ohne dass man dazu einen besonderen Grund finden konnte, so wäre es möglich, dass ihre Keime erst 4 Jahre später gebildet wurden. — Und so könnte man auch recht gut annehmen, dass der Keim des viel kleinern überzähligen Zahns erst im vierten oder fünften Jahre gebildet wurde, also in einer Zeit, in welcher sowohl der Kiefer als das Zahnfleisch schon sehr ausgebildet war.

Zähne in der Schleimhaut der Kieferhöhle.

Der Herr Geheimrath Langenbeck hat mehrere Zähne in der Kieferhöhle gefunden, er hatte die Güte, mir dieselben zu zeigen, und ich will sie hier kurz beschreiben.

1) Ein Mahlzahn. Er hatte eine Krankheit der Kieferhöhle verursacht. Ein berühmter Arzt nahm eine grosse Operation vor, die aber von keinem Erfolg war. Der Kranke wandte sich später an den Herrn Geheimrath Langenbeck, welcher bei sehr sorgfältiger Untersuchung mit der Sonde einen glatten Körper fühlte, er entfernte ihn, und fand, dass es ein Mahlzahn sei. Der grösste Theil der Krone ist vorhanden. Der grössere Theil des Gipfels, die innere Fläche mit zwei sehr starken Spitzen und eine Seitenfläche sind alle gesund. Eine Wurzel ist von der innern und Seitenfläche abgehend ein wenig nach unten und dann stark nach innen hin gebogen. Auch die äussere Fläche ist gesund, die andere Seitenfläche dagegen cariös, und an der zweiten Wurzel bemerkt man eine starke Resorption.

2) Ein unregelmässig gebildeter überzähliger Zahn. An zwei Stellen der Krone findet sich Caries, die sich bis zum Hals erstreckt. Es ist nur eine Wurzel vorhanden, deren Spitze stark gebogen ist. Auch oben ist die Krone hohl. Sie bildet einen stumpfen Kegel, dessen Schmelz schwarz und schmutzig ist.

3) Ein überzähliger Augenzahn. Er gehört der rechten Seite an. An der Krone bemerkt man schwache Erosion, an der Spitze ein Loch. Die Farbe des Schmelzes ist weiss. Die Wurzelspitze ist nach vorn gerichtet. Man sieht es der noch vorhandenen umgebenden Haut an, dass eine Entzündung derselben vorhanden war, auch bemerkt man an verschiedenen Stellen Exostose.

Früher habe ich schon erwähnt, dass man einen Zahn in der Vagina gefunden hat; und es spricht dies alles wohl dafür, dass die Schleimhaut für die Bildung der Zähne bestimmt sei.

Wie wichtig für die Erkennung der Krankheiten der Kieferhöhle eine sehr sorgfältige Untersuchung sei, geht aus dem Angeführten hervor. Die Haut, welche die Wurzel umgiebt, mag wohl in den meisten Fällen mehr oder weniger stark angeschwollen sein, zuweilen ähnlich einer Fleischmasse. Durch diese hindurch ist mit der Sonde die Wurzel nicht gut zu fühlen. Die Krone mag theilweise auch noch von der angeschwollenen Haut umgeben sein, oder sie ist sehr klein, oder, trifft man sie ja mit der Sonde, so berührt man vielleicht gerade eine cariöse und deshalb weiche Stelle, was die Erkennung ebenfalls erschwert. Am leichtesten ist natürlich mit der Sonde der glatte Schmelz zu erkennen.

(Schluss folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Ein Beitrag zur näheren Erkenntniss des Chloroforms in chemischer und physiologischer Beziehung.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 4.)

Fall VII. *Pneumonia duplex.*

Therese Bechel, 26 Jahre alt, aus Höchst, Dienstmädchen, wird am 20. December 1850 in das Hospital gebracht. Sie ist seit 5 Tagen bettlägerig. Die Krankheit begann mit Frost und Hitze und heftigem Stechen in der Brust, wozu sich vor 5 Tagen Husten und blutig zäher Auswurf gesellten. Vor 5 Tagen wurden 20 Cucurb. auf die Brust applicirt und zweimal *Tart. stib.* Solution mit *Nitrum* gereicht. Die Schmerzen und die Dyspnöe nahmen jedoch immerwährend zu, ohne auch nur vorübergehende Erleichterung.

Status praesens. Pat. sieht erhitzt und tief erkrankt aus, Respiration ist beschleunigt, kurz und mühsam, Klage über beständigen, beim Inspiriren lebhaft vermehrten Schmerz im rechten Thorax und im Rücken. Viel Husten, der mühsam blutig zähe Sputa entleert, Pat. wagt nicht tief zu husten, Kopf heiss und angegriffen, Zunge stark belegt, Geschmack bitter, kein Appetit, sehr lebhafter Durst, Oeffnung gering, Pat. hat seit 3 Tagen und Nächten auch nicht einen Augenblick geschlafen. Nachts ist der Husten besonders häufig und peinigend. Resp. 40. Puls 118. Menses vor einigen Tagen, geringer als normal. — Pat. war noch nie brustkrank, und glaubt ihre jetzige Krankheit einer Erkältung zuschreiben zu müssen. Percussion des ganzen rechten Thorax, besonders hinten, sehr matt. Ebendaselbst ausgebreitetes Bronchialblasen. Pat. fühlt beim Husten und bei jeder tiefen Inspiration hier heftiges Stechen. Percussion links hinten in der Mitte noch matter wie rechts, Bronchialblasen daselbst sehr aus-

gesprochen. Bis Nachts 11 $^1/_2$ Uhr werden 6 Chloroform-Inhalationen gemacht. Pat. findet sich nach jeder Inhalation sehr erleichtert. Der Hustenreiz verschwindet während der Inhalationen und kehrt sehr vermindert zurück; die Sputa werden dünnflüssiger und leichter expectorirt. Stechen in der Brust mässig, manchmal während der Inhalationen ganz verschwindend. Pat. athmet jedesmal $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde (circa ʒj Chloroform) mit halbminütlichen Unterbrechungen. Manchmal tritt etwas Schwindel ein, immer Hitze, und während und nach den Inhalationen ein reichlicher Schweiss.

21. Dec. Pat. fühlt sich etwas erleichtert, hat nicht geschlafen, keine Oeffnung, Urin trübe, ohne Sediment. Schweiss; Sputa wässriger, noch blutig. Percussion auf beiden Seiten matter wie gestern, Auscultation *uti heri*, rechts oben Schleimrasseln. Resp. 36. Puls 110. *Pulv. laxans.* Im Tag werden 8 Chloroform-Inhalationen gemacht, jede mindestens zu ʒj.

22. Dec. Drei Oeffnungen. Weniger Husten und Stechen auf der Brust, Auswurf flüssiger, etwas schaumig, doch noch blutig, Brust noch enge, Athem kurz. Urin hat ein starkes Sediment (Harnsäure). Resp. 30—36. Puls 84. Acht Chloroform-Inhalationen, jedesmal $^1/_4$ St. lang.

23. Dec. Keine Oeffnung. Pat. fühlt sich wesentlich erleichtert und hat Nachts etwas geschlafen. Urin trübe, ohne Sediment. Auswurf geringer, wässriger, heller, mehr rosenroth. Schmerz und Husten gering, Brust freier. Pat. kann jetzt auch auf der rechten Seite liegen. Percussion ziemlich gut, nur noch links unten und rechts in der Mitte hinten etwas dumpfer. Auscultation ergiebt oben hinten links Athemgeräusch, bei Exspiration etwas gedehnt, weiter unten etwas leiser mit zähem Schleimknarren, ganz unten in einem kleinen Winkel an der Wirbelsäule noch etwas Bronchialblasen, rechts oben hinten die Respiration undeutlich, mitten und unten etwas Schleimrasseln. Herzschlag vermehrt. Resp. 30. Puls 84. Im Lauf des Tages 8 Chloroform-Inhalationen.

24. Dec. Keine Oeffnung. Urin fast hell, ohne wolkige Trübung. Allgemeinbefinden viel besser, Brust freier, kein Stechen, kein Schmerz mehr beim Husten. Selbst bei tiefer Inspiration kein Schmerz mehr. Auswurf gering, hell und wässrig, nur noch Blutspuren zeigend. Sputa gar nicht mehr am Glas haftend, sondern nur noch in sich zusammenhängend. Bei dem geringsten Hustenstoss lösen sich die Sputa ganz leicht. Pat. hat Nachts mit Unterbrechung gut und ruhig geschlafen. Kann auf beiden Seiten liegen. Auscultation ergiebt links in der Mitte noch etwas blasende Respiration. Rechts unten das Respirationsgeräusch noch etwas verdeckt und leiser. Nirgends Rasselgeräusche, keine Spur von Bronchialblasen mehr. Percussion im Allgemeinen besser. Resp. 32. Puls 72. Sechs Inhalationen.

25. Dec. Keine Oeffnung. Urin hat starkes schleimig weisses Sediment. Die Inhalationen sind der Patientin stets sehr angenehm und erregen nur selten Schwindel. Pat. hat gut geschlafen. Auswurf weiss, locker und dünn, ohne alle Blutspuren, Zunge fast rein, Geschmack gut. Allgemeinbefinden sehr befriedigend. Resp. 28. Puls 72. Auswurf riecht ganz eigenthümlich, wie nach Essiggährung (?). Respiration überall besser. Vier Inhalationen.

26. Dec. Percussion überall gut, Respiration nur links unten hinten 2—3 Finger breit noch leiser und verdeckt, nirgends Schleimrasseln. Inhalationen immer noch erleichternd, ohne Nebenwirkung, wenig Schweiss mehr hervorrufend.

27. Dec. Pat. verlässt gegen Verbot Nachts von Schweiss durchnässt das Bett, und wird Morgens, nur mit einem Hemd bekleidet, im Saal sitzend gefunden. Sogleich Husten wieder vermehrt, Auswurf zäher, wieder am Glase hängend, mit dünnen Blutstreifen, mehr Schmerz beim Husten. Urin trübe und mit Sediment. Resp. 26. Puls 72. Fünf Chloroform-Inhalationen täglich bis zum 31., wo Husten aufhört, sonst kein Auswurf mehr stattfindet und Pat. über nichts mehr klagt. Um mit den Inhalationen nicht plötzlich abzubrechen, werden am 31. Dec. und 1. Jan. noch je 2 Inhalationen gemacht. Von da an tritt Pat. in die Reconvalescenz ein. Im Ganzen hat Pat. 70 Chloroform-Inhalationen gemacht.

Am 4. Jan. verlässt Pat. auf Stunden das Bett und fühlt sich nicht besonders schwach und angegriffen. —

(Während ich diese Beobachtungen niederschreibe, bietet sich Gelegenheit genug, die Wirkung des Chloroforms bei den verschiedensten Arten und Stufen der Pneumonien zu beobachten, und ich glaube dem allgemeinen Interesse zu genügen, wenn ich die kaum errungenen Resultate dem ärztlichen Publikum vorlege. Die Specification der Krankengeschichten scheint mir hier von grösster Wichtigkeit, weil ein selbstgeschaffener allgemeiner Ueberblick mehr Vertrauen und Einsicht gewährt, als die ermüdenden Winke und weitschweifigen Auseinandersetzungen einer nachhinkenden Epikrise.)

Fall VIII. *Pneumonia duplex.*

Conrad Jost aus Kunzenau, 30 Jahre alt, Taglöhner, wird am 4. Jan. 1850 in das Hospital gebracht. Er giebt an, seit 3 Tagen krank zu sein. Das Unwohlsein begann mit Frost und Hitze, Kopfschmerz und Seitenstechen. Bei Inspiration vermehrte sich gleich Anfangs der Schmerz in der linken Seite. Zunge ist belegt und trocken, Hitze im Mund, heftiger Durst, Kopfschmerz, Gesicht trocken, heiss, Thorax hebt sich bei der Inspiration sehr unvollkommen und ungleich. Respiration oberflächlich, häufig und mühsam. Beständige Rückenlage. Häufiger, sehr beschwerlicher Husten, und Auswurf von blutigen zähen Sputis. Pat. will gestern in 2 Stunden fast $^1/_4$ Schoppen blutig zäher Sputa ausgehustet haben. Resp. 36. Puls 108, härtlich. Links im mittleren Lappen, hinten, ausgebildete Pneumonie mit starkem Bronchialblasen, besonders bei tiefer Inspiration. Percussion matt; etwas höher, circa 1 Zoll über dem pneumonischen Heerd, noch lautes Knisterrasseln. (Pat. hat vor 2 Jahren schon 6 Wochen an einer Pneumonie krank gelegen.) Es werden sogleich Chloroform-Inhalationen gemacht. Schon nach der ersten Inhalation fühlt Pat. grosse Erleichterung, und es tritt ein sehr profuser Schweiss schon während der Inhalation auf. Im Laufe des 5. Jan. werden 6 Inhalationen, jede circa zu ʒj Chloroform, gemacht.

6. Jan. Drei Abweichen, Urin ganz trüb, Nacht war sehr schlecht (in der Nacht wurden keine Inhalationen gemacht) hat viel gehustet und viel blutige zähe Sputa ausgeworfen. Die Brustschmerzen waren Nachts stärker. Resp. 40. Puls 120. Respiration vorne ziemlich laut. Der hintere Theil des ganzen linken unteren Lappens und rechts der mittlere Lappen in geringem Umfang pneumonisch. Auf beiden Seiten Bronchialblasen. In der Umgegend der pneumonischen Heerde die Respiration eher pueril. Im Tag werden 14 Inhalationen gemacht. — Abends hat das Bronchialblasen rechts eher zugenommen. Die subjectiven Symptome sind dagegen im Allgemeinen viel geringer und contrastiren schroff mit den objectiven. Beim Aufsetzen ist Pat. keinen Augenblick ohne den heftigsten Reizhusten, der bei horizontaler Rückenlage sogleich ganz aufhört. Die Inhalationen machen nicht leicht Schwindel und erleichtern den Pat. jedesmal sehr wesentlich.

7. Jan. Auswurf noch sehr blutig aber wässriger, nicht mehr am Glase haftend, sondern nur in sich cohärend. Urin ganz trüb mit starkem Sediment. Pat. liegt immer in reichlichem Schweiss und hat (nach seiner Aussage) Nachts kein Auge geschlossen. Husten sehr gering, kein Brustschmerz mehr, Pat. spricht viel und laut ohne allen Hustenreiz. Respiration vorne auf beiden Seiten gut. Links unten feuchtes Bronchialblasen und Knistern bis zum Rande der Scapula. Percussion weniger matt. Rechts ist das Bronchialblasen höher hinauf gestiegen. Resp. 39. Puls 100. Bronchialblasen im Allgemeinen weiter verbreitet. — 12 Inhalationen.

8. Jan. Pat. hat in der Nacht etwas geschlafen. Eine Oeffnung, Urin ziemlich hell, ohne Sediment. Auswurf blutig rostbraun, wenig zähe, geringer. Viel Durst, Geschmack pappig, Schweiss geringer, Kopf frei, fast gar kein Husten, Sputa werden mit leichtem Räuspern entleert. Pat. kann auf der rechten Seite liegen. Keine Enge, kein Schmerz. Pat. fühlt nach den Inhalationen jedesmal grössere Wärme im ganzen Körper. Resp. 42. Puls 108. Links in der Mitte noch Bronchialblasen, oben und unten Schleimrasseln, rechts in der ganzen unteren Hälfte Bronchialblasen, oben noch Schleimrasseln. Zehn Inhalationen.

9. Jan. Eine Oeffnung. Nachts wenig gehustet, ziemlich geschlafen, Urin hat etwas Sediment, Sputa noch zähe am Glase hängend, rostbraun. Geschmack bitter, viel Durst. Puls 68. Resp. 28. Pat. liegt immer noch am besten auf dem Rücken. Nach den Inhalationen wieder reichlicher Schweiss der immer 2—3 Stunden dauert, so dass Pat. fast immer in Schweiss gebadet liegt. Das Chloroform ist dem Pat. immer willkommen. Links unten Ton noch dumpf und matt, von unten herauf in der grössten Hälfte noch Bronchialblasen. Rechts unten in einem Drittheil der Lunge noch Bronchialblasen. Zehn Inhalationen.

10. Jan. Eine Oeffnung. Viel Urin mit starkem rosenrothem Sediment, Auswurf noch etwas zähe mit Blutstreifen, circa 4—5 ℥ betragend. Pat. hat gut geschlafen und sehr wenig gehustet, kein Schmerz mehr auf der Brust, viel Schweiss. Pat. liegt immer noch auf dem Rücken und hustet nur noch bei dem Aufsetzen unbedeutend. Resp. 28. Puls 90. Respiration vorne gut, nur rechts unten noch etwas Bronchialblasen. Percussion unten hinten noch sehr dumpf. Unten hinten Resonanz der Stimme. Keine Rasselgeräusche mehr, Bronchialblasen im Allgemeinen viel geringer.

11. Jan. Zwei Oeffnungen. Urin mit zollhohem rosenrothem Sediment, Auswurf weniger zähe, weniger rostbraun, einzelne Sputa ganz ohne Blut, grüngelblich und mit Neigung sich zu klumpen. Kopf und Brust frei, keine Enge, kein Schmerz, fühlt sich sehr leicht und hat gut geschlafen wie noch nie bisher. Viel Schweiss, die Inhalationen machen jetzt mehr Eindruck, es folgt leichter Schwindel, Aussehen angegriffen, Sprache frei, kein Husten mehr. Resp. 24. Puls 78. Percussion besser, Ton heller, Pat. sitzt bei der Untersuchung lange

auf ohne zu husten. Auscultation: Vorne die Respiration ganz frei, hinten rechts noch im ganzen unteren Lappen deutlich ausgesprochenes Bronchialblasen. Links im unteren Drittheil ein Zoll breites Bronchialblasen, darüber und darunter ganz normale Respiration. — Zehn Inhalationen.

12. Jan. Pat. hat gut geschlafen und fühlt sich sehr wohl, kein Husten mehr. Auswurf wenig, noch zähe und theilweise gelb und mit Blutspuren. Links noch ein Streifen Bronchialblasen, auch rechts unten noch etwas. Schweiss geringer. Urin heller, auch mit geringem Sediment. Pat. liegt noch auf dem Rücken, kann aber jetzt auf beiden Seiten liegen. Resp. 22. Puls 64. Acht Inhalationen.

13. Jan. Urin mit starkem Sediment. Wenig weisser Auswurf, der noch etwas zähe ist. Links kein Bronchialblasen mehr, rechts noch eine Spur blasender Respiration mit Schallen der Stimme, unten noch 2 Finger breit Bronchialblasen, Resp. entwickelter ohne Nebentöne. — Acht Inhalationen.

14. Jan. Auswurf hellgelblich weiss, noch zähe aber sehr gering, kein Husten. Pat. fühlt sich ganz frei, nirgends Schmerz. Schweiss gering, Urin trüb und mit Sediment. Nur im oberen Theil des linken unteren Lappens noch etwas Bronchialblasen, rechts sehr leises Athmen, selbst bei tiefer Inspiration. Acht Inhalationen.

15. Jan. Eine Oeffnung. Urin mit starkem Sediment. Auswurf heller, immer weniger aber noch zähe. Aussehen gut und frei. Resp. 20. Puls 64. Nirgends Bronchialblasen. Sechs Inhalationen.

16. Jan. Urin hell, Schweiss gering. Pat. fühlt sich freier auf der Brust wie noch je vor seiner Krankheit. Resp. ziemlich frei.

17. Jan. Urin hell, Auswurf sehr gering. Pat. setzt sich flink auf. Starker Appetit. — Links noch Schleimknarren. Sechs Inhalationen.

18. Jan. Urin hat wieder etwas Sediment. Kein Husten, kein Auswurf mehr. Gänzliches Wohlbefinden. Reconvalescenz. Sechs Inhalationen. Schluss der Inhalationen. (Pat. hat im Ganzen 118 Inhalationen gemacht.) Rechts unten ist die Percussion noch matt und wegen der Wahrscheinlichkeit eines kleinen pleuritischen Exsudats wird ebenda eine Vesicans gelegt. Pat. ist übrigens ausser Bett. Resp. 16. Puls 70. Aussehen und Appetit lässt nichts zu wünschen übrig.

Fall IX. *Pleuropneumonia sinistra.*

Neumann, Carl, 21 Jahre alt, Schuhmacher aus Frankfurt, wird am 5. Jan. 1851 in das Hospital gebracht. Er giebt an, seit dem 1. Jan. krank zu sein. Die Krankheit fing mit Kopfschmerz, Frost und Hitze und Stechen auf der Brust mit öfterem Hustenreiz an. Seit mehreren Tagen bettlägerig und hat zwei *Tart. stib.* Solutionen genommen, worauf er sich mehrere Male erbrach. Jetzt klagt Pat. vorzüglich über Stechen auf der linken Seite und schmerzhaften Husten. Auswurf blutig und glasig, zähe, oft und viel. Pat. kann nicht auf der linken Seite liegen. Percussion links hinten matt, beinahe auf der ganzen linken hinteren Seite, ebendaselbst überall Bronchialblasen und Bronchophonie. Vorne die Percussion gut. Respiration links vorne etwas undeutlich. Zunge weiss belegt, Geschmack pappig. Oeffnung dünn. Resp. 40. Puls 104. Es werden Abends noch 2 Chloroform-Inhalationen gemacht.

6. Jan. Auswurf zähe, mehr in sich zusammenhängend als am Glase. Percussion links fast Schenkelton, im ganzen unteren Lappen Bronchialblasen, Schmerz beim Athemholen. Pat. kann rechts liegen. Sechs Chloroform-Inhalationen.

7. Jan. Pat. hat gegen Verbot Morgens ganz frühe das Bett verlassen und geht angekleidet im Saal herum. Drei Mal Oeffnung gehabt. Auswurf ganz zähe, blutig, fest am Glase hängend. Die Inhalationen werden sogleich vermehrt. Reichlicher Schweiss nach den Inhalationen. Husten noch schmerzhaft und sehr angreifend. Enge auf der Brust. Im Allgemeinen seit gestern sehr wenig Veränderung, wenigstens keine Besserung bemerkbar. Während und nach den Inhalationen wenig oder gar kein Schmerz, kein Husten, Respiration reichlicher, überhaupt Gefühl von allgemeiner Erleichterung. Die matte Percussion scheint 1″ breit gewichen und im Allgemeinen weniger matt zu sein. Rechts gut, links die Respiration oben noch bedeckt und unten das Bronchialblasen lauter wie gestern. — Puls 108. Zehn Inhalationen.

8. Jan. Sehr zäher Auswurf, Geschmack bitter, viel Durst, starker Schweiss, Urin hat starkes dickes Sediment. Eine Oeffnung, dünn. Rechts Respiration ganz gut, links noch auf einer kleinen Stelle Bronchialblasen. Respiration bis herauf leiser und mit Rasselgeräuschen durchsetzt. Vorne dagegen ganz gut. Nach den Inhalationen leichtere und tiefere Respiration, selten etwas Schwindel, kein Schmerz und starke Schweisse. Nachts wenig Husten. Kann jetzt auch links liegen. Resp. 30. Puls 70. Zehn Inhalationen.

9. Jan. Drei Oeffnungen, dünn. Pat. hat Nachts ziemlich geschlafen und sehr reichlich geschwitzt. Allgemeinbefinden sehr befriedigend. Sputa kaum noch gefärbt, sehr wenig zähe, kein Husten mehr. Links weder Bronchialblasen noch Rasselgeräusche. Rechts dagegen jetzt etwas Schleimrasseln hörbar. Links unten etwas Resonanz der Stimme. Brust nur noch wenig enge. Nach den Inhalationen jedesmal noch reichlicher Schweiss. Resp. 28. Puls 62. Zehn Inhalationen.

10. Jan. Eine Oeffnung. Sputa wenig zähe, ganz hell und wässerig, kein Husten, Urin etwas wolkig, Kopf frei, Brust beim Husten noch schmerzhaft. Zunge belegt, Durst noch vermehrt, etwas Appetit. Percussion links hinten noch sehr dumpf, ebenda die Respiration noch viel leiser, auch etwas Schleimknarren daselbst hörbar. Zehn Inhalationen. Resp. 27. Puls 64.

11. Jan. Eine Oeffnung, normal. Brust und Kopf frei. Pat. hat gut geschlafen. Zunge reiner, Auswurf hell, gering. Urin trüb, gelblich. Pat. sieht immer noch tief erkrankt und sehr angegriffen aus, fühlt sich aber weder besonders krank noch schwach. Immer noch Schweiss nach den Inhalationen. Rechts mässiges Schleimknarren. Resp. 24—30. Puls 64. Acht Inhalationen.

12. Jan. Eine Oeffnung. Keine Klage. Nirgends Schmerz, keine Enge, Urin ziemlich hell. Rechts und links mässiges Schleimknarren. Respiration links unten noch sehr leise, Percussion dumpf, wenig verändert. — Resp. 24. Puls 66. Acht Inhalationen.

13. Jan. Keine Klage mehr, Urin ganz hell, ohne Sediment. Sputa weiss, gering aber noch zähe. Pat. schläft gut und ruhig. Weder Enge noch Schmerz auf der Brust, selbst nicht bei tiefem Athemholen. Noch etwas Schleimknarren. Resp. 22. Puls 70. Acht Inhalationen.

14. Jan. Eine Oeffnung. Links Respiration noch leise, keine Klage. Pat. will durchaus das Bett verlassen. Urin hell. Auswurf weiss, noch zähe und etwas an dem Glase hängend. Sechs Inhalationen. — Ebenso am 15. und am 16. Jan. noch 2 Inhalationen. (Pat. hat im Ganzen 91 Inhalationen gemacht.) — Pat. verlässt das Bett und ist Reconvalescent. — Brust ganz frei.

Fall X. *Bronchopneumonia.*

Hönig, Anton, 25 Jahre alt, Fuhrmann aus Zittau, wird am 7. Jan. 1851 in das Hospital gebracht. Pat. giebt an, seit 5 Tagen krank zu sein, und ist auf der Reise zwischen Marburg und Giessen ziemlich plötzlich unwohl geworden. Als erste Ursache giebt er Ekel beim Anblick eines verwesten Cadavers an. Nachher will er sich erkältet haben. Sein Unwohlsein begann mit Frost und Hitze, Stechen in der rechten Seite und Husten mit blutig zähem Auswurf. — (Pat. hat vor 3 Jahren eine Pneumonie gehabt.) — Seit 5—6 Tagen täglich 3—4 dünne Oeffnungen. Nachts Husten sehr heftig anhaltend und peinigend. — Pat. nahm, hier angekommen, *Nitrum, Sulf. aurat.* etc. Vesicans in pect. Alles ohne die geringste Erleichterung, im Gegentheil stiegen alle Symptome zu einer sehr bedenklichen Höhe. — Gesicht bläulich roth, Lippen bläulich heiss, viel Durst. Resp. 40. Puls 108. Linker Thorax ganz frei. Rechts bis unter die Scapula Schleimrasseln, Bronchialblasen und Bronchophonie. Athem kurz, oberflächlich und mühsam. Gesicht mit dem Ausdruck von Angst und tiefem Erkranktsein. Es werden sogleich im Laufe des Tages 11 Chloroform-Inhalationen gemacht.

8. Jan. Eine Oeffnung. Urin trüb und ohne Sediment. Die Inhalationen haben wenig Eindruck gemacht, ausgenommen einen höchst reichlichen Schweiss, der nach jeder Chloroform-Inhalation ganz unmittelbar auftrat. Pat. hat viel gehustet, Auswurf sehr copiös, schmutzig rostbraun und sehr zähe. Beständige Dyspnöe, welche aber durch jede Inhalation auf einige Zeit gehoben wird. Aussehen noch schlechter wie gestern; Gesicht eher kühl, feucht und ganz bläulich livide. Respiration röchelnd, 48 in der Minute. Puls 108, klein und unterdrückt. Enge und Schmerz auf der Brust, beständig brennender Durst. Starker reichlicher Schweiss. Jetzt auch in der ganzen linken Brust loses Schleimrasseln, aber kein Bronchialblasen. Rechts Schleimrasseln und im mittleren Lappen Bronchialblasen. Schmerz auf der Brust, grosse Dyspnöe. Pat. ist abwechselnd irr und unruhig. Prognose schlecht. *Pulv. emetic.* und Fortsetzung der Chloroform-Inhalationen nach dem Erbrechen. Pat. hat nach den Brechpulvern 6 Erbrechen und 7 Abweichen gehabt, fühlt sich sehr matt und erschöpft. Im Lauf des Nachmittags werden bis Nachts 10 Chloroform-Inhalationen gemacht, jede mindestens zu ʒj und $^1/_4$ Stunde lang fortgesetzt. Pat. wird mehrere Male ziemlich stark betäubt, jedoch nur vorübergehend. Erleichterung hält von einer Inhalation bis zur andern.

9. Jan. Auswurf hell, weniger zähe, in sich zusammenhängend. Pat. war in der Nacht viel irr und hat nicht geschlafen. Brust freier, Athem tiefer, Gesichtsfarbe nicht mehr so bläulich wie gestern. Sehr reichlicher Schweiss. Pat. beträgt sich höchst unvernünftig, steht triefend von Schweiss, nur mit einem Hemd bekleidet, auf und geht mit blossen Füssen im Saal umher. Ungeachtet aller Ermahnungen wirft

er alle Bedeckungen weg. Resp. tiefer und reichlicher, 34. Puls 96. Links unten deutliches Bronchialblasen, ebenso rechts, und überall Schleimrasseln und bedeckte Respiration. Acht Inhalationen.

10. Jan. Pat. hat viel geschlafen, zwei Oeffnungen gehabt. Urin wolkig. Pat. kann jetzt auf der rechten Seite liegen. Auswurf heller, wässriger, weniger zähe, noch copiös. Brust freier, Kopf frei, Sensorium nicht getrübt. Zunge belegt, Geschmack etwas besser, noch viel Durst. Hydroa am Mund und Nase. Pat. spricht viel und ohne Beschwerde, obgleich sehr abgebrochen. Wenig Husten, kein Stechen mehr, aber noch Enge der Brust. Resp. 40. Puls 90. Vorn überall Respirationsgeräusch, rechts viel Schleimrasseln. Links Percussion viel besser, fast ganz hell, nirgends mehr Bronchialblasen, unten Schleimknarren. Zehn Inhalationen.

11. Jan. Pat. hat 4 Stunden lang auf der rechten Seite liegend gut geschlafen. Auswurf weniger zähe, ohne Blutspuren; Urin ohne Sediment, aber etwas wolkig getrübt. Wenig leichter Husten, der die wässrigen Sputa ohne besondere Anstrengung expectorirt. Immer noch viel Schweiss. Gesichtsfarbe wesentlich (sehr vortheilhaft) verändert. Kopf frei. Resp. 25. Puls 80. Allgemeinbefinden überhaupt sehr befriedigend. Pat. sitzt im Bett auf, ohne zu husten. Vorn überall Schleimknarren, aber weniger laut wie gestern. Zehn Inhalationen.

12. Jan. Zwei Oeffnungen. Urin hat Neigung zu Sediment, Husten wenig und gelöst, Auswurf hell, wenig zähe, aber sehr reichlich. Pat. hat gut geschlafen, liegt noch beständig in einem reichlichen duftenden Schweiss, kein Brustschmerz. Percussion besser, hier und da noch Schleimrasseln. Resp. 20. Puls 72. Neun Inhalationen.

13. Jan. Eine Oeffnung, Zunge reiner, Urin ziemlich hell, Auswurf schaumig, immer noch zähe in sich. Husten gering. Ueberall (mit Ausnahme von links oben) noch zähes Schleimknarren. Resp. 26. Puls 64. Pat. hat fast die ganze Nacht gut geschlafen. Schweiss, Kopf frei, gute Gesichtsfarbe, sehr helle klare Augen. Acht Inhalationen.

14. Jan. Wie gestern, weniger Schweiss, sauer riechend. Keine Klage; Appetit stellt sich ein. Resp. 18. Puls 62. Ueberall Respirationsgeräusch, aber mit vielem Schleimknarren durchsetzt. Pat. will durchaus das Bett verlassen. Sechs Inhalationen.

15. Jan. Auswurf wenig, löst sich sehr leicht, kein Schmerz, Urin hell, flockig. Sechs Inhalationen.

16. Jan. Keine Klage mehr. Schweiss lässt nach und tritt nach den Inhalationen nur auf einige Minuten noch reichlich ein. Vier Inhalationen.

17. Jan. Urin etwas getrübt. Auswurf wässrig, hell, wenig, kein Husten mehr. Resp. 18. Puls 58. Vier Inhalationen.

18. Jan. Links unten Respiration noch leiser, aber normal. Pat. war $\frac{1}{4}$ Stunde auf, sieht sehr gut aus. Urin hell, kein Husten, kaum noch eine Spur von Auswurf. Noch 3 Inhalationen. (Schluss der Inhalationen; Pat. hat im Ganzen 81 Inhalationen gemacht.)

19. Jan. Pat. ist mehrere Stunden ausser Bett, isst mit grossem Appetit und will durchaus das Hospital verlassen. Geheilt. Brust ganz frei. Verlässt vollkommen gesund am 23. Jan. das Hospital.

Fall XI. *Pleuropneumonia sinistra.*

Meisemann, Bernhard, aus Eisenach, 21 Jahre alt, Schuster, wird am 9. Jan. 1851 in das Hospital gebracht. Pat. ist seit 3 Tagen krank. Sein Unwohlsein fing mit Frost und Hitze, Kopfschmerz und Stechen im linken Thorax an. Dazu gesellte sich bald Dyspnöe, und bei tiefen Inspirationen vermehrter Brustschmerz.

10. Jan. Percussion links hinten matter, Respiration frequent und kurz, rechts und links bedeckt. Haut trocken, heiss. Puls 110, härtlich. Husten kurz und selten, Auswurf sehr gering, kaum eine Spur von Blutstreifen. Resp. 36. Urin trüb und ohne Sediment. Acht Chloroform-Inhalationen.

11. Jan. Zwei Oeffnungen. Urin hat starkes rosenrothes Sediment, 1 Zoll hoch. Nach den ersten Inhalationen spürt Pat. keine Veränderung, wenigstens keine Erleichterung. Resp. 36—42. Puls 120. Wenig Husten und Auswurf, der weisslich zähe mit einzelnen Blutstreifen gefärbt ist. Zunge reiner, etwas Appetit, wenig geschlafen, kein Kopfschmerz, nach Mitternacht wieder vermehrter Schmerz in der Brust. Percussion links unten dumpf, Schmerz bei tiefer Inspiration. Rechts ganz gut, unten links hört man gar nichts, weiter oben leises knisterndes Schleimrasseln. Schweiss geringer. Neun Chloroform-Inhalationen.

12. Jan. Urin hat sehr reiches rosenrothes Sediment. Mehr Auswurf, zähe und rostbraun blutig, am Glase hängend. Percussion links unten sehr dumpf. Resp. 36. Puls 120. Zehn Chloroform-Inhalationen.

13. Jan. Eine Oeffnung. Morgens immer am meisten Husten, sonst fühlt sich Pat., „als ob er ganz gesund wäre". — Die Inhalationen machen jetzt viel Eindruck, und Pat. kann, während das Chloroform vor Mund und Nase gehalten wird, ganz tief und angestrengt inspiriren, ohne irgend eine Schmerzempfindung. Zollhohes rosenrothes Urinsediment. Auswurf noch zähe und rostbraun, aber leicht löslich. Resp. 28. Puls 84. Ton links unten immer noch dumpf, und im ganzen linken unteren Lappen starkes Bronchialblasen hörbar. Wenig Schweiss. Neun Inhalationen.

14. Jan. Eine Oeffnung. Urin trübe, mit etwas Sediment. Pat. hat wenig geschlafen. Auswurf noch bräunlich und zähe in sich. Nur bei ganz tiefen Inspirationen noch Schmerz. Gefühl von Druck in der Brust. Resp. 36. Puls 100. Bei gewöhnlichem Athmen spürt Pat. keinen Schmerz. Links Blasenwerfen und Schleimrasseln, aber kein Bronchialblasen mehr hörbar. Pat. liegt meistens auf dem Rücken. Acht Inhalationen.

15. Jan. Auswurf ohne Blut, Urin ohne Sediment. Links wieder etwas Bronchialblasen hörbar. Neun Inhalationen.

16. Jan. Resp. 28. Puls 90. Wie gestern — äusserst langsame rückschreitende Metamorphose. Sechs Inhalationen.

17. Jan. Auswurf wenig hell und nicht zähe, Urin fast ganz hell. Pat. hat gut geschlafen, eine Oeffnung. Immer Schweiss, aber nur gering. Brust freier. Resp. 24. Puls 90. Nur bei ganz tiefer Inspiration links hinten noch Stechen. Respiration unten hinten links noch leiser. Fünf Inhalationen.

18. Jan. Eine Oeffnung. Resp. 24. Puls 96. Links hinten unten immerwährend matter Percussionston, ebenda fast kein Respirationsgeräusch hörbar, nur bei tiefem Athem etwas Schleimknarren. Schweiss gering. Fünf Inhalationen.

19. Jan. Resp. 26. Puls 104. Sputa dick, schleimig, sehr gering. Kein Schweiss mehr nach den Inhalationen. Links unten sehr leise Respiration und noch Schleimrasseln. Fünf Inhalationen.

20. Jan. Resp. 22. Puls 96. Bei tiefer Inspiration links unten hinten und in der Seite noch Schmerz, noch etwas Husten beim Aufsitzen. Rechts die Respiration gut. Links unten kein Bronchialblasen mehr, dagegen noch etwas in der oberen Hälfte. Vier Inhalationen.

21. Jan. Resp. 16. Puls 80. Hat die ganze Nacht geschlafen, keine Klage mehr, Brust ganz frei, Respiration noch leise, Percussion weniger matt, Auswurf fast null. Noch 3 Inhalationen. Verlässt am 23. Jan. das Bett und ist als Reconvalescent zu betrachten.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Universitäts-Nachrichten.

Berlin. In den medicinischen Kreisen Berlins ist man fortdauernd erstaunt darüber, dass das Ministerium gerade dem Hrn. Professor Schultz v. Schultzenstein das wichtige Directorium eines neuen physiologischen Instituts übertragen hat, und man bedauert nun um so mehr, dass die medicinische Facultät, die doch so sehr dabei betheiligt ist, gar nicht in dieser Angelegenheit zu Rathe gezogen wurde. Johannes Müller, der doch wohl am ehesten Berücksichtigung, oder jedenfalls die Aufmerksamkeit verdient hätte, um seinen Rath gefragt zu werden, hat von dem ganzen Arrangement erst, nachdem es ein fait accompli war, gehört. Ausgeglichen wird die Sache jetzt einigermassen dadurch werden, dass Johannes Müller und Dubois nun gleichzeitig im anatomischen Museum Studirende unter ihrer speciellen Aufsicht praktische Uebungen werden anstellen lassen, und dass der Erstgenannte auch dem Dr. Remak Erlaubniss ertheilt hat, dort ein Gleiches zu thun, und ihm zu dem Ende die Instrumente etc. vollständig zur Mitbenutzung überlässt.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Sanitätsrath Dr. Benedix in Bergen auf Rügen der Rothe Adler-Orden 4. Kl.

Personalveränderungen. Preussen. Der Kreisphysikus Dr. Fritsch zu Flatow ist in gleicher Eigenschaft in den Kreis Lippstadt versetzt worden. Der praktische Arzt Dr. Schäffer zu Berlin ist als Stadt-Armenarzt daselbst angestellt worden.

Sonnabend, № 8. 22. Februar 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Vorläufige Mittheilungen aus einer grösseren Arbeit „über die Wirkungen der Digitalis".

Von

Dr. Traube in Berlin.

I. Die Digitalis in grossen Dosen wirkt erregend auf das regulatorische Herznervensystem.

Aus den Untersuchungen Ed. Weber's und den sie bestätigenden und erweiternden Experimenten von C. Ludwig und A. Volkmann geht mit Sicherheit hervor:

a) Dass das Herz zwei functionell verschiedene Nervensysteme besitzt, eines, welches die Contractionen des Herzmuskels vermittelt (man nennt es am zweckmässigsten das musculo-motorische), und ein anderes, welches die Zusammenziehungen dieses Muskels zu hemmen vermag (wir wollen es mit Anderen das regulatorische nennen);

b) dass das musculo-motorische Herznervensystem sein gangliöses Centrum im Herzen selbst hat, wogegen das gleichnamige Centrum des regulatorischen Herznervensystems in der *Medulla oblongata* liegt;

c) dass das Centrum des regulatorischen Herznervensystems durch Fasern, welche innerhalb der *NN. vagi* enthalten sind, mit dem Herzen in Verbindung steht.

Von den Experimenten, die zu diesen Schlüssen geführt haben, sind es zwei, die uns hier noch besonders interessiren.

Das eine derselben lautet:

„Wird, bei Integrität der *NN. vagi*, die *Medulla oblongata* oder das Vagus-Paar selbst der Einwirkung eines schwachen elektrischen Stromes ausgesetzt, so erfolgt eine bedeutende Verminderung der Anzahl der Herzcontractionen." (E. Weber.)

Das zweite lautet:

„Werden bei einem Säugethiere beide *NN. vagi* am Halse durchschnitten, so erfolgt eine enorme Vermehrung der Anzahl der Herzcontractionen." (Ludwig.)

Diese Versuche zeigen:

einerseits, dass eine abnorme, aber mässige Erregung des regulatorischen Herznervensystems die Anzahl der Herzcontractionen beträchtlich zu vermindern vermag;

andererseits, dass die Aufhebung des Einflusses, den das Centrum des regulatorischen Nervensystems auf das Herz ausübt, oder (was dasselbe ist) die Lähmung dieses Centrums eine bedeutende Vermehrung der Anzahl der Herzcontractionen zur Folge hat.

Gestützt auf diese beiden Sätze, werden wir mit Sicherheit diejenige Substanz als eine in specifischer Beziehung zu dem regulatorischen Herznervensystem stehende betrachten können, welche, in den Kreislauf gebracht, die Anzahl der Herzcontractionen unter die Norm zu vermindern, und, bei gesteigerter Dosis, über die Norm zu vermehren vermag.

Dass die Digitalis in grosser Gabe die Anzahl der Herzcontractionen beim Menschen zu vermindern vermag, ist eine längst bekannte Thatsache. Dass sie auch bei Thieren, wenn sie in der Form des Infuses dem Blutstrom beigemengt wird, dieselbe Wirkung äussert, lehren die einfachsten, von Jedermann leicht anzustellenden Versuche. Nicht minder constant aber ist andererseits ihre pulsvermehrende Wirkung, sobald jene Dosis, welche die Anzahl der Herzcontractionen tief unter die normale herabgedrückt hat, überschritten wird. Die Veränderung, welche dann eintritt, ist so plötzlich und so enorm, dass sie nur derjenigen vergleichbar ist, welche nach der Durchschneidung beider *NN. vagi* eintritt. Und was noch mehr sagen will, die Pulszahl, welche wir auf diesem Wege, d. h. durch die Einwirkung einer extremen Quantität des Digitalis-Infuses, erhalten, ist constant nahezu gleich derjenigen, welche man in Folge der Vagi-Durchschneidung bei derselben Thierspecies beobachtet.

Die Digitalis übt also in der That, wie von vorn herein zu vermuthen stand, eine specifische Wirkung auf das regulatorische Herznervensystem aus.

Diesen Schluss bestätigen noch zwei andere nicht minder schlagende Versuche.

Der eine lautet:

Hat man bei einem Hunde durch Einspritzung von Digitalis-Infus in die *Vena jugularis externa* die Pulszahl um ein Beträchtliches unter die Norm vermindert, und durchschneidet man dann die *NN. vagi* am Halse, so macht die abnorme Pulsverminderung einer abnormen Pulsvermehrung Platz.

Der zweite lautet:

Hat man bei einem Hunde die *NN. vagi* am Halse durchschnitten und spritzt alsdann das Digitalis-Infus in die *Vena jugularis externa*, so erfolgt keine Verminderung der Pulszahl, auch wenn die Dosis des Digitalis-Infuses allmälig immer mehr gesteigert wird.

Aus diesen Versuchen erhellt, dass die Wirkung der Digitalis auf's Herz an die Integrität des regulatorischen Nervensystems gebunden ist, oder, mit anderen Worten, dass sie nur dann eintritt, wenn das Centrum des regulatorischen Nervensystems in ununterbrochener Communication mit dem Herzen steht.

In den mitgetheilten Experimenten und den daraus zu ziehenden Schlüssen ist aber ferner auch der Beweis enthalten, dass die Digitalis in der bei Kranken angewendeten Form und Gabe als Reizmittel auf das regulatorische Herznervensystem wirkt. Denn ist es erstens bewiesen (was aus Weber's und Ludwig's Versuchen hervorgeht), dass Reizung des regulatorischen Nervensystems Pulsverminderung, seine Lähmung dagegen Pulsvermehrung zur Folge hat, ist es zweitens bewiesen (was aus unseren Versuchen hervorgeht), dass die Digitalis eine specifische Wirkung auf das regulatorische Nervensystem hat, so folgt mit Nothwendigkeit, dass ihre pulsvermindernde Wirkung, die wir am Krankenbette beobachten, nur die Folge einer Erregung des regulatorischen Nervensystems sein kann.

II. Die Digitalis, als ein auf das regulatorische Herznervensystem erregend wirkendes Mittel, vermindert den Seitendruck im arteriellen Gefässsystem, und somit auch die Geschwindigkeit des Blutstroms überhaupt.

In der unter Ludwig's Leitung ausgeführten Arbeit von Hoffa, welche betitelt ist: „Einige neue Versuche über Herzbewegung" (Zeitschrift für rationelle Medicin, Bd. IX. Heft 1.), heisst es S. 124:

„Wenn auch bei schwacher Reizung des Vagus einzelne intensive Schläge auftreten können, so ist bei derselben der Nutzeffect, den das Herz für den Blutstrom leistet, dennoch auffallend geringer, indem die mittlere Seitendruckhöhe selbst bei sehr intensiven Contractionen während der Reizung viel niedriger, als vor derselben ist."

Als Beleg für diesen Satz werden folgende Zahlen angeführt:

	Mittlerer Seitendruck in der Carotis.
Vor Beginn der Reizung	113 Mm.
Vom Beginn der Reizung bis 27 Secunden	59 Mm.
Von 27 Secunden bis 48 Secunden . . .	73 Mm.
Von 48 Secunden bis 61,5 Secunden . .	93 Mm.

Der scheinbare Widerspruch in dieser Tabelle, dass die Verminderung des Seitendrucks nach 27 Secunden, d. h. im Beginn der Reizung, grösser ist als in den späteren Zeiträumen, erledigt sich durch andere in derselben Arbeit mitgetheilte Thatsachen, aus denen erhellt, dass die Empfindlichkeit der gereizten Nervenstrecken gegen den elektrischen Strom durch dessen längere Einwirkung sehr bald vermindert wird. Wir müssen daher die im ersten Stadium der Reizung erscheinende Zahl 59 als die der Wahrheit am nächsten kommende betrachten, und können somit annehmen: dass schon bei schwacher Reizung des regulatorischen Herznervensystems der Seitendruck im arteriellen System auf nahezu die Hälfte vermindert wird.

Hieraus aber folgt, dass auch die Digitalis, sobald sie ihre erregende Wirkung auf das regulatorische Herznervensystem zu entfalten beginnt, den Seitendruck im arteriellen System vermindern muss. Und da (nach den Untersuchungen Volkmann's) der Seitendruck auch im Gefässsysteme, wie in jedem andern Röhrensysteme, eine Function der Geschwindigkeit ist (nach der Formel $w = av^2 + bv$), so ist gleichzeitig mit der Verminderung der Anzahl der Herzcontractionen durch die Digitalis nicht nur eine Verminderung des Seitendruckes, sondern auch eine Verminderung der Blutgeschwindigkeit im arteriellen Gefässsystem gegeben.

Aus denselben Untersuchungen Volkmann's folgt ferner, dass mit der Verminderung der Geschwindigkeit des Blutstroms im arteriellen System eine verhältnissmässige Verlangsamung der Strömung auch in den anderen Theilen des Gefässsystems (Capillaren und Venen) gesetzt wird, woraus wir also schliessen müssen, dass die Digitalis als ein auf das regulatorische Herznervensystem erregend wirkendes Mittel die Geschwindigkeit des Blutstroms überhaupt vermindert.

III. Die Digitalis, als ein auf das regulatorische Herznervensystem erregend wirkendes Mittel, vermindert mit der Geschwindigkeit des Blutstroms auch die Körpertemperatur.

Dass die Digitalis die Körpertemperatur, sogar die über die Norm erhöhte Körpertemperatur, bis weit unter die normale zu reduciren vermag, habe ich, auf eine grössere Reihe sorgfältig angestellter Temperaturmessungen gestützt, bereits anderweitig erwiesen. (S. Charité-Annalen Bd. I. Heft 4.)

Da es als erwiesen anzunehmen ist, dass die Körperwärme mindestens zum grössten Theil ein Product des Verbrennungsprocesses ist, welcher von dem durch den Respirationsapparat in den Körper eingeführten Sauerstoff angeregt und unterhalten wird; da ferner bei diesem Verbrennungsprocess in einer bestimmten Zeit um so mehr Wärme frei werden muss, je mehr Sauerstoff in derselben Zeit den brennbaren Körperbestandtheilen zugeführt wird; da endlich, unter sonst gleichen Bedingungen, die Sauerstoffzufuhr mit der Blutgeschwindigkeit steigen und fallen muss, so liegt es am nächsten anzunehmen, dass die Verminderung der Körpertemperatur, welche mit oder kurz nach dem Eintritt der Digitaliswirkung auf das regulatorische Herznervensystem erscheint, von der gleichzeitigen Verminderung der Blutgeschwindigkeit abhängig sei.

IV. Die Digitalis, als ein auf das regulatorische Herznervensystem erregend wirkendes Mittel, ist geeignet, den entzündlichen Exsudationsprocess zu beschränken.

Die zum Belege dieses Satzes dienenden Fälle sind zum Theil bereits an dem oben angeführten Orte (in den Charité-Ann.) mitgetheilt.

Die Ableitung der in Rede stehenden Digitaliswirkung aus den vorhergehenden Sätzen liegt nahe genug, als dass eine weitläufige Auseinandersetzung nöthig wäre.

Wenn wir es als gewiss annehmen dürfen, dass die Menge des in einer bestimmten Zeit gelieferten Exsudates, unter sonst gleichen Bedingungen, von der Grösse des Seitendrucks im Gefässsystem abhängt, so muss mit der Verminderung des Seitendrucks auch die Exsudation eine Verminderung erleiden.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der Klinik für Sinneskrankheiten unter der Leitung des Prof. Ruete in Göttingen.

Von

Dr. R. Gieseler, Assistenten.

(Fortsetzung aus No. 51 v. J.)

„M. H.! Ich stelle Ihnen heute eine Kranke vor, Marie Schreiber, 26 Jahre alt, welche in Folge einer chronischen skrophulösen Augenentzündung am rechten Auge eine über die ganze Cornea verbreitete, beinahe kreideartig aussehende, aber noch immer transparente Trübung in Verbindung mit *Strabismus externus* und, wie es scheint, ohne Verwachsung der Regenbogenhaut mit der Hornhaut, und auf dem linken Auge eine ähnliche, aber nicht so verbreitete Trübung besitzt. Im Uebrigen sind die Augen normal gebildet, und die Kranke erfreut sich im Ganzen jetzt einer anscheinend gesunden und kräftigen Constitution. Die Trübung hat offenbar ihren Sitz vorzugsweise auf der Oberfläche der Cornea, und besteht, wenn ich nach anderen Fällen, wo ich mikroskopische Untersuchungen habe anstellen können, schliessen darf, in einer Verdickung und Degeneration des Epitheliums der Cornea. Die Epithelialzellen sind hier bedeutend vervielfacht, und haben ihren polygonalen, pflasterförmigen Charakter mehr und mehr eingebüsst. Derartige Fälle sind es gerade, bei denen ich von einer zweckdienlichen, anhaltenden und consequenten Behandlungsweise in der Regel die besten Erfolge wahrgenommen habe. Wir wollen daher auch diese Kranke in unser Hospital aufnehmen, und auch mit ihr die schon so oft erprobte Kurmethode vornehmen. Zuerst wollen wir hier den *Musc. rectus externus* des rechten Auges durchschneiden, und zwar aus einem doppelten Grunde: eines Theils um dem Auge die zum Sehen nothwendige normale Stellung wiederzugeben, andern Theils um durch den operativen Eingriff den Abschilferungsprocess der Cornea, der durch einen solchen Eingriff immer gesteigert wird, zu befördern. Nach Beseitigung der traumatischen Folgen wird dann der behandelnde Praktikant die Cornea mit einem Wardrop'schen Scarificator scarificiren. Derartige Scarificationen sind in Beziehung auf die Trübungen der Cornea meistens von entschiedenem Nutzen, während ihre traumatischen Folgen stets sehr unbedeutend befunden sind. Reichen dann auch diese noch nicht zur Wiederherstellung der Durchsichtigkeit der Cornea aus, so werden wir zur Anwendung des Galvanismus übergehen, den wir alle 4—6 Tage wiederholen, und zwischendurch täglich einmal *Mercurius dulcis* in feingepulverter Form in das Auge streuen lassen. Der Galvanismus wird auf die Cornea, wie Sie sehen werden, in folgender Form angewendet: Man erbaut eine nasse galvanische Säule von 8 bis 10 Plattenpaaren, und lässt eine kleine, durch einen Drath mit dem Kupferpole in Verbindung stehende Platte von dem Kranken in den Mund nehmen, während man einen durch einen feinen Draht mit dem Zinkpole in Verbindung stehenden dicken Metalldraht, der an einem Glasstiele befestigt ist, auf die Cornea setzt, und mit dieser in der angegebenen Verbindung 8 oder 10 Minuten, bis das Auge sich stark röthet und thränt, in Berührung lässt. Zur Nachkur werden wir Anfangs dann noch längere Zeit täglich einmal *Mercur. dulcis* in Pulverform in das Auge streuen und später zu folgendem Mittel übergehen: *Rp. Zinci sulphur.* gr. xvj. *Morphii sulphur.* gr. viij. *Amyli* ℥ij. *M. f. pulv. subtiliss. S.* Täglich einmal davon etwas mit einem feinen Pinsel in das Auge zu streuen. Die genannten Mittel sind diejenigen, von deren consequenter und anhaltender Anwendung ich in vielen Fällen von Epithelialtrübungen der Cornea den vortrefflichsten Nutzen gesehen habe, und von denen Sie auch in dem vorliegenden Falle einen guten Erfolg beobachten werden. Alle übrigen gegen Hornhauttrübungen empfohlenen Mittel sind nach meinen zahlreichen Erfahrungen von geringerem Werthe, und gegen Trübungen, die in der Substanz der Hornhaut selbst ihren Sitz haben und meistens aus neugebildetem Zellgewebe, seltener aus amorphen, eiweissstoffigen Massen, oder auch wohl aus kohlensauren und phosphorsauren Kalksalzen bestehen, vermögen auch die oben genannten Mittel in der Regel nur sehr wenig. Eine specifische, die Cornea aufhellende Wirkung besitzt überhaupt kein Mittel. Alle gegen Hornhauttrübungen wirksamen Mittel sind Reizmittel, welche die Nerven aufregen, Congestion, Exsudation, Abschilferung, Resorption und Regeneration befördern. Bei der Wahl der hier in Anwendung zu bringenden Mittel kommt es daher nicht auf die specifische Wirkung, sondern auf das richtige Abmessen ihrer reizenden Kraft an. In der Regel thut man daher am besten, mit gelinderen Mitteln anzufangen und nach und nach zu immer stärkeren überzugehen. Uebrigens habe ich zu bemerken, dass ich doch zuweilen bei

tiefer in die Substanz der Cornea eindringenden Trübungen von einer modificirten Korektomie einen guten Erfolg gesehen habe. Diese Operation besteht darin, dass ich eine Menge sich rechtwinklich durchkreuzender, oberflächlicher Einschnitte mit einem feinen convexen Skalpell in die trübe Stelle der Hornhaut mache und darauf mit der schräg gestellten Schneide des Messers so viel als möglich von der in der angegebenen Art scarificirten dunklen Cornealsubstanz abschabe. Die nachfolgende traumatische Entzündung ist leicht durch kalte Ueberschläge und milde Abführungsmittel zu beherrschen, so dass man nach 8 bis 10 Tagen die Operation ohne Bedenken wiederholen kann, und zwar so oft, bis man entweder seinen Zweck erreicht, oder sich von der Erfolglosigkeit, die aber selten vollständig sein wird, überzeugt hat."

(Bei der oben genannten Kranken wurde erst die Schieloperation verrichtet, wodurch das Auge eine fast richtige Stellung wiedererhielt. Schon hierdurch wurde die Cornea bedeutend durchsichtiger. Darauf folgte die Anwendung der Scarification, des *Mercur. dulcis*, des Galvanismus in der oben auseinandergesetzten Art und Weise. Durch diese Behandlung wurde die Kranke in 6 Wochen soweit geheilt, dass sie mit ihrem vorher ganz blinden Auge Geldstücke, eine Feder u. dergl. zu erkennen im Stande war, und ich zweifle gar nicht, dass bei einer fortgesetzten Behandlung die Heilung noch bedeutend fortschreiten wird. Ref.)

„Sehr oft, m. H., haben wir hier Gelegenheit, sogenannte chronische Entzündungen der Bindehaut zu beobachten. Auch heute sehen Sie wieder mehrere derartige Fälle vor sich. Es sind dies aber nicht immer eigentliche Entzündungen, denn bei diesen muss *Stasis sanguinis* mit Exsudation vorhanden sein, — Beides fehlt hier aber in der Regel. Wäre ein Exsudat vorhanden, so würde man dieses wenigstens doch mit Hülfe der Loupe wahrnehmen, und fände hier *Stasis sanguinis* statt, so könnte beim Druck auf die Conjunctiva das Blut nicht so rasch aus den Gefässen verschwinden, um beim Nachlass des Druckes gleich wiederzukehren. Eine Entzündung im wahren Sinne des Wortes ist hier demnach nicht vorhanden, sondern nur eine Hyperämie, und zwar eine sogenannte passive, d. h. eine Hyperämie, die von Erschlaffung der Blutgefässe mit einem gewissen Torpor der Nerven herrührt. Die Erschlaffung und der Torpor sind nun in den meisten Fällen die Resultate einer vorangegangenen langwierigen, meistens auf skrophulösem Boden wuchernden Conjunctivitis. Jedoch kommen auch Fälle bei schlaffen, kachektischen Individuen vor, die gleich von Anfang an mit Atonie der Gefässwandungen und Torpor der Nerven auftreten. Bei den uns jetzt vorgestellten Individuen scheint eine aktive Hyperämie oder selbst Entzündung, d. h. eine Hyperämie oder *Stasis sanguinis* mit Exsudation, die von einer Aufregung der Nerven begleitet und unterhalten war, vorausgegangen zu sein. Denn die Kranken erzählen uns, dass sie früher an Lichtscheu, Schmerz, vermehrter Wärme, an Thränenfluss und sogenannten Blattern im Auge (Phlyktänen und Pusteln) gelitten haben. Jetzt sind alle diese Symptome verschwunden, nur die Hyperämie ist in Folge einer *Varicositas conjunctivae palpebrarum, scleroticae et corneae* zurückgeblieben. Die Krankheit wuchert hier offenbar auf skrophulösem Boden. Dies beweist der allgemeine Habitus, die Anschwellung der Nase und der Lippen, der Cervical- und Maxillardrüsen. Fälle wie die vorliegenden sind nun diejenigen, bei denen die örtliche Anwendung des *Mercur. dulcis* in Pulverform, in Verbindung mit einer ableitenden und allgemeinen diätetischen und therapeutischen antiskrophulösen Kurmethode, die besten Dienste leistet. Das Chlorquecksilber in minimo wirkt hier dann wahrscheinlich auf doppelte Weise reizend: einmal durch die kleinen Segmente seiner Krystalle mechanisch, und andern Theils chemisch, indem ein kleiner Theil desselben, vielleicht mit Hülfe des Kochsalzes der Thränen, in Chlorquecksilber in maximo umgewandelt wird. Der *Mercur. dulcis* wirkt hier durchaus nicht bloss mechanisch, denn sonst müsste jedes andere feine Pulver dieselben Wirkungen ausüben, was nicht der Fall ist. Dass aber auch die mechanische Wirkung des *Mercur. dulcis* nicht ganz abzuläugnen ist, beweist der Umstand, dass auch andere, selbst vegetabilische Pulver, wie z. B. das von *Cassia Absus*, von Ebenholz u. s. w. bereitete ähnliche, aber nicht ganz dieselben Wirkungen besitzen. Die jetzt so weit verbreitete Ansicht vieler sogenannter Ophthalmologen, dass der *Mercur. dulcis* in Pulverform gegen alle, namentlich skrophulöse Augenentzündungen, mit Nutzen angewendet werden könne, ist grundfalsch, und stimmt weder mit der Erfahrung noch mit der Theorie überein. Wendet man den *Mercur. dulcis* nicht auf eine rationelle Weise an, so schadet er, was meine statistischen Tabellen unumstösslich beweisen, wenigstens eben so oft, als wie er nützt. Nützen kann er nur bei sogenannten passiven Hyperämien und Entzündungen. Den alten Streit, ob eine Entzündung passiv sein könne, der sich noch aus jener dogmatischen Ansicht über die Entzündung herschreibt, nach der jede Entzündung als eine vermehrte Wechselwirkung zwischen Nerv und Blut, oder als eine örtlich aufgeregte, lebendige Reaction gegen Schädlichkeiten betrachtet wurde, brauchen wir jetzt nicht wieder aufzunehmen. Das Mikroskop hat uns gelehrt, dass die Entzündung nichts weiter ist, als *Stasis sanguinis* mit Exsudation, und die Entzündung bleibt immer Entzündung, mag sie nun von Aufregung oder von Torpor der Nerven begleitet sein. Oertlich reizende Mittel, wie der *Mercur. dulcis*, dürfen aber nur dann angewendet werden, wenn die Hyperämie oder die *Stasis sanguinis* mit Exsudation von einem Torpor der Nerven begleitet ist. In den vorliegenden Fällen wollen wir nun dieses Mittel anwenden, und schon morgen werden Sie auch in diesen Fällen bedeutende Besserung sehen, wie Sie es schon in vielen anderen ähnlichen Fällen gesehen haben."

„Der Ihnen jetzt vorgeführte Kranke, Andreas Witzel aus H., ein hagerer, mit blonden Haaren und blauer Iris begabter 61jähriger Invalide, leidet nach seiner Angabe seit etwa 14 Tagen an einer ohne eine nachweisbare Veranlassung entstandenen Augenentzündung. Die Augenlidränder des linken Auges sind roth und ödematös, die Conjunctiva, sowohl die der Augenlider, als die des Bulbus, ist mit vielen etwas dunkelfarbigen, hie und da etwas varikösen Blutgefässen durchwebt, und besonders an der *Plica bulbo-palpebralis* etwas chemotisch aufgelockert. Der *Annulus subconjunctivalis* ist hier gleichzeitig mit entzündet, und bildet einen rothen, die Cornea umkreisenden Ring, der aus vielen kurzen, concentrischen Blutgefässen, welche den Hornhautrand etwa eine Linie überschreiten, besteht. Das Epithelium der Hornhaut ist an mehreren Stellen zerstört, und die Cornea selbst an ihrem unteren und äusseren Rande mit einem gelblichen, dicklichen Eiter infiltrirt. Der Kranke ist nun, wie Sie, m. H., gesehen haben, seit 6 Tagen mit Schröpfköpfen, Abführungsmitteln, kalten Ueberschlägen behandelt, und zugleich auf eine mässige, aber nicht allzusehr schwächende Diät gesetzt. Die Röthe des Auges, die Schmerzen, die Secretion der Thränen und des eitrigen Secrets der Conjunctiva haben sich unter dieser Behandlung zwar etwas, aber doch nicht bedeutend vermindert; dagegen hat die Lichtscheu, der Eiter in der Cornea und die nächtliche, aber fieberlose Unruhe und Schlaflosigkeit sich bedeutend vermehrt. Unter diesen Verhältnissen würde es nun unzweckmässig sein, die antiphlogistische Behandlung noch länger fortzusetzen. Wir wollen dem Kranken daher jetzt, um noch auf die Resorption zu wirken, ein *Decoctum rad. Senegae* mit einem kleinen Zusatze von *Tart. stib.*, ausserdem Abends *Opium purum* gr. j und 3 Mal täglich eine Einreibung von *Morphium acet.* gr. vj in *Spir. vini rectific.* ℥j in die Umgegend des Auges anwenden lassen; dabei soll der Kranke täglich eine Portion Fleisch und ein Glas Wein erhalten."

„Hat man schwächliche und reizbare Kranke, welche an örtlichen, entzündlichen Affectionen leiden, bereits eine Zeit lang antiphlogistisch behandelt, und führt diese Methode nicht allein nicht zum Ziele, sondern steigern sich sogar unter dem Einflusse derselben gewisse, namentlich nervöse Symptome, wie es bei unserm Kranken der Fall ist, so soll man den zuerst eingeschlagenen Weg verlassen und zu einer andern Kurmethode, die in anderer Weise den Indicationen entspricht, seine Zuflucht nehmen. Hier verordnen wir die Senega, weil diese, ohne zu schwächen und zu erhitzen, die Secretionen, namentlich des Schleimes und des Harnes, und ausserdem die Resorption der krankhaft exsudirten Massen befördernd wirkt. Wir wenden hier innerlich das Opium an, um nächtliche Ruhe, Stillung der Schmerzen und Verminderung der Lichtscheu zu erzielen. Die Wirkung des innerlich dargereichten Opiums auf das Auge wird noch mächtig durch das in Alkohol gelöste Morphium unterstützt, und wir wählen hier gerade die Auflösung in Alkohol, weil die Mittel in dieser Form die Epidermis, und überhaupt die äussere Haut, leichter durchdringen, als in jeder andern Form. Die innerliche und äusserliche Anwendung der Narcotica, besonders aber der Opiate, zeigt sich überhaupt bei Entzündungen sehr wohlthätig, wenn sie einen sogenannten erethischen Charakter an sich tragen. Sie vermindern dann die Empfindlichkeit, die Schmerzen, die psychische Aufregung, die Schlaflosigkeit, und begünstigen dadurch die Heilung, indem Aufregung der Nerven leicht zur Vermehrung der Congestion und Exsudation Veranlassung giebt. Natürlich soll man, wo man aus den angegebenen Gründen Narcotica anwendet, die andern sonst passenden Medicamente, namentlich die antiphlogistischen, nicht vernachlässigen."

(Nachdem der Kranke vier Tage in der angegebenen Art behandelt war, und die Symptome, wogegen sie gerichtet war, mit Ausnahme des Abscesses in der Cornea, sich bedeutend vermindert hatten, wurde der Kranke abermals zur Besichtigung vorgeführt, und der Hr. Prof. Ruete fügte nun noch Folgendes seinem früheren Vortrage hinzu. Ref.)

„Wir sehen, wenn auch die bisherige Behandlung dem Kranken sehr nützlich gewesen ist, doch, dass wir auf diesem Wege die Resorption des Eiters nicht rasch genug erzielen. Dies würde auch dann nicht der Fall sein, wenn wir den übrigen Mitteln Quecksilber- oder Jodpräparate substituirten. Der Eiter muss rasch aus der Substanz der Cornea entfernt werden, weil er sonst macerirend auf das umgebende Gewebe wirkt und dadurch die Cornea in einem grösseren Umfange

zerstört, wodurch die nachtheiligsten Folgen, z. B. Perforation der Cornea mit *Prolapsus iridis*, grosse, tiefe Ulcera mit nachfolgender Leucom- oder selbst Staphylombildung, herbeigeführt werden können. Ich werde daher den Abscess mit einem Staarmesser öffnen, um den Eiter herauszulassen, und diese Operation morgen wiederholen, wenn der Eiter sich auf's Neue ansammeln sollte. Kleine Quantitäten flüssiger Exsudate, des Eiters und anderer Substanzen, in dem Gewebe der Cornea oder auch in der vorderen Augenkammer werden meistens unter einer ableitenden und die Resorption anregenden, örtlichen und allgemeinen therapeutischen Behandlung rasch resorbirt; ist die Quantität aber grösser, und nimmt sie nicht rasch bei der Einwirkung der therapeutischen Mittel ab, so soll man mit der Anwendung der chirurgischen Hülfe nicht zaudern, sonst hat man bei dem Eiter in der Cornea die oben angeführten Ausgänge, und bei dem Hypopyon in der vordern Augenkammer schleichende Entzündungen der Regenbogenhaut mit dem Uebergange in *Synicesis* und *Atresia pupillae* sehr oft zu beklagen. Da wir noch eine Kranke mit Eiter in der vorderen Augenkammer in unserm Hospitale liegen haben, so wollen wir auch diese jetzt vornehmen." (Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus dem Militär-Lazareth zu Altona.

Von

Dr. G. Ross.

1. Zwei Fälle von Trepanation des Schädels mit glücklichem Ausgang.

Fall I. P. T. vom 1. Schlesw.-Holst. Jägercorps erhielt bei der Belagerung von Friedrichsstadt am 1. Oct. 1850 einen Streifschuss am Kopf und wurde im Lazareth zu Rendsburg, wohin er zuerst gebracht worden war, mit einer Venäsection und kalten Ueberschlägen behandelt. Am 5. Oct. kam er nach Altona mit einem anscheinend unbedeutenden, bereits in Eiterung stehenden Streifschuss in der linken Schläfe, etwa mitten zwischen dem Stirnbeinhöcker und dem oberen Rande des äusseren Ohres. Ausser geringen allgemeinen Kopfschmerzen befand sich der Verwundete, ein junger, kräftiger Mann, vollkommen wohl, hatte auch, seiner Angabe nach, seit dem Augenblick der Verwundung über nichts anderes zu klagen gehabt, namentlich war er weder bewusstlos, noch übel gewesen. — Die Wunde wurde nicht weiter untersucht, mit in lauwarmes Wasser getauchten Compressen fomentirt. Ruhige Bettlage, strenge antiphlogistische Diät.

Am 9. Oct. Morgens 5 Uhr wurde der Verwundete, nachdem er die Nacht schlaflos und mit starken Kopfschmerzen zugebracht hatte, von tetanusartigen Krämpfen und Erbrechen befallen. V.S., Calomel und Jalape, Eisüberschläge über den Kopf. Krämpfe und Erbrechen wiederholten sich während des Tages häufig, der Verwundete lag in einem halb soporösen Zustande mit geschlossenen Augenlidern, war aber, angeredet, besinnlich und klagte über heftige Kopfschmerzen, der Puls war sehr wechselnd an Frequenz und in seiner übrigen Beschaffenheit. Gegen Abend Exacerbation aller Erscheinungen. 16 Blutegel in die Schläfen.

10. Oct. Der Verwundete hatte in der Nacht delirirt und wiederholt erbrochen, die Krämpfe kamen häufiger und heftiger, Puls klein und unregelmässig, Kopf heiss, Pupillen zusammengezogen, Druck auf die Umgebung der Wunde empfindlich. Der Verwundete konnte nur durch starkes Anreden erweckt werden, gab alsdann nur Ja und Nein zur Antwort. Es wurde ein Kreuzschnitt über die Wunde bis auf den Knochen geführt, man kam auf eine Depression der *Tabula externa* vom Umfange einer Fingerspitze und der Tiefe von 3 Linien. Eine Trepankrone wurde so aufgesetzt, dass der grösste Theil der deprimirten Stelle von ihr umfasst wurde. In wenigen Zügen war der nur 2 Linien dicke Schädel durchsägt und wurde das ausgeschnittene Stück mit Leichtigkeit herausgehoben. Es fand sich eine Absplitterung der *tabula interna;* ein fast 1 Zoll langes und $1/2$ Zoll breites Stück war nach innen abgebogen, so dass dessen scharfe, auf das Gehirn drückende Kante 4 Linien unter dem Niveau der übrigen innern Schädelfläche stand. Die *Dura mater* war nicht zerrissen, stark entzündet, mit einem schmutzig braunrothen Exsudat bedeckt. Nach unten war aber noch ein gegen die *Dura mater* vorspringendes Stück der *Tabula interna* bemerkbar. Mit einer zwischen Schädel und *Dura mater* eingeführten gebogenen Knopfsonde wurde gefunden, dass dies ebenfalls noch festsitzende und nur abgebogene Stück 3—4 Linien lang sei. Es wurde nicht versucht, dies Stück zurückzubiegen oder zu entfernen, aus Furcht, die *Dura mater* zu verletzen, vielmehr wurde der Trepan noch einmal angesetzt und etwa $3/4$ Krone ausgesägt; so wurde alles Abgebogene entfernt. Nach unten war schon ein Streifen ganz normaler *Dura mater* bloss gelegt, so dass die Entzündung derselben eine ganz umgrenzte zu sein schien. Die Trepanation schien in den hinteren, oberen Partien des Stirnbeins vorgenommen zu sein, Blutung, namentlich etwa aus einem Aste der *Art. meningea media*, fand nicht statt. — Unmittelbar nach der Operation fühlte sich der Verwundete sehr erleichtert, das Bewusstsein war klar und blieb ungetrübt; von dem Sägen hatte er nichts empfunden (er war nicht chloroformisirt worden). Gleich nach der Operation wurde eine V.S. gemacht. Nachmittags erbrach der Verwundete noch einmal. Abends klagte er über Kopfschmerz, auch war der Kopf heiss. Zwölf Blutegel. Clysma.

11. Oct. Der Kranke hatte eine ruhige Nacht gehabt. Morgens waren die Kopfschmerzen wieder heftiger, Puls 65. V.S. Clysma. Calomel 2 Gr. stündlich. Während des Tages bildete sich ein Oedem beider Augenlider. Abends exacerbirten die Kopfschmerzen, Puls 52, voll, Patient war sehr schläfrig. Es wurde wiederum venäsecirt, zur grossen Erleichterung des Kranken.

12. Oct. Die Nacht war ziemlich ruhig. Vormittags vermehrte Kopfcongestion, die V.S. wird wiederholt, Nitrum mit Glaubersalz — Abends wird nochmals venäsecirt (zum fünften und letzten Mal).

13. Oct. Die Nacht war sehr gut. Die Eiterung ist vollständig etablirt. Der Operirte fühlt sich zum ersten Mal vollkommen wohl. — Von diesem Tage an blieb das Befinden ungestört und stellte sich bald ein grosser Appetit ein. Doch wurde der Operirte bis zum 1. Nov. unter strenger Diät gehalten und durch Salzlösungen stets für flüssige Stühle gesorgt. Die kalten Ueberschläge wurden lange fortgesetzt, erst als sie anfingen, dem Kranken unangenehm zu werden, wurden sie abgeschafft und die Wunde bloss mit einem Oelläppchen bedeckt. Bald trat in der Wunde eine kräftige Granulation ein, auch die entblössten Schädelknochen bedeckten sich mit Granulationen, ohne dass eine bemerkbare Exfoliation eintrat; nur am 26. Novbr. wurde beim Verband ein kleines Knochenstückchen auf der nunmehr zu einer ebenen Granulationsfläche umgewandelten Wunde gefunden. Am 4. Dec. war die Wunde durch eine feste Narbe geschlossen, an der die Pulsationen des Gehirns nicht mehr wahrzunehmen waren. Zur Vorsicht musste der Operirte über der Narbe eine kleine, schwach ausgehöhlte Gutta-Percha-Platte tragen. — Der Operirte blieb ganz wohl, bis er am 16. Jan. auf der Strasse von der Peitsche eines gerade vorbeifahrenden Landknechtes in die rechte Schläfe getroffen wurde. Die Holsteinischen Landknechte führen, namentlich wenn sie mit 4 Pferden fahren, wie dies hier der Fall war, lange, dicke, getheerte Peitschen auf einem dünnen Eichenstiel und setzen ihr Point d'honneur darin, in der Stadt mit aller Macht zu knallen. Die Peitschen laufen in dünne dralle Zwirnspitzen aus, die etwa alle Zoll mit einem Knoten versehen sind. Ein solcher Knoten traf auf die rechte Schläfe des Operirten, während die Spitze eine feine Schnittwunde am rechten Ohr verursachte. Der Getroffene wurde nicht bewusstlos, doch stellten sich nach einigen Stunden starke Kopfschmerzen, Kopfcongestionen, wiederholtes Erbrechen, langsamer Puls (40) ein. Diese Erscheinungen hielten 8 Tage lang an und wichen erst einer von Anfang an begonnenen und consequent fortgesetzten Behandlung mit allgemeinen und örtlichen Blutentziehungen u. s. w. — Anfang Februar war der alte Zustand vollkommenen Wohlseins wieder etablirt und bald darauf verliess der Operirte das Lazareth, um in seine Heimath zu reisen. Während der letzten Episode war ein Theil der Narbe wieder blutreicher und weicher geworden; man konnte an derselben wieder Hirnpulsationen bemerken.

Fall II. C. K., Musketier im 14. Infanterie-Bataillon, ein 32 Jahr alter, äusserst kräftiger Landmann, erhielt am 25. Juli 1850 in der Schlacht von Idstädt einen ungefähr 2 Zoll langen Streifschuss am obern Theil der Stirn rechter Seite. Die zerrissenen Weichtheile bildeten eine tiefe Rinne, an deren Grunde man eine mehrere Linien tiefe Depression der *Tabula externa* wahrnahm. Der Verwundete kam selbigen Tages nach Altona ohne alle Gehirnerscheinungen, und blieb auch vollkommen ohne solche. Nach 4 Wochen löste sich die obere Lamelle des deprimirten Knochenstücks ab. In den nächsten 2 Wochen folgten kleine Bleifragmente und verschiedene kleine Knochenstückchen, von denen zwei der *Tabula interna* angehörten. Patient war während der ganzen Zeit wohl, nur mitunter klagte er über allgemeinen Kopfschmerz. Anfang September wurde rechts neben der Stelle, wo früher das deprimirte Stück der *Tabula externa* gesessen hatte, ein grösserer Theil der Kugel entdeckt, welcher unter der *Tabula externa* in der Diploë feststeckte. Es erschien nicht rathsam, dicht neben einer perforirenden Schädelwunde ein solches Stück fremden Körpers, der jedenfalls die Heilung erschweren musste und allerlei Zufälle herbeiführen konnte, in den Schädelknochen stecken zu lassen. Deshalb wurde am 14. September über der Stelle, wo die Kugel steckte, eine Trepankrone angesetzt und die *Tabula externa* durchsägt; diese wurde mit dem Meissel entfernt und darauf das Stück Blei mit noch

einigen leichten Meisselschlägen so weit von der Diploë frei gemacht, dass es entfernt werden konnte. Neben der Stelle, wo operirt wurde, sah man in kleinem Umfang das Gehirn pulsiren. Das Sägen und Meisseln war dem Kranken schmerzhaft, doch blieb auch nachher seine Gesundheit ungestört, etwas Kopfcongestionen am Abend des Operationstages, gegen welche Eisüberschläge, Blutegel und Calomellaxanzen angewendet wurden, abgerechnet. — Am 16. Nov. war die Wunde mit einer sehr festen, guten Narbe geschlossen. — Im Januar 1851 sah ich den Operirten wieder; derselbe hatte sich stets wohl befunden.

2. Zwei Fälle von Halsschusswunden.

Fall I. Der Musketier B. im 11. Schleswig-Holsteinischen Infanterie-Bataillon erhielt am 4. Oct. 1850 beim Sturm auf Friedrichstadt einen Schuss auf den Unterkiefer, rechts einen Zoll von der Mittellinie. Die Kugel zerschlug den Unterkiefer und drang sodann, wie es scheint, in die Weichtheile des Halses. Mitte Novembers kam der Verwundete nach Altona. Die Fractur des Unterkiefers war ohne bedeutende Dislocation geheilt, die äussere Wunde noch nicht ganz geschlossen und wurden durch dieselbe noch einige lose Splitter aus dem Unterkiefer extrahirt. Rechts in der Supraclaviculargegend war eine schmerzhafte Geschwulst bemerkbar, welche nach Aussage des Verwundeten allmälig sich von oben nach unten gesenkt hatte, und die er selbst der Anwesenheit einer Kugel beimass. Am 22. Novbr. wurde die Geschwulst, nachdem Fluctuation in ihr bemerkt worden war, von dem ordinirenden Arzte der Station einen halben Zoll oberhalb der Clavicula durch einen Einstich geöffnet und, nachdem sich Eiter entleert hatte, der Abscess mit der Sonde untersucht. Diese stiess in der Richtung nach unten und innen hinter dem Ansatzpunkte des Cleidomastoideus auf einen harten Körper, doch blieb es dem Untersuchenden unentschieden, ob dies die Kugel oder der hintere Rand der Clavicula gewesen sei. Am 26. Nov. wurde der Verwundete von mir untersucht. Hinter dem Cleidomastoideus glaubte ich durch die bedeckende teigige Geschwulst einen runden harten Gegenstand, wie eine Kugel, durchzufühlen und dilatirte deshalb die kleine Abscessöffnung äusserlich so weit, um mit der Spitze des kleinen Fingers zum Behuf der Untersuchung eingehen zu können. Der Finger fand jedoch nirgend Eingang in die Tiefe und wegen der anatomischen Verhältnisse der Gegend durfte ich ohne eine bestimmte Indication nicht in die Tiefe Eingang schaffen; eine dicke Knopfsonde aber konnte in zwei Richtungen einmal schräg nach oben und innen, dann nach innen und unten eingeführt werden, stiess jedoch nicht auf eine Kugel.

Gleich nach dieser Untersuchung, vielleicht in Folge derselben, wurde der Verwundete von einer Pneumonie der rechten Lungenspitze befallen; schon am 27. Nov. erstreckte sich die Hepatisation bis zur siebenten Rippe herab. Wie der Verwundete schon vorher in einem an Hektik grenzenden Schwächezustand sich befunden hatte, so wurde er nunmehr durch die Pneumonie aufs Aeusserste erschöpft. Doch bildete sich die Pneumonie zurück, und bereits am 2. Dec. war anstatt des Bronchialathmens ein Schleimrasseln, so wie eine Abnahme des matten Percussionstons bemerkbar. An demselben Tage wurde beobachtet, dass der Verwundete bei der Exspiration mit verschlossenem Mund und Nase einen starken Luftstrom aus der Halswunde austreiben konnte.

Am 4. Dec. untersuchte ich den Verwundeten von Neuem und führte die Sonde vorzugsweise in der Richtung nach innen und unten ein, in der Erwartung, dort auf eine Kugel zu stossen, wo die äussere Untersuchung sie vermuthsweise gefunden hatte. Dies Mal gelang es, die Sonde stiess unverkennbar auf eine Kugel hinter dem *M. sternocleidomastoideus* und hinter dem inuern Ende des Schlüsselbeins. Es bedurfte nur einer geringen Dilatation des Fistelganges, um eine dünne Kornzange einzuführen, damit wurde die Kugel gefasst und vorsichtig extrahirt; sie war in ihrer Form sehr verändert und hatte sehr bedenkliche Ecken und scharfe Kanten.

Am 6. Dec. hatte der Verwundete bemerkt, dass genossene Flüssigkeiten aus der Halswunde theilweise wieder ausgeflossen wären. Versuchsweise zum Getränk gereichte Milch kam zum kleinen Theil aus der Wunde zum Vorschein. Es wird jetzt wahrscheinlich, dass Trachea und Oesophagus an einer und derselben Stelle, am Ende des Fistelganges, welcher gegen den untern Rand des Larynx hinführt, geöffnet sind, doch scheint die Oeffnung im Oesophagus nur eine kleine zu sein, da nur Flüssigkeiten in geringer Menge und gar keine festen Speisen entleert werden.

Am 9. Dec., nachdem die Pneumonie sich immer mehr zurückgebildet und der Kräftezustand sich gehoben hatte, schien die Fistel im Oesophagus sich bereits geschlossen zu haben.

Am 12. Dec. konnte auch keine Luft mehr aus der Halswunde ausgetrieben werden. Die Wunde bildete sich nun in eine ebene Granulationsfläche um, welche rasch heilte. Auch die Wunde am Unterkiefer schloss sich rasch, nachdem noch am 7. Dec. ein letztes, ziemlich grosses Knochenstück extrahirt worden.

Gegen Ende Decembers konnte der Verwundete bereits das Haus verlassen; Mitte Januar wurde er cessirt und in seine Heimath entlassen. Die rechte Lungenspitze war nicht ganz wieder wegsam geworden und die Respiration war nichts weniger als frei.

Fall II. An demselben Tage des 4. Oct. und bei demselben Angriff auf Friedrichstadt erhielt der tapfere Major v. L., wie er gerade eine Schanze erklomm, eine Verletzung hinter dem rechten Ohr, von der es lange unentschieden blieb, ob sie in einem Bajonnetstich, oder einer Schusswunde bestände.

Als der Verwundete am 23. Dec. nach Altona kam, war auf der rechten Seite des Halses gerade in der Mitte unter dem Bauche des Sterno-Mastoideus ein runder, harter, fremder Körper durchzufühlen, welchen ich für eine Kugel ansprechen zu müssen glaubte, wiewohl durch die darüber gelegenen geschwollenen und gespannten Weichtheile die Untersuchung einigermaassen getrübt war. Gerade hinter dem Ohrläppchen in der Gegend des Zitzenfortsatzes war eine Fistelöffnung mit eingezogenen Rändern und sehr unbedeutender purulenter Absonderung, das Ueberbleibsel der früheren Eingangsöffnung des verwundenden unbekannten Gegenstandes. Am Ohrläppchen war eine feine Narbe von einer Schnittwunde bemerkbar. Zum Theil mit auf diese Schnittwunde begründete sich die Ansicht, dass die Verletzung in einem Bajonnetstich mit Abstossung des Zitzenfortsatzes und Senkung des letzteren bestanden hätte. Der Verwundete selbst war der Ansicht, einen Schuss bekommen zu haben und erklärte sich die Erscheinungen, namentlich die Schnittwunde am Ohrläppchen, so, dass die Kugel erst auf den Korb seines mit der rechten Hand erhobenen Degens geschlagen sei und sich an demselben zerschnitten habe. Ich sprach dem Verwundeten meine Ueberzeugung von der Anwesenheit einer Kugel aus und rieth zum Versuch einer Extraction derselben, da sich dieselbe sonst leicht tiefer herabsenken und Veranlassung zu schlimmen Zufällen werden könnte. Die Operation wurde der bevorstehenden Feste wegen verschoben.

In den ersten Tagen des neuen Jahres wurde der Verwundete, auf einen Stuhl sitzend, chloroformisirt. Die durch die Fistelöffnung in der Richtung nach innen und unten eingeführte Sonde stiess auf losen Knochen. Die Fistelöffnung wurde nun mit einem geknöpften Bistouri so weit dilatirt, dass eine feine Kornzange eingeführt werden konnte. Das vorliegende Knochenstück wurde gefasst und extrahirt; es erwies sich in der That als das untere Stück des Zitzenfortsatzes. Jetzt wurde die Sonde krumm gebogen und durch die dilatirte Wunde gerade nach unten gegen die Stelle hin, wo die Kugel gefühlt wurde, eingeführt, alsbald stiess sie auf dieselbe. Nunmehr wurde die Dilatation der Fistelöffnung nach unten in einer Ausdehnung von etwa $2^1/_4$ Zoll fortgesetzt, bis zur Höhe der Kugel. Es wurde durch diesen Schnitt der Kopfnicker in seiner ganzen Dicke der Länge nach gespalten, ohne dass jedoch sonst etwas verletzt worden wäre. Die Kugel schien unmittelbar unter dem Muskel, oder in dessen tiefsten Schichten zu liegen, und war in einer festen Zellkapsel eingebettet. Nachdem sie extrahirt worden war, wies sie sich als eine Spitzkugel aus, deren Spitze wie von einem schneidenden Instrumente scharf abgeschnitten war, was zu der Ansicht des Verwundeten passt, dass die Kugel sich an seinem Säbel oder dessen Korb zerschnitten habe. Nach der Extraction trat weiter nichts Bemerkenswerthes auf, die Wunde schloss sich rasch, und ebenso rasch verlor sich die vorher bedeutende Halssteifheit.

3. Schusswunde mit Bildung eines widernatürlichen Afters an der Brust.

Der Musketier im 15. Bataillon Fr. erhielt in der Schlacht von Idstädt am 24. Juli 1850 einen Schuss in die linke Seite. Die Kugel war auf der Höhe der Curvatur der zehnten Rippe eingedrungen, hatte diese zerschmettert, war unter der Haut fortgelaufen und wurde schon auf dem Schlachtfelde etwas rechts von den obersten Lendenwirbeln ausgeschnitten. Der Verwundete kam am 14. August im besten Wohlsein nach Altona, Symptome eines Lungenleidens waren nicht zugegen, auch seiner Aussage nach nie zugegen gewesen, die Wunde eiterte reichlich und mit der vorsichtig eingeführten Sonde kam man auf Knochensplitter der Rippe. Die hintere Oeffnung des Schusskanals war am 2. Oct. geschlossen, aus der vorderen Oeffnung stiessen sich bis Mitte November eine Menge kleiner Knochenstückchen ab. Um diese Zeit wurden Fäcalmassen auf dem die Wunde deckenden Verband entdeckt, auch beobachtete man Darmgas, welches dann und wann mit einigem Geräusch entwich. Schon früher hatte der Verwundete davon gesprochen, dass Luft aus der Wunde herauskäme, dies war aber damals nicht beachtet worden. Einige Male wurden Ascariden *(ascaris vermicularis)* auf dem Verband bemerkt. Es wurde angenommen,

dass die Darmöffnung in der *Flexura coli sinistra* ihren Sitz habe. Eine vorsichtig eingeführte Sonde drang in der Richtung nach innen und unten zwei Zoll tief ohne Widerstand in einen Fistelgang ein. Es wurde ruhige Bettlage und Ernährung mit wenigen dünnflüssigen, gut nährenden Speisen angeordnet. Die Wunde fing bald an zu heilen, es kamen keine Fäcalmassen mehr, doch entwich täglich noch etwas Darmgas. Seit Anfang des Jahres 1851 kam auch kein Darmgas mehr, und am 15. Jan. war die Wunde vollständig vernarbt. Jetzt wurde dem Patienten gestattet das Bett zu verlassen.

4. *Anus non perforatus.* Operation des künstlichen Afters in der linken Lendengegend. Tod 28 Stunden nach der Operation.

Eine Bürgersfrau, Mutter von 6 gesunden Kindern, gebar am 19. Aug. 1850 Morgens ein siebentes, welches ebenfalls für wohlgebildet gehalten wurde. Erst am 20. Abends zeigte die Hebamme dem Hausarzt an, dass das neugeborene Kind keinen After habe; bald nachher sah ich dasselbe. Das im Uebrigen wohlgebildete Mädchen zeigte eine von der hinteren Scheidencommissur bis über das *Os coccygis* hinaus sich erstreckende feste, dicke, etwas röthlich gefärbte, lineäre Narbe, gebildet offenbar durch eine vollständige Verwachsung der beiden Afterbacken, so dass von einer Vertiefung in der Gegend des Anus oder von einer *Crena ani* durchaus keine Andeutung war. Nur genau an der Stelle des fehlenden Afters theilte sich der Narbenstrich, und schloss ein 3 Linien langes, 1 Linie breites, ovales Hautstück ein. Beim Schreien des Kindes wurde durchaus kein Andrängen gefühlt. — Da der Leib des Kindes nicht aufgetrieben und gespannt war, dasselbe überall sich in keiner Weise übel zu befinden schien, sogar ein wenig die Brust genommen hatte, da also keine Gefahr im Verzuge erschien, andererseits bei längerem Warten vielleicht zu hoffen war, ein Andrängen im Perinäum wahrzunehmen, wurde die Operation bis zur Tageshelle des folgenden Tages verschoben. Auch aus dem Grunde hatte ich nicht Lust bei Lampenlicht zu operiren, weil ich, obgleich ich versuchen wollte, den Darm im kleinen Becken zu finden, doch mit ziemlicher Gewissheit darauf rechnen musste, denselben nicht dort zu finden, und ich in diesem Fall einen künstlichen After in der linken Lendengegend anlegen wollte.

Am 21. Morgens wurde die Operation begonnen. Das Kind war die Nacht unruhig gewesen, hatte viel, ängstlich und heiser geschrieen, hatte auch keine Brust nehmen wollen. Der Leib war beträchtlich aufgetrieben und gespannt, das Kind übrigens gleichmässig warm, mit gut entwickeltem Pulse. Ein Andrängen des Darmes war auch jetzt nicht zu fühlen. Die aufbewahrten Tücher des Kindes wurden genau untersucht, ob auch etwa Meconium mit dem Urin abgegangen sei; es war dies nicht der Fall. — Nunmehr wurde an der Afterstelle die sehr dicke Haut mit einem Kreuzschnitt gespalten, und mit der über die Fläche gebogenen Scheere in dem Zellgewebe hinter der Vagina ein Weg nach oben gebahnt. Die Vagina, in welche ein Katheter eingeführt worden war, diente dabei als vortrefflicher Wegweiser. Nachdem ich so bis zur Höhe von fast 2 Zoll hinaufgedrungen war, ohne irgend etwas von einem prall angefüllten Darm zu fühlen, gab ich das weitere Vordringen, und somit die von Anfang an schwache Hoffnung, den After an normaler Stelle zu bilden, auf, da ich bei weiterem Vordringen nothwendig die Peritonealhöhle hätte eröffnen müssen. Aus demselben Grunde, und weil ich durchaus keine Garantie hatte, den Darm zu treffen, mochte ich nicht aufs Gerathewohl einen Troikart einstossen. Die Blutung war unbedeutend; die Wunde wurde mit Charpie bedeckt.

Nunmehr wurde das Kind auf den Bauch gelegt, und zwischen der Darmbeinkriste und der untersten Rippe in der linken Lendengegend die Haut mit einem Kreuzschnitt gespalten. Es gelang rasch, den Aussenrand des *M. quadratus lumborum*, des Anhaltspunktes für die Afterbildung in dieser Gegend, zu finden, jetzt aber begann eine Täuschung. Nachdem nämlich nun die Unterleibswandung gänzlich getrennt war, drängte sich beim Schreien des Kindes eine kugelige Masse mit einer serösen Oberfläche in der Tiefe der Wunde vor; diese wurde für den Dickdarm gehalten, und nachdem sie mit zwei durchgezogenen Fäden fixirt worden war, vorsichtig eingeschnitten. Es erwies sich aber diese Masse als ein Umhüllungsfettzellgewebe und wurde bei dem Einschneiden derselben das untere Ende der linken Niere blossgelegt. Erst nachdem ich diese mit dem Zeigefinger der linken Hand nach oben geschoben hatte, drängte sich der Dickdarm deutlich in der Wunde vor. Derselbe wurde nun mit zwei einen Zoll von einander entfernten (mit einer krummen Nadel durch ihn geführten) Fäden hervorgezogen und zwischen diesen in seiner Längsrichtung fast einen Zoll lang eingeschnitten. Darmgas und ein sehr dickes Meconium drang aus demselben hervor. Jetzt begann ich die Darmwunde mit den Wundrändern der äusseren Haut vermittelst der Knopfnäthe zu vereinigen. Leider beging ich den Fehler, zuerst den der Wirbelsäule zunächst liegenden Wundrand des Darmes mit der Hautwunde zusammenzunähen. Das Kind äusserte bei den Nadelstichen lebhafte Schmerzen. Als ich drei Näthe angelegt hatte, und die Nadel zum vierten Mal einstach, schrie das Kind stark. In demselben Augenblick platzte an der Vorderseite des neugebildeten Afters das Peritonäum und stürzten zwischen Dickdarm und Haut eine Menge Dünndarmschlingen hervor. Von diesem Augenblick an wurde das Kind als verloren betrachtet. Nur mit Mühe gelang es, die Dünndarmschlingen, mit Koth besudelt, in die Unterleibshöhle zurückzubringen und durch rasche Vernähung des vorderen Darmwundrandes mit der Haut zurückzuhalten. So wurde die Afterbildung beendigt, und das trotz der gewaltigen Eingriffe gar nicht so sehr geschwächte Kind der Mutter wieder übergeben. Die Blutung auch bei dieser zweiten Operation war nicht beträchtlich gewesen.

Mittags und Abends, wo ich den Verband selbst besorgte, auch in der Nacht und am andern Morgen wurde jedesmal viel Meconium entleert. Das Kind wollte aber die Brust nicht nehmen. Der Leib wurde voller und gespannter. Am 22. Mittags, 28 Stunden nach der Operation, starb das Kind, ohne dass besondere Zufälle, wie etwa Erbrechen, eingetreten wären.

Die Section wurde 6 Stunden nach erfolgtem Tode gemacht. Aus dem neugebildeten After war die Schleimhaut der vorderen Wand des Dickdarms in Gestalt eines rothen Wulstes hervorgetrieben. Der Unterleib ungemein prall. Derselbe wurde mit einem Kreuzschnitt ausgiebig geöffnet. Sogleich fiel eine Menge Meconium in dem oberen Theil der Unterleibshöhle auf. Es erwies sich, dass dasselbe aus einer Ruptur des Magens hervorgetreten war. Diese Ruptur begann am Blindsackende des Magens und erstreckte sich an der vorderen Wand desselben bis über die Mitte; die Wundränder waren unregelmässig, dünne, mit gangränösen Fetzen, im Uebrigen aber die Magenwandungen nicht auffallend erweicht, selbst die Schleimhaut weder hyperämisch, noch besonders weich. Die vorgefallen gewesenen Dünndarmschlingen stark aufgebläht und entzündet. Die zuletzt reponirte Dünndarmschlinge war zwischen dem vordern Wundrand des Dickdarms und der Haut eingeklemmt, scharf geknickt, so dass das Lumen des Darms vollständig aufgehoben war. Bis zu dieser Knickung ging die Entzündung der oberen Darmpartien und hörte hier mit scharfem Rande auf. Die untere Hälfte des Dünndarms, so wie der Dickdarm zeigten normale Verhältnisse. Der After war an der hinteren Wand des *Colon descendens* nahe über dem Anfang des S romanum angelegt und in guter Beschaffenheit. Nunmehr wurde der letztgenannte Darm bis ins kleine Becken verfolgt, und zu unserm nicht geringen Erstaunen erwies sich, dass der Darm in seiner vollen Weite gerade so weit herunter ging als der Blindsack des Peritonäums. Ich war also mit meinem die Scheere leitenden Zeigefinger bis unmittelbar am Darm gewesen, ja mit dessen Häuten selbst, wie eine Blutinfiltration in den Häuten des Darmes erwies. Also nur eine Linie, ja nur eine halbe Linie höher, und der Darm wäre geöffnet worden!

Ein Beitrag zur näheren Erkenntniss des Chloroforms in chemischer und physiologischer Beziehung.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 7.)

Fall XII. *Pneumonia sinistra.*

Engel, Peter, 62 Jahre alt, Tagelöhner aus Walddorf, wird am 12. Jan. 1851 in das Hospital gebracht. Seit 6 Tagen krank; zuerst Frost und Hitze, dann Kopfschmerz und Stechen auf der Brust mit häufigem Hustenreiz und Auswurf zäher, braunblutiger Sputa. Auswurf schwer löslich und stets von heftigem Husten begleitet. Patient muss immer auf dem Rücken liegen. Seit 4 Tagen keine Oeffnung; hat noch nichts genommen. Puls 30. Resp. 90. Percussion links hinten matter, Respiration sehr leise, etwas weniges Schleimrasseln, aber kein Bronchialblasen. Nach den ersten Inhalationen (am 13. Jan. werden 8 und am 12. Jan. Abends noch 3 Inhalationen gemacht) Schweiss und bedeutende Erleichterung.

13. Jan. Auswurf weniger bräunlich. Kann rechts und links liegen. Urin trübe, aber ohne Sediment. Nach jeder Inhalation mehrstündige Erleichterung, Hustenreiz verschwindet. Acht Inhalationen. *Pulv. laxans.*

14. Jan. Zwei Oeffnungen. Urin bierfarbig, ohne Sediment. Auswurf blutstreifig, bräunlich, in sich noch zähe, auch noch etwas am Glase adhärirend. Brust noch etwas enge, Stechen dagegen ganz ver-

schwunden. Links nur bei tiefer Inspiration noch fernes Schleimrasseln, Ton noch matter. Resp. 28. Puls 78. Sechs Inhalationen.

15. Jan. Viel Husten und Auswurf, wieder etwas zäher, schaumig und mit Blutspuren. Urin mit dickem, grauweissem Sediment. Brust noch enge, nach den Inhalationen immer Erleichterung. Resp. 18. Puls 74. Viel Schweiss; bei dem Aufsitzen im Bett kein Husten. Respiration leise. Links unten grossblasiges Schleimrasseln. Acht Inhalationen.

16. Jan. Eine Oeffnung, Urin hat starkes Sediment. Viel Husten, viel Auswurf; die Nacht war schlecht wegen beständigen, sehr quälenden Hustens. Viel Schweiss. Resp. 26. Puls 72. Links unten zähes Schleimknarren, rechts Respiration frei. Sechs Inhalationen.

17. Jan. Gut geschlafen, drei normale Oeffnungen. Auswurf geringer, ohne Blut und weniger zähe. Resp. 24. Puls 64. Athem tiefer, ruhiger. Violettes Harnsediment. Viel Schweiss. Noch etwas Schmerz links in der Brust, besonders beim Husten. Husten viel geringer. In der ganzen linken Seite noch Schleimknarren, Respiration sehr bedeckt. Sechs Inhalationen.

18. Jan. Wie gestern. Resp. 28. Puls 54. Immer noch Schweiss nach den Inhalationen. Sechs Inhalationen.

19. Jan. Wenig Husten, sehr wenig wässrig schleimiger Auswurf. Bis Nachts 12 Uhr ganz ruhig geschlafen, dann wieder Husten und Bruststechen. Urin ohne Sediment. Links bei tiefer Inspiration noch verbreitetes Knisterrasseln. Sechs Inhalationen.

20. Jan. Nachts ruhig, gut geschlafen, wenig gehustet. Resp. 18. Puls 70. Kein Schmerz mehr. Auswurf gering, wässrig und ganz weiss. Urin hat wieder etwas Sediment. Immer noch etwas Schweiss. Links Respiration nach leiser Exspiration noch gedehnt. Sechs Inhalationen.

21. Jan. Pat. hat gut geschlafen, fühlt sich frei auf der Brust, sitzt meistens im Bett auf und hustet nur noch Morgens etwas mehr. Auswurf weiss, noch etwas copiös, hier und da das Respirationsgeräusch noch durch lautes Schleimknarren unterbrochen. Schweiss geringer. Pat. verlangt aufzustehen. Resp. 16. Puls 68. Aussehen gut. Fünf Inhalationen.

22. Jan. Fast kein Auswurf mehr, Brust frei, kann auf beiden Seiten liegen. Urin noch etwas getrübt, aber ohne abzusetzen. Pat. sagt aus, dass er sich kaum erinnere, so frei und wohl auf der Brust gewesen zu sein. Fühlt sich weder besonders matt noch angegriffen. Starker Appetit, Durst nicht mehr vermehrt. Da manchmal noch etwas Schleimknarren hörbar ist, so werden noch 4 Inhalationen gemacht, jede zu 40 Tropfen 10 Minuten lang — Pat. verlässt das Bett und ist als Reconvalescent zu betrachten. Weder Schwäche, noch Schwindel, noch sonstige Benommenheit des Kopfes beim Aufsein. — Im Ganzen wurden 64 Inhalationen gemacht.

Fall XIII. *Pneumonia duplex.*

Weber, Carl, 24 Jahre alt, Maler aus Homburg, wird am 12. Jan. 1851 in das Hospital gebracht. Pat. ist seit 6 Tagen krank und wurde draussen behandelt mit *Cucurb.* xvj *in lat. dextr.* und *Tart. stib.* Solution. Die Krankheit begann mit Frost und Hitze und Stechen in der Brust, bei jeder Inspiration sehr vermehrt, Husten und Auswurf sehr zäher, blutiger Sputa. Pat. hat nach der letzten *Tart. stib.* Solution, welche am 11. Jan. gereicht worden war, mehrmals Erbrechen und mehrere dünne Stühle gehabt, ohne jedoch irgend welche Erleichterung wahrzunehmen. Das Stechen in der Brust und die Athemnoth nahmen beständig zu. Kopf eingenommen, kein Schlaf, Zunge stark belegt, Geschmack fade, kein Appetit, Schmerz im rechten Thorax (Mitte). Percussion, besonders hinten, ganz matt; im ganzen mittleren Lappen sehr entschieden ausgesprochenes Bronchialblasen, nirgends eine Spur von vesiculärer Respiration, vorn das Bronchialblasen jedoch kaum durchzuhören. Links ist die Respiration ganz frei. Hustenreiz mässig, Husten sehr schmerzhaft, Auswurf ziemlich bedeutend, roth-, rostbraun, noch sehr zähe. Urin trübe, ohne Sediment, Leib frei, seit gestern keine Oeffnung. Resp. 36. Puls 108. Drei Inhalationen.

13. Jan. Keine Oeffnung. Rechts Hepatisation, Pat. fühlt sich leichter auf der Brust, Stechen geringer, Enge noch sehr bedeutend. Die beiden rechten unteren Lappen sind hepatisirt. Husten vermehrt, Auswurf blutig, rostbraun und zähe, mehr wie gestern. Seit 5 Tagen kein Schlaf. Es wurden 9 Inhalationen gemacht.

14. Jan. Abermals nicht geschlafen, viel Husten und heftiges Stechen in der Brust, viel blutig zäher Auswurf, Durst, Unruhe und Hast, keine Oeffnung. Pat. kann wegen Schmerz, Husten und Schwäche bei der Untersuchung nicht allein aufrecht sitzen. Resp. 60. Puls 110. Rechts bis oben (2 Finger breit nur frei) sehr starkes Bronchialblasen, links unten ebenfalls in einem schmalen Streifen Bronchialblasen hörbar. Nach den Inhalationen sehr geringe und wenig anhaltende Erleichterung. *Prognosis pessima!* — In diesem verzweifelten Falle entschloss ich mich nun, da die Krankheit, immer fortschreitend, nun auch die linke Lunge schon ergriffen hatte, und die Ueberzeugung sich mir aufdrängte, dass in diesem Falle Dosis und Menge der Inhalationen zu gering gewesen waren, zur Verdoppelung und wenn nöthig zur Verdreifachung der Inhalationen. Pat. erhält daher *pro dosi* ʒijß Chloroform, und hat von Morgens 9½ Uhr (wo damit begonnen wurde) bis Abends 10 Uhr bereits 20 Inhalationen bestanden. Die Inhalationen wurden öfter mit nur minütlichen Unterbrechungen halbe Stunden lang fortgesetzt, und durch diese Behandlungsweise Abends 10 Uhr folgendes Resultat erzielt: Schon nach den ersten Inhalationen trat mit merklicher Erleichterung ein sehr copiöser Schweiss ein. Jetzt liegt Pat. vollkommen in Schweiss gebadet, Kopf gänzlich frei, nicht im mindesten schwer oder eingenommen. (Pat. hat von Morgens 5¼ bis Abends 10½ Uhr mindestens ℥ijß Chloroform eingeathmet.) Pat. fühlt sich frei und leicht, kann ohne Schmerz tief athmen, und sich aufsetzen ohne zu husten, fühlt auch in den Zwischenzeiten, selbst bei ganz tiefen Inspirationen, kein Stechen mehr in der Brust. Die Sputa werden ohne Anstrengung durch einen kurzen, oberflächlichen Husten leicht entfernt, sind noch sehr blutig, intensiv roth gefärbt, in sich stark cohärirend, aber im Allgemeinen wässriger, eigentlich von der Beschaffenheit und dem Ansehen einer thierischen Gallerte. Ihre Menge beträgt von Morgens 10 bis Abends 11 Uhr circa 6—8 Unzen. Die objectiven Symptome bleiben dagegen gänzlich unverändert auf ihrer beängstigenden Höhe. — Percussion und Auscultation Nachts 11 Uhr. Rechts hinten der ganze Thorax bis zur Lungenspitze vollkommen matt; ebenso links hinten unten handbreit matte Percussion. Rechts hinten im ganzen Thorax heftiges Bronchialblasen, das vorn von unten auf bis zur Thoraxmitte durchgehört werden kann. In der rechten Lungenspitze Schleimrasseln und Blasenplatzen. Rechts nirgends normale Respiration hörbar. Links hinten unten etwa 4 Finger breit Bronchialblasen. Resp. 34. Puls 100. Pat. wird die Nacht hindurch chloroformirt, und zwar so, dass er um 11, 12½ und 2 Uhr je eine Inhalation zu 25 Tropfen macht; Morgens von 6¼ Uhr an werden die Inhalationen alsdann wieder drachmenweise fortgesetzt. Die Nacht war besser, als irgendwie zu erwarten stand. Pat. hat abwechselnd gut geschlafen, fühlt sich freier, Sprache entwickelter und ohne Anstrengung, hat wenig gehustet und gar keinen Brustschmerz gehabt. Lag in beständigem Schweiss, und hat wenige blutige, wässrige, schleimige Sputa ausgeworfen. Resp. 34. Puls 92.

15. Jan. Urin hell, ohne Sediment, Auswurf blutig, schleimig-wässrig, copiöser, sauer riechender Schweiss, kurzer Husten beim Aufsitzen. Von gestern Morgen bis jetzt, 10 Uhr Morgens, sind 25 Inhalationen gemacht worden. Rechts und links Bronchialblasen, vorn oben puerile Respiration. Husten gering; beim Liegen weder Schmerz noch Enge der Brust. Abends *Clysma aperiens* und *Pulv. laxans*, worauf Pat. einen starken halbstündlichen Fieberfrost bekommt.

16. Jan. Eine kothige Oeffnung, Urin trübe, Sputa heller, aber noch zähe in sich. Während der Inhalationen sinkt der Puls bis auf 82. Wenig geschlafen, grosse Mattigkeit. Resp. 40. Puls 83, elend, klein und leicht wegdrückbar. Beim Aufsitzen im Bett jetzt kein Husten mehr. Auscultation wie gestern, nur wenig modificirt. Aussehen blass und sehr angegriffen, bleiche Lippen. Vierzehn Inhalationen.

17. Jan. Eine Oeffnung, gering, Urin hell (noch nie eine Spur von Sediment zeigend). Auswurf hell, ohne Blutspuren, nicht mehr zähe. Resp. 42. Puls 84. Abends plötzlich wieder Schmerz und Stechen in der Brust. Nach den Inhalationen wieder Erleichterung, aber nie gänzliches Verschwinden der Bruststiche. Pat. hat etwas geschlafen und wenig gehustet, Aussehen ziemlich gut. Vorn die Respiration gut, eher pueril. Schweissfriesel über den ganzen Körper. Beim Aufsitzen Respiration kurz, schnarchend und röchelnd, sehr mühsam. Bronchialblasen weniger laut, überhaupt alle Geräusche etwas verdeckter, Husten schmerzhafter. (Pleuritisches Exsudat?) Links ebenso, Athemgeräusch sehr leise mit Schleimrasseln. Zwölf Inhalationen wurden gemacht.

18. Jan. Urin hat zum erstenmale ein violettes Sediment und ist stark getrübt; noch immer reichlicher Schweiss. Auswurf hell, weiss und wenig zähe. Kopf frei, Glieder matt. War Nachts ziemlich ruhig und hat abwechselnd geschlafen. Resp. oberflächlich, 36. Puls 84, mehr gehoben. Aussehen blass (doch auch in gesunden Tagen nicht besonders blühend). Es wurden 21 Inhalationen gemacht. Pat. setzt sich ziemlich rasch allein auf, ohne bei dem Aufsitzen zu husten. Zunge reiner. Links kein Bronchialblasen mehr; Exspiration sehr gedehnt, beim Inspiriren noch Schleimrasseln. Rechts in beiden Lappen von unten auf noch starkes Bronchialblasen und Bronchophonie. Beständig leichter, duftender Schweiss.

19. Jan. Eine Oeffnung; Urin dunkel, mit starkem Sediment. Resp. 28. Puls 84. Sputa gering, fast nur wässrig, wenig Husten, nur beim Husten noch etwas Stechen in der rechten Seite. Pat. hat fast die ganze Nacht hindurch sehr ruhig geschlafen, wenig geschwitzt und kaum gehustet; kein Gefühl von Enge auf der Brust. Percussion noch matt; Respiration links ziemlich gut, rechts unten noch starkes Bronchialblasen, besonders bei der Inspiration. Dreizehn Inhalationen.

20. Jan. Auswurf hell, weiss und wässrig; Urin dunkelfarbig, aber krystallhell. Pat. fühlt sich ganz frei auf der Brust, Kopf ganz frei; setzt sich rasch auf, ohne allen Hustenreiz; weder Stechen auf

der Brust, noch Husten. Resp. 22. Puls 72. Appetit stellt sich ein. Percussion links gut, rechts unten die Percussion weniger matt, links Schleimrasseln und reines Athmen. Rechts unten in der kleineren Hälfte Bronchialblasen noch sehr stark, ebenso Bronchophonie. Pat. hat gut geschlafen und nur wenig geschwitzt; sieht frei aus, Zunge fast ganz rein. Es wurden 10 Inhalationen gemacht.

21. Jan. Hat gut geschlafen; keine Klage mehr. Percussion rechts und links unten, hinten, matt, kein Bronchialblasen mehr hörbar, rechts etwas Knistern. Pat. kann auf beiden Seiten liegen. Urin fast hell, Auswurf ganz weiss und wässrig. Es wurden 11 Inhalationen gemacht. Pat. hat viel Appetit und bekommt Gemüse und Weissbrot zugesetzt.

22. Jan. Eine Oeffnung; Urin trübe, ohne Sediment; Auswurf weiss, schaumig, noch copiös. Resp. 33. Puls 84. Husten ganz gering. Pat. setzt sich rasch auf, ohne Schmerz oder Hustenreiz zu empfinden. Percussion rechts noch matt, ebenso links unten. Rechts unten ist noch zähes Schleimrasseln hörbar. Aussehen und Allgemeinbefinden im Uebrigen recht befriedigend. Zehn Inhalationen.

23. Jan. Urin hell; Auswurf geringer, weiss. Pat. hat die ganze Nacht anhaltend gut geschlafen, fühlt sich frei auf der Brust; weder Schmerz noch Husten; starker Appetit. Acht Inhalationen. Resp. 20. Puls 75. So nimmt das Allgemeinbefinden täglich an Besserung zu, und Pat. ist am 25. Jan. (noch 6 Inhalationen) vollkommen Reconvalescent.

Pat. hat vom 12. bis 25. Jan. (incl.) 142 Inhalationen gemacht, und muss jede Inhalation mindestens zu einer Drachme gerechnet werden, hat folglich in 13 Tagen 142 Drachmen, also 18 ℥ + 6 ʒ Chloroform eingeathmet, ohne irgend welche Nebensymptome oder unangenehme Nachwirkung zu spüren.

Fall XIV. *Pneumonia sinistra.*

Hochhaus, Georg, 39 Jahre alt, aus Hünfeld, Knecht, wird am 16. Jan. 1851 in das Hospital gebracht. Er giebt an, seit drei Tagen krank zu sein, klagt über stechenden Schmerz im linken Thorax, quälenden, schmerzhaften Husten und abwechselnd Frost und Hitze. Aussehen bleich und tief erkrankt, gelblich; Zunge belegt, kein Appetit, Trockenheit im Munde, viel Durst, Husten und schleimig zäher, sehr blutiger Auswurf. Puls 144. Links hinten sehr matte Percussion, ebendaselbst starkes Bronchialblasen, und etwas höher bis unter die Scapula starkes Schleimrasseln. Urin trübe. Pat. ist sehr hinfällig und kleinlaut. Es werden sogleich Chloroform-Inhalationen gemacht. Schon bei der ersten Inhalation bricht ein äusserst reichlicher Schweiss am ganzen Körper aus, ganz besonders im Gesicht. Es rollen beständig grosse Tropfen von Stirn und Wange. Bedeutende Erleichterung, weniger Enge auf der Brust. Pat. athmet tiefer und reichlicher, und findet während des Athmens das Bruststechen ganz verschwunden.

17. Jan. Resp. 25. Puls 96. Links noch Bronchialblasen und Resonanz der Stimme, Resp. leiser, Stechen viel geringer, Husten weniger schmerzhaft, Auswurf noch blutig, rostbraun und sehr zähe, aber sich leichter lösend. Bis jetzt wurden 4 Inhalationen, jede zu ʒj und ¼—½ Stunde lang gemacht.

18. Jan. Keine Oeffnung; viel gehustet, Auswurf noch zähe und bräunlich. Resp. 32. Puls 84. Schmerz geringer, Pat. kann auf beiden Seiten liegen, viel Schweiss, Urin sehr trübe, mit etwas Sediment. Acht Inhalationen. Kein Bronchialblasen mehr, Respiration gedeckt, bei tiefer Inspiration noch sehr zähes Schleimknarren hörbar. Pat. fühlt sich im Allgemeinen besser und freier auf der Brust. Acht Inhalationen.

19. Jan. Resp. 28. Puls 74. Keine Enge der Brust, kein Stechen mehr. Ziemlich gut geschlafen, noch immer viel Schweiss. Ton links unten noch dumpf, Schleimrasseln, Athmungsgeräusch noch etwas verdeckt. Acht Inhalationen.

20. Jan. Urin sehr trübe und satzig. Percussion links noch matt. Resp. 26. Puls 78. Kein Bronchialblasen mehr, Respirationsgeräusch noch leise. Sieben Inhalationen.

21. Jan. Ganz frei auf der Brust, wenig Husten, Auswurf ganz weiss und gering, ohne Husten sich lösend und nur noch sehr wenig zähe. Acht Inhalationen.

22. Jan. Keine Klage mehr; Urin wenig getrübt. Resp. 21. Puls 72. Auswurf hell, wieder etwas zäher und mehr. Wenig Husten, kein Schmerz, Brust nicht mehr enge. Schweiss nach den Inhalationen jetzt etwas geringer, jedoch immer noch eintretend. Percussion weniger matt, Respiration noch leise, von zähem Schleimknarren unterbrochen. Pat. setzt sich rasch auf, ohne zu husten, und empfindet bei ganz tiefen Inspirationen keinen Schmerz mehr. Acht Inhalationen.

23. Jan. Auswurf weiss, noch etwas zähe; Urin dunkelbraun, nicht getrübt. Viel Schweiss, Schweissfriesel auf der Brust. Resp. 20. Puls 72. Acht Inhalationen.

Am 24. Januar noch drei Inhalationen, sodann Schluss derselben. Pat. hat 55 Inhalationen gemacht, und verlässt als Reconvalescent das Bett. —

Was nun die Wirkung des Chloroforms in den vorliegenden Krankheiten betrifft, so sind dieselben zwiefach, und wir wollen dieselben in dynamische und chemische eintheilen. Die dynamische Wirkung des Chloroforms bei Pneumonien ist die das Nerven- und Gefässsystem beruhigende, die chemische dagegen die direct die Blutmischung verändernde Eigenschaft dieses mächtigen Arzneimittels. Die erste Wirkung, die dynamische nämlich, tritt rasch auf, zeigt sich schnell und bringt ihren Einfluss durch die hervorspringenden Symptome wiederholt in Erinnerung. Die zweite dagegen tritt langsam, schrittweise, weniger bemerkt auf, wird aber diesem Mittel seinen Platz in unserem Arzneischatze ewig sichern. Diesen zwei verschiedenen Eigenschaften müssen wir die oft so auffallende Verschiedenheit der sub- und objectiven Symptome zuschreiben. Während uns die physikalische Untersuchung das Individuum am Rande des Grabes erscheinen lässt, so verlangt der Kranke dagegen oft das Bett zu verlassen. Ich spreche hier nicht von den Phantasien narkotisirter Kranken, sondern nur von solchen, die durch die Linderung der Inhalationen beim Aufhören ihrer Schmerzen und Dyspnöe über ihren eigenen Zustand höchst verzeihlich getäuscht sind. So rasch diese dynamischen Wirkungen eintreten, so langsam und stufenweise erscheinen die eigentlichen Heilwirkungen des Chloroforms. Ich will hiermit jedoch keineswegs gesagt haben, dass ich der nervenberuhigenden Wirkung einen Antheil an der Genesung des Kranken absprechen will, gewiss nicht, denn ich bin der festen Ueberzeugung, dass dieselbe zur Heilung sehr wesentlich beiträgt. Dagegen möchte ich jedoch behaupten, dass ohne die chemische, allmälige Umstimmung des Bluts in den meisten und wohl gerade in den gefährlichsten Fällen eine Heilung nicht möglich ist. Das Chloroform bewirkt offenbar, mit dem Capillarsystem der Lungen in Berührung gebracht, einen Schmelzungsprocess in dem stockenden Capillarkreislauf. Die faserstoffigen Anschoppungen, durch welche Ursachen dieselben auch hervorgebracht worden sein mögen, werden durch erhöhte Venosität des Lungencapillarsystems wenigstens in ihrer Entwickelung gestört, in ihrem Fortschreiten aufgehalten. Bei frischen Pneumonien wird es daher nicht zur Hepatisation kommen, und bei schon gesetzten Hepatisationen wird Rückbildung und Expectoration beschleunigt und wesentlich erleichtert. Der ganze chemische Wirkungsprocess des Chloroforms, dieses sauerstofflosen Chlorkohlenwasserstofföls liegt eigentlich sehr auf der flachen Hand. Je venöser das Thier, je südlicher (näher am Aequator) das Clima, desto geringer die Neigung zu Pneumonien, je arterieller und nördlicher, desto grösser der Kohlenstoffverbrauch, desto häufiger die Lungenkrankheiten. Im Süden ist die Leber, im Norden die Lunge die *Pars minoris resistentiae.* Wenn wir daher bei Lungenkrankheiten den Sauerstoffgehalt der Luft künstlich modificiren und eine reichlichere Wasserbildung im Blut veranlassen, so verfahren wir gewissermaassen ebenso, als wenn wir einen mit einer Lungenentzündung befallenen Lappländer aus seiner sauerstoffreichen Luft entfernten und zur Heilung in die wasserdampfgesättigte, an Sauerstoff ärmere heisse Zone übersiedeln würden. — Wie sehr das Chloroform die ganze Blutmasse umzuändern im Stande ist, sehen wir an den Sectionen der durch Chloroform Verunglückten und den Vivisectionen der durch Chloroform tief narkotisirten Thiere. Wir finden hier überall auch in den Arterien ein mehr venöses zu Coagulationen weniger geneigtes, dunkeles Blut. Ebenso wenn wir frisches arterielles Blut mit Chloroformgas schütteln. Die Quantität des zu inhalirenden Chloroforms muss daher durch die Intensität, Ausbreitung und Stufe der Krankheit bestimmt werden. Eine pneumonische Anschoppung verlangt weniger wie eine Hepatisation. In keinem Falle wird es aber nöthig sein, bei dem Gebrauche des Chloroforms in Entzündungen den bekannten antiphlogistischen Heilapparat zu entfalten. Sollte dies nöthig erscheinen, so ist gewiss jedesmal die Quantität des inhalirten Chloroforms zu gering gewesen. Der Vergleich ist nicht ganz unrichtig, wenn ich sage, wir haben früher das Feuer gelöscht, indem wir den Stoff vermindert, quasi das Holz weggehauen haben, während wir jetzt um zu löschen geradezu nur Wasser in das Feuer schütten und gerade deshalb uns eben so gut jetzt mit der Quantität des Wassers nach der Intensität des Feuers richten müssen, wie wir früher bei gefürchteten Pneumonien eine Venäsection nach der anderen und einen Schnitt grösser wie den anderen gemacht haben. — Dass ferner das Chloroform von entschiedenem Einfluss bei dieser Krankheit ist, und nicht etwa, wie bei den Wiener Pneumonien statistischen Andenkens, die hier angeführten Fälle ohne Kunsthülfe und trotz den Chloroform-Inhalationen dennoch *Deo adjuvante* geheilt sind, ich sage, dass dieses nicht glaublich erscheinen darf, beweist die Symptomatologie der so ganz von der Norm abweichenden rückschreitenden Metamorphose. Der Krankheitsverlauf ist in allen vorliegenden Fällen ein ganz anderer, verschieden und wenig übereinstimmend mit den Heilsymptomen nach Anwendung des antiphlogistischen Apparats, abweichend und kürzer als der Weg zur Heilung bei nicht behandelten oder ganz vernachlässigten Lungenentzündungen. — Die Rückbil-

dung ist eine ganz allmälige, indem die objectiven Symptome allmälig ihre Intensität verlieren und endlich ganz verschwinden. *Sputa cocta* giebt es bei der Behandlung mit Chloroform nicht. Meistens behalten die Sputa einen Theil ihres zähen, glasigen Charakters bis zu ihrem Verschwinden und die Quantität nimmt ebenso ab. Schnell verschwindet das Blut aus dem Auswurf, der, wenn bedeutende Quantitäten Chloroform inhalirt wurden, auch bald einen mehr wässerigen Charakter annimmt. In der Regel verschwindet der Hustenreiz mit dem Blut im Auswurf, und sobald das Blut aus den Sputis verschwunden ist, geht die Rückbildung, und besonders die subjectiv wahrgenommene Erleichterung langsamer von Statten, als dies im Anfang nach den ersten 10—20 Inhalationen zu bemerken war. Am längsten bleiben die Rasselgeräusche und bei Pleuropneumonien die matte Percussion und verdeckte Respiration, und es möchte in letzterem Falle nicht unmöglich sein, dass bei Chloroform-Behandlung der Exsudativprocess der Pleuritis eher befördert als aufgehoben oder verlangsamt werden könnte, wenigstens ist gewiss, dass die Chloroformbehandlung diesem Ausgang der Pleuraentzündungen nicht hemmend in den Weg tritt. — Auch die durch solche Ergüsse im *Cavum pleurae* bedingte Oppression wird durch die Inhalation gehoben und eine gleiche Disharmonie der subjectiven und objectiven Symptome hervorgebracht, ganz ebenso wie bei den noch nicht im Hepatisationsstadium oder bereits in dem Schmelzungsprocesse angelangten Pneumonieu. Eine sehr zu beachtende und höchst merkwürdige Wirkung des Chloroforms bei Pneumonien ist das oft ziemlich rasche und bleibende Sinken der Pulsfrequenz und Athemzüge. Ein Zeichen der Mächtigkeit des Mittels und seines tiefen Eindringens in den Organismus. Das heftigste Fieber wird oft in ganz kurzer Zeit von einem schönen, weichen, wellenförmig ruhigen Schweisspuls verdrängt. Dieser Kraft verdankt das Chloroform seine sehr bedeutende schweisstreibende Eigenschaft. Hatten wir trockene Haut, fanden Durst, Hitze, Puls von 130—40 härtlich und grosse Unruhe, so ist das ganze Krankheitsbild nach 10—20 Inhalationen in so totaler Veränderung, wie bei der grössten Entfaltung des antiphlogistischen Heilapparats niemals erreicht werden kann. Ebenso wird mit dem Sinken der Pulsfrequenz meistens die so quälende Schlaflosigkeit beseitigt. Ziemlich im Einklang mit den sehr profusen Chloroformschweissen stehen die bald und oft auftretenden harnsauren Urinsedimente, und eine reichere Erfahrung wird lehren, ob der Heilprocess in seiner Dauer im Verhältniss steht zu der Häufigkeit und Quantität dieser (kritischen?) Ausscheidungen; eine Frage, die um so nothwendiger beantwortet werden muss, weil dann die physiologische Entzifferung der Lungenentzündung einen nicht unbedeutenden Anhaltspunkt erworben hätte. — Ueberhaupt sind die Erfahrungen bis jetzt noch zu unbedeutend, als dass ohne vorzugreifen mehr gesagt werden kann, aber mit gutem Gewissen und vollem Rechte darf ein Mittel, das seine grosse Heilkraft wie seine Unschädlichkeit bei vorsichtigem Gebrauch so glänzend gerechtfertigt hat, der gewissenhaften Prüfung und allgemeinen Aufmerksamkeit auf das wärmste empfohlen werden. Dass Missgriffe geschehen, kann ebensowenig verhütet werden, als es den nächsten Jahren noch nicht gelingen wird, den Chloroform-Enthusiasmus in die vernünftigen Schranken zu zwängen, und wir werden noch in unserem Jahrzehnt, wie bei dem Erscheinen jedes grossen Mittels, die Ritter der Wahlsprüche: *„mehercle sedat non excitat“* und *„mehercle excitat non sedat“* die noch immer nicht verrosteten Waffen schwingen sehen.

Die äusserliche Anwendung des Chloroforms, hauptsächlich als schmerzstillendes und beruhigendes Mittel, findet mit Recht in solcher Ausdehnung statt, dass von einer Indication bei einzelnen Krankheitserscheinungen nicht mehr die Rede sein kann. Chloroform äusserlich angewendet ist ein Mittel gegen den Schmerz, und es ist ziemlich einerlei, durch welche Ursachen derselbe entstanden ist. Ich habe Chloroform-Cataplasmen gegen den Schmerz in den verschiedensten Krankheiten mit dem besten Erfolge angewandt. Meine Anwendungsweise ist folgende. Ich nehme etwas Baumwolle, je nach der Grösse des Aufschlags mehr oder weniger, drehe dieselbe so fest als möglich zusammen, und giesse nun auf die festgedrehte Baumwolle das Chloroform; dieses befeuchtete Stück lege ich nun zwischen zwei Lappen Baumwolle, und diese auf den entblössten Körper, indem ich alsdann den ganzen Aufschlag mit einer fest aufliegenden graduirten Compresse bedecken lasse. Der Aufschlag bleibt nun so, je nach der Intensität des Schmerzes, längere oder kürzere Zeit liegen. Nach meinen Versuchen ist dies die beste Art, um die Haut längere Zeit mit dem Chloroformgas in Berührung zu halten, ohne dass ihre Structur darunter leidet. Das Chloroformgas haftet ganz unglaublich lange und fest in der Baumwolle, was aus folgendem Versuch, den ich oft genug wiederholt habe, hervorgeht. Schüttet man auf ein Stück fest gedrehter Baumwolle 1—2 Drachmen Chloroform, wickelt solches in einen gehörig grossen Lappen lockerer Baumwolle ein und lässt die Baumwolle sodann ganz unbedeckt ½ Stunde lang in freier Luft liegen, so ist man im Stande, nach dieser Zeit mit derselben Baumwolle noch bis zur Narkose zu chloroformiren. Schüttet man dagegen das Chloroform auf Tuch, Leinwand, Schwamm etc., so verdunstet es rasch in wenigen Minuten. — Auf obige Art kann man daher kranke Gelenke, z. B. rheumatisch geschwollene Hände, stundenlang einem Chloroformdunstbad aussetzen, ohne die Haut im Geringsten zu benachtheiligen. Man behauptet zwar gewöhnlich und mit grosser Sicherheit, dass reines Chloroform äusserlich angewandt die Haut nicht benachtheilige, und dass Röthe, Erythem, Phlyktänen, Eruption, Ecchymosen etc. sogar Zeichen der Anwendung eines unreinen Präparates seien; dem ist aber nicht also. Absolut reines Chloroform längere Zeit mit der Haut in Berührung gebracht, bildet ausgebreitete und empfindliche rothe Flecken in der Haut, welche vollkommene Extravasate sind; die Hautcapillaren sind geplatzt und der rothe Flecken schwindet erst nach vielen Tagen, oft erst nach Wochen unter den bekannten Farbenveränderungen, bedingt durch den Zersetzungsprocess des ausgetretenen Blutes. Diesen Flecken kann man schnell und leicht hervorbringen, wenn man 1 bis 2 Drachmen reines Chloroform auf fest gedrehte Baumwolle tropft, diese unmittelbar auf die Haut legt und mit einem Tuch bedeckt, nun stundenlang liegen lässt. Die Sugillationen entstehen oft schon nach einer Stunde, und auf dem ganzen Flecken löst sich die Epidermis von selbst ab, ohne sich jedoch vorher in einer Blase erhoben zu haben. Dies ist ein sehr leicht erklärlicher Process, denn nach kurzer Zeit, schon nach einer Viertelstunde, ist das reinste Chloroform, auf diese Art mit der feuchtwarmen Haut in Berührung gebracht, so total in Zersetzung begriffen, dass wir ein schlechteres Präparat von vornherein nicht wohl hätten anwenden können. Ganz etwas Anderes ist dies bei freiem Aufgiessen von Chloroform auf die Haut, wo reines Chloroform niemals eine Spur von Structurveränderungen hinterlassen darf. Beim Einfüllen grösserer Quantitäten reinen Chloroforms habe ich mir aus Unvorsichtigkeit schon oft ziemliche Dosen über die Hände gegossen, ohne etwas Besonderes zu empfinden. Geschah dies aber mit einem unreinen Präparat, so blieb an der benetzten Stelle, die leicht schmerzte, allemal ein leicht weisslicher, mehlthauartiger, übrigens mit Wasser entfernbarer Fleck zurück. Die kaustische Eigenschaft des Chloroforms kann daher nicht unbedingt als Unterscheidungsmittel des schlechten Chloroforms vom guten angenommen werden. — Aber nicht allein als schmerzstillendes Mittel kann das Chloroform äusserlich nach meiner Methode angewandt werden, sondern es wird sich auch mit der Zeit noch einen sehr bedeutenden Ruf durch Heilung und Zertheilung der verschiedensten Geschwülste erwerben. Gelenksteifigkeiten, alte rheumatische und arthritische Ablagerungen können bei äusserer und fortgesetzter Anwendung des Chloroforms theils geheilt, theils schmerzlos gemacht und mehr modificirt werden, als dies bei irgend einem andern Mittel je der Fall war.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.

Von

Dr. Theodor Clemens,

prakt. Arzt und Assistenz-Arzt daselbst.

Perityphlitis mit Zellgewebs-Verjauchung, durch einen Kothstein im *Proc. vermiformis* bedingt.

Schmitt, Joseph, 27 Jahre alt, Schneider, schlank und gracil gebaut, tritt am 28. Novbr. 1850 in das Hospital. Er giebt an, schon 4 Tage krank gewesen zu sein. Die Krankheit fing mit Schmerz und Stechen in der Ileocöcalgegend an, wobei etwas Hartleibigkeit. Pat. hat eine ziemlich starke Dosis *Magnes. sulf.* genommen, worauf 5 bis 6 Abweichen erfolgten. Statt Erleichterung trat aber hierauf der Schmerz mit solcher Intensität auf, dass Pat. Hülfe im Hospital suchte. Pat. sieht angegriffen und tiefer erkrankt aus. Kopf frei, Zunge belegt, Geschmack süsslich, weder Uebelkeit noch Erbrechen zugegen. Kein Husten, Brust frei. Wegen dem permanenten Schmerz im rechten Abdomen, seit 2 Nächten gänzliche Schlaflosigkeit. Puls 84. Pat. weiss keine Erkrankungsursache anzugeben. Bei tiefem Druck wird der Schmerz sehr vermehrt und zeigt eine sehr genau abgegrenzte Localisation. Es werden sogleich 12 Hirud. gesetzt und Leinsaamen-Cataplasmata gemacht.

29. Nov. Schmerz nach den Blutegeln nicht geringer, Leib im Allgemeinen weicher. In der Gegend der Klappe eine härtliche Stelle. Puls 88; klein. *Calomel* gr. xij, *Sacch.* ℥ij, divid. in XII., täglich 4 Pulver.

30. Nov. Pat. hat eine Oeffnung gehabt, Zunge belegt, Schmerz

und Stechen jetzt höher hinauf verbreitet. *Ung. Hydrarg. ciner.* 3β zum Einreiben. — Trotz den Einreibungen und wiederholten localen Blutentziehungen und abermaligen Calomelgaben mit Opium bleibt die Geschwulst stehen und nimmt am 5 — 7. Decbr. so an Umfang zu, dass nach oben, vorne und hinten bis in die Gegend des Diaphragma die Haut geröthet und gegen Druck sehr empfindlich ist. Das Fieber steigert sich von Tag zu Tage, die Stühle werden häufiger, dünner, grosse Hitze und sehr vermehrter Durst mit zeitweisem Irrreden.

Am 7. Dec. fühlt man deutlich hinten auf dem Rücken zwischen der *Crista ilei* und dem untersten Rippenrand auf der Höhe der Geschwulst, welche sich jetzt mehr nach hinten gezogen hat, grossblasiges Emphysem.

8. Dec. Pat. schläft wenig und ist Nachts meistens irre; Kopfweh und Schwindel, hat 3 dünne Oeffnungen gehabt. Urin trüb. Schmerz im Leib heftig und permanent. Puls 108, klein. Auf der Höhe der Geschwulst am Rücken zwischen unterstem Rippenrand und *Crista oss. ilei* wird eine Incision gemacht, welche jedoch trotz ihrer Tiefe (1") keinen Eiter entleert. Nach den Rippen zu dringt die Sonde circa 2½" weit flach in einen unterhöhlten Raum zwischen Haut und Muskeln. Gegen Abend entleert die Incisionswunde einige Drachmen sehr stinkender Jauche.

9. Dec. Bei fortgesetzter Lagerung auf dem Rücken hat sich in der Nacht circa ein Schoppen gangränöser sehr heftig stinkender Jauche durch die Schnittwunde entleert. Keine Erleichterung, Zunge trocken, viel Durst, grosse Schwäche, 5 dünne Stühle, Urin hell, Puls 96, klein.

Ebenso geht am nächsten und den folgenden Tagen viel dünne Jauche, gemischt mit Fetzen gangränösen Zellgewebes durch die klaffende Schnittwunde ab. Die Wunde wird durch Charpie offen gehalten, hat übrigens gar keine Neigung zu verkleben. Die klaffenden Ränder sind wulstig, bläulich livide gefärbt und zeigen keine Fleischgranulation. Die Behandlungsweise ist von jetzt an eine rein roborirende. *Decoct. Peruv. c. Op. et Spirit. sulf. aether.* — Rothwein, Fleisch, Eier und Fleischbrühen. — Der Ausfluss aus der Wunde wird immer copiöser und stinkender, und am 14. Dec. wird zum ersten Male bemerkt, dass sich mit der Jauche grosse Luftblasen durch die Incisionswunde entfernen. Zunge immer trocken, Puls 100 — 108. Die Oeffnung besteht meistens aus ganz normal gebildetem Koth ohne Spur von Eiter; ebenso ist in der ausgeflossenen Jauche niemals eine Kothspur bemerkbar. — Manchmal verstopft sich die Wunde und bleibt dann 24 Stunden und länger trocken, indem erst nach Entfernung des verstopfenden Zellgewebspfropfes dann die zurückgehaltene Jauche mit unerträglichem Gestank hervorspringt.

Am 22. Dec. entleerte sich durch den Wundkanal eine circa 3 Unzen schwere Muskelaponeurose. Das Fieber steht nicht im Verhältniss zu den profusen jauchigen Aussonderungen, sondern der Puls hält sich immer auf einer mässigen Höhe. Ebenso bleibt der Appetit gut. Schmerz ist abwechselnd und in der rechten Seite herumziehend. — So bleibt der traurige hoffnungslose Zustand des Pat. bis zum 29. Dec., wo Abends der erste Schüttelfrost eintritt und sich täglich 1 und 2 Mal wiederholt. *Febris hectica* und Resorptionsfieber lösen sich gegenseitig ab und der Kranke hat keinen fieberfreien Augenblick mehr. Collapsus tritt ein, Appetit schwindet, Ausfluss aus den Wunden in den letzten Tagen geringer. Drei Tage vor dem Tode entleert Pat. mit dem Husten stinkende gangränöse Sputa in ziemlich bedeutender Menge. Am 13. Jan. Abends 7¼ Uhr macht endlich der Tod der Trauerscene ein Ende.

Section, 14. Jan. Morgens 10 Uhr. — Sehr abgemagerter schlanker Körper, geringe Todtenstarre, fortgeschrittene Fäulniss. — Gehirn blass, ziemlich fest, sonst normal in allen seinen Theilen. — Linke Lunge mit der Costal-Pleura ziemlich stark verwachsen, ödematöse Infiltrationen in der Lungenpleura. Das Parenchym durchgängig ödematös. Die Schnittflächen lassen kein Blut fahren. Im unteren Lappen ein eigrosser gangränös zerflossener Lungeninfarct, in dessen Umgegend noch einige kleine faserstoffige Hepatisationen in deren Umgebung das Lungengewebe hyperämisch erscheint. Rechte Lunge gleichfalls ödematös, doch weniger als die linke. Im unteren Lappen mehrere gangränöse Stellen, welche durch die Lungenpleura durchscheinen, und in Folge ihrer Anlagerung an die Thoraxwand, Rippenpleura und Muskelpolster tief gangränös brandig imbibirt haben. Im Pericardium etwas helles, gelblich weisses Serum, Herz welk und blass, sonst gesund. Bei Oeffnung des Abdomens zeigen sich alle Darmschlingen gesund, nirgends eine Spur von Entzündung oder deren Producten. Der *Processus vermiformis* ist perforirt, ohne dass jedoch Koth ausgetreten wäre. Auf der Perforationsstelle, welche sich circa in der Mitte desselben befindet, liegt ein ausgetretener Kothstein von der Grösse eines Spatzeneis, die Umgegend ist gangränös imbibirt und die Stelle, wo der Stein ausgetreten ist, nach oben und unten aufgewulstet, so dass das Lumen des Processus dadurch verengert worden ist. — Ueberhaupt sind die Häute des Processus im Allgemeinen verdickt. In der ganzen Umgebung des Processus sind die Muskeln mit gangränöser Jauche tief imbibirt und die drei unteren Rippen cariös und geblättert, sie brechen bei dem geringsten Druck wie dürre Tannensplitter. Der Eitergang geht rechts neben der Wirbelsäule hinauf in die Tiefe, sodann hinter dem Diaphragma vorbei und verliert sich in den Muskeln des Thorax; das Diaphragma ist nicht perforirt, doch könnte möglicherweise eine Communication durch feine Fistelgänge mit dem *Cavum pleurae* bestanden haben. Der untere Lungenlappen war nirgends angelöthet ausser ganz leicht an einer gangränös imbibirten Stelle der rechten seitlichen Thoraxwand. Die Leber zeigt an ihrer unteren Fläche, besonders der *Lobulus Spigelii*, gangränöse Imbibition; auf der ganzen rechten Seite keine Spur von interstitiellem Zellgewebe, die Muskeln liegen bloss und theilweise angefressen nebeneinander. Die Haut des rechten Rückens überall sehr leicht lösbar. Ebenso ist die rechte Niere an ihrer ganzen Convexität gangränös imbibirt. — Milz fest und gesund, ebenso das Pancreas und der Magen.

Der Verlauf dieser durch einen ausgetretenen Kothstein entstandenen Perityphlitis bietet so viele ähnliche Punkte mit einer in diesen Blättern früher mitgetheilten Krankengeschichte [1]), dass ich nicht umhin kann, auf dieselbe zu verweisen. Dort war kein fremder Körper nachzuweisen und der Processus vollkommen gesund, dessenungeachtet waren Symptome, Verlauf und Ausgang fast vollkommen gleich. Dort wurde eine Communication des geöffneten Abscesses mit dem rechten *Cavum pleurae* nachgewiesen, und der Luftaustritt aus der Wunde war mithin erklärt; hier waren die mit dem *Cavum pleurae* communicirenden Fistelgänge nicht aufzufinden, doch haben sie sicher existirt, keinenfalls aber schon zu der Zeit, wo das erste Emphysem fühlbar gewesen ist. Mithin muss in beiden Fällen doch wohl Luftbildung im Abscess angenommen werden, und es möchte vielleicht der Fall sein, dass Abscesse in der Nähe des Abdomen durch endosmotische Imbibition des Darminhalts mehr zu Luftbildung neigen, indem ihr Eiter rascher der Zersetzung unterworfen sein muss und dem Fäulnissprocess schneller unterliegt. Darmgase, wenn sie nicht in zu grossen Mengen sich anhäufen, werden in gesunden Tagen gewiss oft resorbirt und assimilirt. Das Blut, freilich hierdurch oft sehr verunreinigt, wird deshalb den Unterleibsdrüsen zugeführt, welche es reinigen, und hier mag die Leber wohl eine Hauptrolle spielen. Der in keinem Secretionsorgan so reiche Kohlen- und Wasserstoffgehalt (der Galle) deutet schon auf einen ganz eigenthümlichen Zweck des Pfortaderkreislaufs. Jedenfalls möchte das Verhältniss der Galle zu dem Verdauungsprocess ein höchst untergeordnetes sein, und die Leberfunction mit Placenta und Lunge auf derselben Stufe des Stoffwechsels stehen. — Auch in dem vorliegenden Falle blieb die Entzündung und der Schmelzungsprocess auf das Zellgewebe beschränkt, und allein secundär wurden einzelne Muskeln und mit dem gangränösen Zellgewebe in Berührung gekommene Organe durch die Jauche oberflächlich corrodirt. Der Ausgang war hier insofern von dem schon angeführten Falle verschieden, als hier Pyämie und metastatische Gangrän der linken Lunge auftrat und den letzten Lebensfunken löschte. Bemerkenswerth war noch, dass in demselben Lungenlappen, wo sich der gangränös zerflossene Lungeninfarct befand, sich auch andere, jedenfalls neuere Infarcte zeigten, die ganz den Charakter faserstoffiger Hepatisation darboten und noch nicht mit in den Schmelzungsprocess hineingezogen waren; doch bedarf es, glaube ich, keiner Frage, dass bei längerer Dauer der Krankheit diese hepatisirten Stellen dasselbe Bild dargeboten hätten, wie der bereits schon gangränös zerflossene Lungenabscess, der die Sputa der beiden letzten Tage zur Folge hatte.

Drei Fälle von Hydrorrhachis.

Von

Dr. Brunhoff in Kaldenkirchen.

Fall I. Catharina Berthen, 30 Jahre alt, Bäuerin aus Leuth, von mehr schwammigem wie musculösem Körperbau, gedunsenem, rothem Gesicht. Anfangs April erkrankte dieselbe plötzlich, nachdem sie bei schlechter Witterung längere Zeit in der Kirche gestanden. Auf heftige Frostschauder, besonders im Rücken, verbunden mit ziehenden Schmerzen in Armen, Beinen und Schultern, folgte Steifigkeit des Rükkens, rasch zunehmende Lähmung der Unterextremitäten mit vermindertem Gefühl, Taubsein und Kälte in denselben. B. konnte weder stehen, noch die Beine, wenn sie sass, vom Boden erheben. Hiezu gesellten sich in aufsteigender Ordnung ein Gefühl von Spannung um den Leib, beginnende Lähmung des Afters und der Blase, zunehmende Schwäche in den Armen, Lähmung des oberen Augenlides linker Seite, endlich lallende Sprache, Trübung des Gesichts, Verschlechterung des Gehörs, Abnahme des Gedächtnisses. Aus dem benachbarten Venlo (Holland)

[1]) Perityphlitis mit Zellgewebs-Verjauchung. S. „deutsche Klinik" 1850. No. 47.

wurde ein Arzt zu Rathe gezogen, welcher 24 Cucurb. längs der Wirbelsäule, eine Fontanelle auf derselben applicirte und innerlich schweisstreibende Mittel verordnete. Nach der Blutentziehung verloren sich die Schmerzen und die Steifigkeit im Rücken bedeutend, die übrigen Erscheinungen entwickelten sich jedoch immer mehr. Die Brüder des Mädchens consultirten den Arzt noch mehrere Male und brachten Arzneien aus Venlo mit, welche jedoch keine Veränderung hervorbrachten. Das Uebel hatte schon über 3 Wochen so bestanden, als ich hinzugezogen wurde. Ich fand die Kranke nicht besonders in der Ernährung gestört; Appetit und Schlaf waren gut. Das Krankenexamen ergab, dass die Patientin schon häufig an Erkältung und Flüssen (Rheuma) gelitten, dass sie stets starke Fussschweisse gehabt deshalb meist Holzschuhe und doppelte Socken getragen, bei jenem Kirchengange jedoch Schuhe, und weil diese etwas enge gewesen, ein Paar dünnere Strümpfe angezogen; dass sie in der Kirche sehr kalte Füsse und gleich darauf Frösteln am ganzen Körper verspürt habe. Die Fussschweisse sistirten seit dieser Zeit gänzlich. — Die Lähmung der Beine beim Aufrechtsitzen total; bei der Rückenlage können dieselben etwas rotirt werden; das Gefühl derselben geschwächt, die Musculatur erschlafft; Abmagerung. Oedem an den Füssen, Oedem längs der Wirbelsäule; an derselben keine schmerzende Stelle. Oft tropfenweises Abfliessen des Urins; unvollkommenes Zurückhalten der Fäces. Die Arme weniger stark afficirt; Herabhängen des oberen Augenlides linker Seite; dabei leidet Gehör, Sprache, Gesicht (am wenigsten) und Gedächtniss in bemerkbarer Weise. Schmerzen sind nirgend mehr vorhanden. Die Kranke klagt meist nur über Schwere, Machtlosigkeit und Kälte in den Beinen. Unterdrückung der Menses nicht vorhanden, dagegen Verminderung der Urinsecretion. — Diagnose *Hydrorrhachis acuta rheumatica*.

Ich liess (am 28. April) zwei Vesicatorien auf der Wirbelsäule appliciren, welche in Eiterung blieben. Innerlich gab ich *Kali hydrojodicum* (ʒj) in *Infus. flor. Arnicae* (ʒij) ℥vj, *Vini stibiat.* ʒiij, *Spir. sulph. aeth.* ʒj, *Syr. Zingib.* ℥j — alle 2 Stunden 1 Esslöffel. Dabei liess ich eine Veratrinsalbe längs der Wirbelsäule einreiben (gr. xv–xx auf ℥j, später ℥β); endlich ein scharfes Fussbad. — Schon nach einigen Stunden brach ein allgemeiner Schweiss aus, der sich wochenlang erhielt. Nach etwa 14tägiger Behandlung in dieser Weise schwand die Schwäche des Gehörs, der Augen, der Augenlider, der Zunge, des Gedächtnisses; die Arme kehrten zu ihrer früheren Stärke allmälig zurück; Vermehrung des Wärmegefühls und der Sensibilität in den Beinen; allmäliges Schwinden des Oedems an Füssen und Wirbelsäule, täglich kräftigeres Functioniren der Blase und des Afters, besonders, wie mir schien, als ich noch *Extr. nuc. vomic. spir.* gr. x zu obiger Mixtur hinzugefügt. — Schwere, Eingeschlafensein und Kälte in den Beinen, das Oedem an der Wirbelsäule hielten sich am längsten, doch konnte Patientin schon Ende Mai mit einem Stocke durch die Stuben (freilich mehr rutschend) und Mitte Juni schon ohne irgend eine Unterstützung, doch mit etwas ausgespreizten Beinen, gehen, wobei sich gleichzeitig eine allgemeine Furunkeleruption einstellte. Ende Juni fühlte sich die Kranke soweit hergestellt, dass sie sich der Behandlung entzog. (Schluss folgt.)

Miscellen.

Pemphigus acutus menstrualis.

Von

Dr. Susemihl,
praktischem Arzt in Wolgast.

Therese T., ein Mädchen von 18 Jahren, von gesunden Eltern geboren, nach deren Aussage dieselbe in ihrer Kindheit nie an irgend einer Krankheit gelitten, bekam in ihrem 16. Jahre zuerst heftige Menstrualmolimina, welche die Mutter auf die Vermuthung brachten, dass bei ihrer Tochter die Menstruation eintreten würde. Dies geschah jedoch nicht, vielmehr entwickelte sich plötzlich in der Nacht ein Blasenausschlag unter heftigen Respirations- und Schlingbeschwerden. Seitdem hat sich dies Uebel während 2 Jahren, mit zweimaliger Unterbrechung von ¼ Jahr, fast regelmässig alle 4 Wochen wiederholt, wobei die Menstruation sich aber immer nicht einstellte. Vor einem halben Jahre sah ich Patientin zuerst, und bald erkannte ich, dass sie chlorotisch sei, und dass der Ausschlag nichts Anderes als ein *Pemphigus acutus* war.

Das Exanthem erscheint stets in der Nacht, und zwar gewöhnlich zwischen 12 und 1 Uhr. In der Regel gehen einige Tage lang Vorläufer gastrischen Anstrichs, denen sich hernach Menstrualmolimina, namentlich heftiges Kreuzweh, hinzugesellen, voraus, verschwinden jedoch mit dem Ausbruch des Exanthems und machen nun eigenthümlichen krampfhaften Erscheinungen Platz. Patientin klagt dann über eine furchtbare innere Angst, über Schling- und so heftige Respirationsbeschwerden, dass sie oft der Erstickung nahe zu sein scheint. Die Stimme ist mitunter fast aphonisch, der Puls sehr beschleunigt und krampfhaft contrahirt; heftiges Kopfweh, Uebelkeit und Appetitlosigkeit sind lästige Begleiter. Mit der vollständigen Entwickelung der Blasen legen sich die die Eruption begleitenden allgemeinen Erscheinungen fast ganz, und nur eine allgemeine Abgeschlagenheit dauert noch einige Tage hindurch.

Der Ausschlag befällt in der Regel nur den Hals, die Brust und Oberbauchgegend, so wie die Arme, selten ist er an den Unterextremitäten erschienen. An diesen Stellen entsteht plötzlich ein Gefühl von Brennen und Stechen in der Haut, diese röthet sich und nach wenigen Minuten erfolgt der Ausbruch der Blasen, die von der Grösse einer Linse bis zu der eines Gänseeies und darüber mit unglaublicher Schnelligkeit emporwachsen. Das heftige Brennen in der Haut dauert fort und legt sich erst nach Entleerung der Blasen, die gewöhnlich öfter entleert werden müssen, da sie sich bald zum zweiten Male füllen. Läuft von der aus den Blasen gelassenen Flüssigkeit etwas über die gesunde Haut und wird nicht sogleich fortgewischt, so entstehen meistens daselbst ähnliche Blasen. Merkwürdiger Weise beobachtete ich einmal, dass die Schwester der Patientin, von dieser Flüssigkeit am Halse bespritzt, nach wenigen Minuten dieselben Blasen unter heftigem brennendem Schmerze und Rothwerden der bespritzten Hautstelle bekam. Später habe ich bei mir dasselbe hervorzurufen versucht, aber ohne Erfolg. Impfversuche habe ich nicht angestellt, doch könnte die bei der Schwester der Th. beobachtete Erscheinung die Möglichkeit einer Verbreitung des Exanthems durch Impfung wohl annehmen lassen, obgleich dieser Versuch von Husson, Martin u. A. vergebens gemacht worden ist. — Sind die Blasen nach Entleerung der Flüssigkeit endlich zusammengefallen, so bleiben dünne lamellöse Grinde zurück, nach deren Abfallen nur wenige Tage hindurch eine unbedeutende Entfärbung der Haut die Stelle anzeigt, wo das Exanthem bestanden.

Was nun den specifischen Ursprung des Pemphigus und seinen Zusammenhang mit anderen Krankheitsprocessen betrifft, so ist derselbe ja überall noch in ein grosses Dunkel gehüllt, dennoch glaube ich in Bezug auf den besprochenen Fall nicht zu irren, wenn ich ein ursächliches Verhältniss voraussetze zwischen dem Leiden der Hämatopoëse — nämlich der Hydrämie — und der hierdurch bedingten menstrualen Acrinie einerseits, und dieser eigenthümlichen Hautkrankheit andererseits. So nämlich, dass die letztere eine vicarirende Erscheinung für die mangelnde Menstruation abgiebt, worauf namentlich das periodisch gleichmässige Auftreten in Begleitung von Menstrualmoliminibus hinzudeuten scheint.

Demgemäss habe ich meine Behandlung eingerichtet und der Patientin verordnet innerlich: *Ferrum sulph.* mit *Extr. Myrrhae* und *Galbanum*, äusserlich einige Tage vor dem zu erwartenden Ausbruche des Pemphigus warme Sitzbäder. Nachdem diese Mittel längere Zeit angewendet worden waren, erschienen in Begleitung von Menstrualmoliminibus die Menses, ohne das geringste Symptom des früheren Leidens.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 27. Januar 1851.

Hr. Leubuscher hält seinen angekündigten Vortrag über psychische Epidemien:

Das Jahr 1848 ist beschuldigt worden, einen besonderen Einfluss auf Erzeugung politischer Wahnsinnsformen gehabt zu haben. Damerow hat diese Frage besonders bearbeitet und verneint, indem er einmal eine Zunahme von Seelenstörungen in seiner Provinz überhaupt nicht wahrgenommen hat, ausserdem aber weder von religiösen noch politischen Bewegungen eine besondere Form des Wahnsinns hat resultiren sehen. Hr. Leubuscher stellt den Satz auf, dass der Inhalt der Vorstellungen eines Menschen uns kein Recht gebe, diesen für wahnsinnig zu halten. Jetzt würden wir einen Chemiker, der den Stein der Weisen sucht, um Gold zu machen, einen Menschen, der den Himmel offen und mit Engeln bevölkert sieht, für wahnsinnig halten; in früheren Jahrhunderten sei dies nicht der Fall gewesen. Diese Folgen von Vorstellungen gehören zu den psychischen Epidemien, seien aber nicht Wahnsinn. Wenn aber der Inhalt der Vorstellungen, Gefühle und Bestrebungen eines Menschen in dem Resultat der Vergleichung mit der früheren Eigenthümlichkeit des Menschen, mit Rücksicht auf den Bildungszustand, wie er durch die Stellung in seiner Zeit und die Zeit selbst bedingt wird, den Wahnsinn nicht constituirt, so muss man ein

anderes Kriterium suchen, und dieses findet Hr. L. in dem unrichtigen Verhältniss der einzelnen Vorstellungen eines Menschen zu einander. Psychische Epidemie ist eine sich sympathisch auf eine grössere Menge von Menschen fortpflanzende psychische Erregung; sie entsteht, wenn ein grosser Gedanke den Ideengang ganzer Völker zu einem bestimmten, vielleicht an und für sich werthlosen Ziele hintreibt, aber eben deswegen ist es falsch, wenn wir jetzt, nachdem wir manche Vorurtheile abgeschüttelt haben, den Ideengang früherer Jahrhunderte verurtheilen und die ihm Folgenden wahnsinnig nennen wollen. — Einer jeden Epidemie gehen gewisse Vorboten voraus, welche ein allgemeines Ergriffensein der Bevölkerung nach einer gewissen Richtung hin wahrnehmen lassen; ebenso gehen ähnliche Zeitideen grösseren psychischen Thätigkeitsäusserungen voraus, die in Einzelnen zur Krankheit werden. Schon lange vor 1848 hat Hr. L. ein an Nymphomanie leidendes Mädchen gesehen, welches den Gedanken einer communen Ehe, ähnlich dem französischen Phalanstère, ausspann und gewiss nie ein socialistisches Buch gesehen hatte. So kann man also Wahnsinnige, die gewisse politische oder religiöse Aeusserungen mit in ihr Geschwätz einmischen, nicht für politisch oder religiös wahnsinnig halten; weit eher findet man Wahnsinnige, die durch Politik oder Religion in ihren Zustand gekommen sind und **niemals** von diesen Dingen reden. Hr. L. will daher die Form des politischen Wahnsinns überhaupt nur in sehr beschränktem Maasse gelten lassen, und hält es für unzulässig, aus dem Inhalt der Wahnvorstellungen eine Eintheilung für die Wahnsinnsformen herzunehmen, weil man sonst einen Wahnsinn aus Liebe, Ehrgeiz, Stolz etc., auch, wie **Damerow** spöttisch sagt, einen Separationswahnsinn annehmen müsste. — Der Wahnsinn ist immer ein individueller, und wenn eine gewisse Richtung sich als Wahnsinn produciren soll, so muss in dem Einzelnen eine Disposition vorhanden gewesen sein, welche durch jene zum Wahnsinn ausgebildet wird. Im einzelnen Fall haben wir also die Verpflichtung, den Einfluss jener Zeitrichtung auf den einzelnen Wahnsinnigen nachzuweisen. Auf der andern Seite kann ein von Einzelnen ausgehender Wahnsinn epidemisch werden (Epidemien von Krämpfen und Dämonomanie in Nonnenklöstern). Der Begriff Krankheit und psychischer Epidemie darf nicht verwirrt werden. Man erschrickt vor dem Gedanken, Tausende als wahnsinnig zu bezeichnen, und doch ist dieses vorgekommen, z. B. in den Kinderkreuzzügen, welche Hr. L. für eine psychisch contagiöse Krankheit erklärte; es ist hier die Aufgabe des Mediciners, nachzuweisen, wie in dem Einzelnen eine Krankheit aus solcher Epidemie werden konnte, eine Aufgabe, welche theils dadurch schwer wird, dass Wahnsinnige zu Zeiten für grosse Männer gehalten wurden, und grosse Männer durch den Irrthum und Aberglauben ihrer Zeit für wahnsinnig verschrieen wurden, dass häufig Betrug oder Speculationsgeist socialen Wahnsinn simulirt haben, wie dieses von **Jessen** den Jansenisten vorgeworfen ist. Hr. L. hält aber daran fest, dass, wenn im **einzigen** Fall die wirkliche Ansteckung durch einen solchen Betrüger veranlasst worden ist, der Irrenarzt immer das Recht habe, die ganze Richtung in die krankmachenden Anlässe einzureihen.

Hr. **Liman** stellt eine in forensischer Beziehung wichtige Zwitterbildung vor. Ein wohlgebildetes Kind zeigt unterhalb des Penis eine offene Rinne, welche tiefer eindrang, aber sondirt keinen Urin ausfliessen liess. In den Labien waren Hoden nicht wahrzunehmen, doch ist später ein Hoden herabgetreten. Hr. **Liman** giebt eine Uebersicht der bisher beobachteten Zwitterbildungen, woraus hervorgeht, dass beiderlei Geschlechtstheile mit beiderlei Function gar nicht vorkommen, beiderlei Geschlechtstheile mit einerlei Function äusserst selten, und die meisten Fälle nur einerlei innere Sexualorgane und eine Nachbildung des andern Geschlechts in den äusseren Genitalien nachweisen. Von letzteren sind die Mehrzahl männlich mit simulirten weiblichen Genitalien. Hr. **Liman** theilte einzelne interessante Fälle mit.

Hieran anknüpfend erwähnt Hr. H. W. **Berend** eines von ihm an einer angeborenen-Verschliessung des Anus operirten hermaphroditischen Kindes, bei welchem sich zugleich Hypospadie und die höchst seltene Anomalie einer Communication der Harnblase mit dem Uterus vorfand. Das Genauere über diesen merkwürdigen Fall, sowie die Vorzeigung des Präparates verspricht Hr. B. für eine der nächsten Sitzungen.

Hr. **Birkner** trägt hierauf einen Aufsatz vor, dessen Inhalt etwa folgender ist:

Verschiedene Systeme in der Heilkunde sind aufgestellt werden. Die Lehren der Therapie sind dem Wechsel unterworfen. Die neuen Forschungen sind bisher ohne grossen Einfluss auf das Handeln des heilensollenden Arztes gewesen, und unsere Therapie ist unvollständig und theilweise unbrauchbar. — Das Criterium der Heilwirksamkeit eines Mittels war bisher die frühere oder spätere Genesung. Sowohl specifische Mittel, wie die nach physiologischen Grundsätzen als evacuirende, derivirende u. s. w. mussten ihren Werth wieder einbüssen. Ein anderer Wegweiser aus dem Labyrinthe von widersprechenden Ansichten ist aufzusuchen. Diesen bietet die Beobachtung des ungestörten Verlaufes der Natur in Krankheiten. — Die Naturheilkraft wirkt seit Jahrtausenden. Die Krankheit — der Ausdruck für eine von der Norm abweichende Richtung der Kräfte und Functionen des Lebens — hat ihre Selbstständigkeit und ihr Gesetz. Die Naturheilkraft ist keine besondere Kraft, sondern bezeichnet den physiologischen Process in der ungestört sich entwickelnden und genesenden Krankheit. Sie wirkt als Selbstheilung. — Das Streben des Organismus geht in den mit und in Veränderung eines organischen Bestandtheiles bestehenden Krankheiten auf Bildung von Producten. Die Producte sind oft mit der Krankheit selbst von dem Arzte und dem Physiologen verwechselt worden. Die meisten Krankheiten sind schon als solche erkannt, welche ungeachtet der verschiedensten Heilmittel ihren Verlauf und ihre Phasen ungestört vollenden. — Dies muss den Arzt misstrauisch gegen die Lehren der Schule machen. Seine Ansichten können sich nur durch Beobachtung der Naturheilung läutern, welche Krankheits- und künstliche Symptome scheidet, die Probe den Heilregeln und Heilstoffen abnimmt und die Verbindung zwischen den medicinischen Secten herstellen wird. — Zu dem Zwecke rufe ich die Sympathie der einzelnen Collegen an und beantrage, dass Selbstheilungen von Krankheiten einen Sammelplatz in irgend einem Journale finden mögen.

Der Secretair der Gesellschaft: **Krieger.**

Cholera.

Münster. Im hiesigen Garnisonlazareth ist am 9. Jan. d. J. ein Krankenwärter an der Cholera innerhalb 12 Stunden gestorben. Anderweite **gewisse** Cholerafälle aber sind bis jetzt, den 5. Febr., nicht vorgekommen.

In **Lippstadt**, Reg.-Bez. Arnsberg, hat die Cholera, welche vom 23. Aug. bis 12. Decbr. v. J. geherrscht hat, überhaupt 518 Personen ergriffen, von denen 134 gestorben und 384 genesen sind.

Correspondenz.

Zütphen. Es besteht seit ungefähr zwei Jahren in den Niederlanden ein Verein von Aerzten, welcher die Förderung der Collegialität, sowie die der Interessen des ärztlichen Standes und die gemeinschaftliche Bearbeitung wissenschaftlicher Gegenstände bezweckt. — Dieser Verein hat in den grösseren Städten des Landes und in den Kreisbezirken Abtheilungen, deren es jetzt schon 32 giebt, während der ganze Verein 900 Mitglieder zählt. — Nicht nur in den Abtheilungen finden monatlich oder öfter Versammlungen statt, sondern es wird jährlich auch eine General-Versammlung gehalten, welche zunächst aus der Hauptdirection des Vereins und den Deputirten der Abtheilungen besteht, auf der aber jedem Mitgliede des Vereins der Zutritt und das Recht das Wort zu führen zusteht. In der General-Versammlung werden die allgemeinen Interessen des Vereins, somit die der Profession abgehandelt, gleichzeitig aber in den Sitzungen der Abtheilungen und in den Sectionssitzungen wissenschaftliche Mittheilungen gemacht. Der Verein giebt seit 1. Januar v. J. eine Monatsschrift heraus, welche ausser den Akten des Vereins bisher bloss Originalaufsätze enthält.

Sonnabend, № 9. 1. März 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Einige Bemerkungen über die Tuberkulose, mit Beziehung auf die von Henle und Reinhardt neuerdings aufgestellten Ansichten.

Von

Dr. Heidenhain in Marienwerder.

Ueber den hohen Werth, den die neueren pathologisch-anatomischen Forschungen für die bessere Erkenntniss der Krankheitsprocesse gehabt, wird unter Allen, denen es um Begründung einer echt wissenschaftlichen Medicin zu thun, kaum eine Divergenz der Ansichten zu finden sein, nur über die Verwerthungsweise dessen, was durch Secirmesser, Mikroskop und chemisches Reagens dem beobachtenden Auge erschlossen wird, gehen die Meinungen häufig noch gar sehr auseinander. Die mangelhafte Auffassung der anatomischen Ergebnisse in *ihren Beziehungen* zu den Krankheitsprocessen, deren Glied sie sind, mit einem Worte, die vernachlässigte physiologische Verarbeitung hat die Ausbeute für eine klarere Einsicht in viele pathologische Vorgänge auf ein viel geringeres Maass herabgesetzt, als nach dem Gewichte der gefundenen Thatsachen zu erwarten war. Ja die gar zu grosse Neigung, in die Resultate des Leichenbefundes allein den Schwerpunkt aller Beobachtung zu legen, dort alle Aufschlüsse zu suchen, hat zu jenen anatomischen Ontologien geführt, die eben so die richtige Einsicht trüben, wie die der älteren Pathologen. Der Fehlgriff, vom Leichentisch und dem Objectträger des Mikroskops aus die Krankheitsprocesse zu construiren, ohne eine gehörige Würdigung des, was die Beobachtung am Krankenbette lehrt, dieser Fehlgriff wird gar zu häufig angetroffen und vorzugsweise bei denen, die der Wissenschaft unendlich viel geleistet, so lange sie auf dem ihnen heimischen Gebiet der anatomischen Forschung blieben, aber häufig Verwirrung angerichtet haben, sobald sie glaubten, aus den Erscheinungen im Tode das kranke Leben erklären zu können, ohne im Besitze der einzigen Brücke zu sein, welche die natürliche Verbindung für beide Gebiete bildet: eine genaue Beobachtung und eine reiche, sorgfältig gesammelte Erfahrung am Krankenbette.

Diese Gedanken, die einer bestimmten modernen Richtung gegenüber, welche in dem pathologischen Anatomen und Mikroskopiker allein schon den vollendeten Pathologen und Arzt sieht, nicht oft genug ausgesprochen werden können, sind mit erneueter Lebhaftigkeit in mir theils durch das hervorgerufen, was Henle in seiner allgemeinen Pathologie auf Grund mikroskopischer Forschungen über die Tuberkulose ausgesprochen, theils aber auch durch eine in vieler Beziehung sehr treffliche Arbeit von Reinhardt im 2. Heft der Charité-Annalen über denselben Gegenstand. Bei völliger Aufrechthaltung der von ihnen gegebenen anatomischen Grundlagen glauben wir doch bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Beobachtung am Krankenbette bedenkliche Zweifel gegen die von ihnen gezogenen Schlüsse erheben zu müssen, und halten das um so mehr für Pflicht, je leichter der Name der Forscher ihren Ansichten verbreiteten Eingang zu schaffen geeignet ist.

Nach den übereinstimmenden mikroskopischen Untersuchungen Rokitansky's, J. Vogel's, Lebert's u. A. sind wir berechtigt, den Tuberkel zur Unterscheidung von anderen, in der oberflächlichen äusseren Form ähnlichen pseudoplastischen Producten dadurch zu unterscheiden, dass wir denselben als faserstoffiges (albuminöses) durch besondere Starrheit und Trockenheit und eine sehr geringe Entwickelung und Entwickelungsfähigkeit seiner Formelemente sich charakterisirendes Exsudat bezeichnen [1]). Die ausgezeichnet sorgsamen Untersuchungen von Lebert haben dargethan, dass ausser einer allgemeinen, erstarrenden hyalinen Bindesubstanz kein höheres Formelement sich in

[1]) Reinhardt's ganz abweichende Ansichten berühren wir erst später.

Feuilleton.

Medicinal- und Universitäts-Reform.

Eine Recapitulation

von

Dr. Göschen.

I.

Indem ich das Wort Medicinal-Reform niederschreibe, fällt mir unwillkürlich ein altes deutsches Sprüchwort ein, und dazu der Gedanke, dass, wenn alle guten Sprüchwörter immer wahr redeten und jenes mit ihnen, die Aerzte Preussens nothwendig einer Art von Eldorado entgegengingen. Das, was mir einfiel, lautete nämlich: „Was lange währt, währt gut." Lange währt es nun schon mit der Medicinal-Reform, dass es gut gewährt haben möge, wenn endlich nach so langem Kreissen das Kind geboren wird, will ich hoffen und bescheide mich gern, dass statt eines Eldorado nur eine recht verständig eingerichtete Medicinal-Gesetzgebung den ärztlichen Stand befriedigt, gehöre indess, wie ich nicht leugnen kann, für jetzt noch zu denen, die ein so glückliches Ende bezweifeln. Mir ist es immer so erschienen, als müsse gerade in Preussen eine Reform des Medicinalwesens weniger schwierig als anderswo sein, und das aus dem einfachen Grunde, weil es schon einmal das Schauspiel erlebt hatte, dass aus einem ziemlich wüsten Chaos ein zusammenhängendes Ganze, ein Complex von Institutionen und Gesetzen geschaffen wurde, die man von dem Standpunkte der damaligen Zeit aus gewiss musterhaft nennen konnte. Und das Alles verdankte man vorzugsweise dem durchgreifenden, energischen Handeln eines Mannes, der mit dem festen Willen, etwas Reelles zu schaffen, ans Werk ging und im Verlauf vor der Schwierigkeit nicht zurücktrat. Die Zeit ist nicht ausgeblieben, wo Rust und seine Schöpfung vielfache, zum Theil äusserst leidenschaftliche Angriffe erfuhren. Man vergass, dass mittlerweile das Jahrhundert 20 Jahr älter geworden war, dass sich die Zeitverhältnisse mehr geändert hatten, als es früher in der doppelten Zahl Jahre wohl geschah, man liess ausser Acht, dass es eine schwere Anforderung an einen Mann war, der über das auch Greis geworden, selbst die reformatorische Hand an die Schöpfung zu legen, die vorzugsweise den Stolz seines Lebens ausmachte. Hätte man das Alles bedacht und damit zusammengehalten noch die anderweitigen grossen Verdienste Rust's, man würde zum mindesten milder geurtheilt und bei dem Beginn der Reformkrise seine Person mehr aus dem Spiele gelassen haben. Ich aber verhehle mir nicht, dass uns, um wieder zu einem raschen Ziel auf dem nothwendigen Wege naturgemässer Neuerungen zu kommen, nichts mehr gefehlt hat, als ein energischer, willens- und thatkräftiger Mann,

den Tuberkeln findet, als Körnchen, die Elementarkerne Henle's und theilweise mit Körnern besetzte Kügelchen von sphärischer, unregelmässig runder, zuweilen eckiger Form und gelblicher Farbe. Diese Kügelchen betrachtet Lebert als den Tuberkeln eigenthümlich, Henle dagegen nimmt sie, weil sie auch in anderen Blastemen sich finden, mit unter seine Elementarkörperchen auf. Höhere Elementargebilde, wie die cytoiden Körperchen, Kerne und Kernzellen finden sich in den Tuberkeln gar nicht, oder doch so selten, dass sie zu den ausnahmsweise hinzukommenden Bestandtheilen zu rechnen sind. Es gilt dies gleich sehr von dem grauen wie dem gelben, dem einfach faserstoffigen und croupös faserstoffigen Tuberkel (Rokitansky), die wir im Widerspruche mit früheren Ansichten heute nicht mehr als verschiedene Entwickelungsstufen desselben Exsudats, sondern als verschiedene, wenn auch nicht selten gleichzeitig miteinander auftretende Formen anzusehen berechtigt sind.

Für unseren Zweck lassen wir hier die etwanige Verschiedenheit der bisher, wie es scheint, nicht immer mit Grund getrennten Tuberkelformen unberücksichtigt, und beschränken uns auf den Tuberkel im Allgemeinen, ziehen aber, wie dies fast immer geschieht, den Lungentuberkel vorzugsweise als den wichtigsten und häufigsten um so mehr in den Mittelpunkt unserer Betrachtung, als gerade er es ist, an dessen näherer Durchforschung auch Henle und Reinhard ihre neueren Ansichten anlehnen.

Henle hat nun ausser den obengenannten Formelementen und Resten von Lungenfasersubstanz in den Lungentuberkeln als der Erste nach dem Vorgange Rainey's, die Membran der Lungenzellen, in denen die Tuberkeln eben so ihren Sitz haben, als in den schmalen, kaum als trennende Scheidewände der Lungenzellen zu betrachtenden Interstitien, in den Tuberkel mit eingehend gefunden. „Sie (die Zellenmembran) umgiebt nach ihm, als eine helle, structurlose Hülle, die körnigen Elemente, und erstreckt sich in Form unvollkommener Scheidewände zwischen die Körnermassen, sie erschwert die Vertheilung der Körperchen im Wasser, und nur wenn Essigsäure dieselbe löst, bleibt sie unverletzt gefaltet auf dem Objectträger; sie unterscheidet sich von der Membran gesunder Lungenbläschen durch das Fehlen der Kerne und Blutgefässverzweigungen, — sie ist vollständig gefäss- und blutleer — nekrotisch.

Diese auch von Virchow bestätigte Anämie, Nekrose der Lungenläppchen, ist es, auf welche Henle das grösste Gewicht legt, sie ist ihm der Ausgangspunkt seiner Betrachtung über die Tuberkulose. Er stellt zuvörderst die Frage hin: ist der blutleere nekrotische Zustand der Lungenläppchen das Primäre, und somit die Tuberkulose das Product eines weiteren localen Processes, oder ist sie secundär, bedingt durch den Druck des tuberkulösen Exsudats, das nach gewöhnlicher Annahme aus dyskrasischem Zustande hervorgeht. — Die letztere sehr einfach sich darbietende Annahme ist für Henle zu einfach und humoralpathologisch.

Ehe wir nun verfolgen, wie er selbst uns eine mehr in die Tiefe gehende solidarpathologische Ansicht giebt und begründet, mag mir eine kurze Bemerkung gestattet sein.

Es ist in der letzten Zeit immer mehr Mode geworden, jeden Versuch, pathologische Processe und Neubildungen auf Anomalien des Blutes zurückzuführen, mit vornehmem Lächeln als der Humoralpathologie angehörig und deshalb als falsch zurückzuweisen. Der Grund davon liegt ein Mal darin, dass die physikalischen und chemischen Untersuchungen des Blutes uns für die aus den Vorgängen abgeleiteten dyskrasischen Verhältnisse zur Zeit noch nicht genügenden Anhalt und Aufklärung geben, andererseits glaubt man retrograd zu sein, wenn man anerkennt, dass den humoralpathologischen Ansichten eines Franziscus de la Boë Sylvius, Huxham u. A. etwas Wahres zu Grunde liegt. Diese letzte Art der Opponenten kann man ruhig ertragen, mit den Gegnern der ersten Art muss man den bisherigen mangelhaften Standpunkt unserer Untersuchungsmittel beklagen, ohne doch deshalb den, wie wenig auch erkannten Blutanomalien ihre Bedeutung abzusprechen. — Die Syphilis in ihren höheren secundären Graden sieht Jeder unweigerlich als Dyskrasie an, und wo sind die rechtfertigenden chemischen Data für diese Ansicht? Auch ich bin weit entfernt, ein einseitiger Anhänger der Humoralpathologie zu sein, ja noch mehr, ich kenne weder eine Humoral-, noch eine Solidarpathologie, weil ich gewohnt bin, die Krankheit nicht als eine einseitige Veränderung irgend eines physiologischen Factors, sondern als einen zusammengesetzten, im steten Flusse begriffenen Process zu betrachten, in ihr ein Leiden aller in den Process eingehenden Factoren zu sehen; bei solcher Auffassung kann es sich stets nur darum handeln, den Ausgangspunkt des Leidens aufzufinden; diesen glaube ich freilich viel häufiger in allgemeinen, als in örtlichen Bedingungen suchen zu müssen, zumal wenn letztere nicht unzweifelhaft vorliegen. Das ist nun eine andere sehr wichtige Seite der Controverse, ob man ein Allgemeinleiden oder nur ein rein locales vor sich habe, deren richtige Entscheidung in vielen Fällen, und so auch in dem unseren von wesentlicher Bedeutung für die Praxis ist.

So sagt auch Henle, zu dem wir jetzt zurückkehren, dass aus der Annahme einer Dyskrasie in der Tuberkulose die gleichzeitige Entwickelung der Tuberkeln in verschiedenen Organen als aus gemeinsamer Quelle sich leicht begreifen liesse. „Indessen“, fügt er hinzu, „ist die Lungentuberkulose viel häufiger, als man gewöhnlich zugesteht, eine locale Krankheit auf die Lungen oder höchstens auf Lungen und Darm beschränkt“, und die Darmtuberkeln, die später erscheinen, sind ihm die Folgen der ersteren, oder wie man sich ausdrückt, secundär. Den Beweis für diese Behauptung bleibt Henle schuldig, denn aus der häufig bloss localen Begrenzung der Tuberkeln in den Lungen lässt sich der Beweis für die rein locale Natur der Krankheit schwerlich ableiten, da man mit eben so grossem Recht darin nur den localen Ausdruck eines Allgemeinleidens sehen kann.

Doch gehen wir weiter. Henle giebt zu, dass bei der primären Verödung der Gefässe in der nekrotisirten Lungenzellenmembran nicht die Ursache der Ablagerung gesucht werden könne; dies wird man nicht nur zugeben, sondern sogar leicht einsehen, dass eine solche Ablagerung gar nicht zu Stande kommen könne, wenn die Obturation der Gefässe vorangegangen. Wir werden uns vielmehr der Ansicht von Schröder van der Kolk und Rainey anschliessen, die den Druck des Tuberkelexsudats auf die Gefässe als die Ursache ihrer Verschliessung ansehen. Der Gegengrund Henle's, dass in der Hepatisation der Lungen die Zellenmembran nicht nekrotisire trotz des massenhaften Exsudats, wird dadurch entkräftet, dass das pneumonische Exsudat viel weniger starr, von Serum durchtränkt, ja sehr bald umspült und von der Membran losgelöst war. Aber wir kommen jetzt zu demjenigen Punkte, der mir der wichtigste in der ganzen Argumentation

---

der die Sache, gleich Rust, in die Hand nahm. Hätten wir ihn gehabt, die Medicinal-Reform wäre längst gesichert, und dass er sich in dem grossen Preussen nicht gefunden, ist um so mehr zu verwundern, als das verleitende Beispiel eines siegreichen Reformators bereits vor Augen lag. Rust hat sich insofern überlebt, als er bereits Jahre lang vor seinem Tode wesentlich an Einfluss verlor. Je mehr das im Publicum verlautete, um so lebhafter suchte man das Gouvernement auf den Pfad der Reform zu drängen, da man in Rust das Haupthinderniss zu sehen gewohnt war. Von dieser Zeit der Klagen über so Manches, was drückend auf dem ärztlichen Stande Preussens lastete, der Klagen über die unnatürliche Trennung des ärztlichen Civil- und Militärwesens, die um so weniger zu entschuldigen, als bei dem Lehrcursus auf das, was etwa einen Unterschied zwischen beiden begründen konnte, so gut wie gar keine Rücksicht genommen wurde; der Klagen über die Nachtheile, die den Aerzten erwuchsen aus einem immer weiter um sich greifenden Hermaphroditen-Geschlecht, über die unzweckmässige Einrichtung des Prüfungswesens, über die schiefe Stellung, in die die medicinischen Facultäten zu den Prüfungs-Commissionen gerathen, und die dahin führte, dass letztere die höchsten Ehren, die jene zu verleihen vermochten, schmälerten oder wohl ganz vernichteten, ich sage, von dieser Zeit der vielfachen und gerechtfertigten Klagen datire ich den Beginn der Reform-Angelegenheit noch nicht, wenn ich sage, sie hat lange gewährt. Es waren das Vorläufer, die einer jeden durch die Natur gebotenen neuen Entwickelung vorherzugehen pflegen, es waren die nothgedrungenen Stossseufzer eines Standes, der sich in der altmodisch gewordenen Amtstracht nach gerade höchst ungewöhnlich und unbequem fühlte. Als nun aber im Jahre 1840 Herr Eichhorn das Ministerium des Cultus übernahm und es eine seiner ersten Aufgaben sein liess, thatsächlich zur Verwirklichung der Medicinal-Reform zu schreiten, so war es dadurch an höchster Stelle amtlich ausgesprochen, dass ein Bedürfniss dazu vorhanden, und der ärztliche Stand hatte demzufolge ein Recht, weiter und weiter die Verwirklichung zu betreiben. Noch lebte die schöpferische Kraft Eichhorn's auf einem anderen Gebiete des Staatslebens in zu guter Erinnerung, als dass man sich nicht viel von ihm hätte versprechen sollen, als Er unsere Sache in die Hand nahm, und so war denn in der That, als zuerst davon etwas verlautete, die Freude und Befriedigung unter den Aerzten gross. Man sollte indess bald abgekühlt werden durch die Maassregeln, die Seitens des Ministeriums beliebt wurden. An die obersten Provinzial-Medicinal-Behörden erging die Aufforderung, Gutachten über die Verhältnisse des ärztlichen Standes in ihrem Kreise einzureichen, auch wohl ein oder den andern bewährten Arzt, der nicht gleichzeitig Beamter war, zu ähnlichen Aeusserungen zu veranlassen. Das ist, so sagte man sich kleinlaut, gewiss nicht der Weg, um rasch zum Ziel zu kommen. Denke man sich nur die Stösse beschriebenen Papiers, die da eingehen werden, jeder die Sa-

Henle's zu sein scheint. „Vieles", sagt er (Handb. d. rat. Path. Bd. 2. S. 792), „was über die Aetiologie, die Symptome und die Resultate der Therapie ermittelt wurde, deutet darauf hin, dass eine Schwäche und Unvollkommenheit der Athembewegung den ersten Grund zur Erkrankung der Lungen lege, die durch deprimirende Einflüsse aller Art gefördert, durch Uebung und Stärkung des Körpers, Ausdehnung der Brust mittelst reizender Einathmung etc. verhütet und aufgehoben wird; allerdings gehöre eine gewisse Anlage dazu, wenn die schwächenden Potenzen jene Wirkung hervorbringen sollen, aber wenn man aus der meist erblichen Anlage einen humoralen Ursprung herleiten wolle, so sei dies irrig, weil die Bildungs- und Bewegungsweise des Brustkastens, der Lungen und Athemmuskeln eben so durch die Zeugung bestimmt werde, wie die Form des Gesichts und die Art, dasselbe zu bewegen." — Wir sehen, dass Henle auf die Schwäche und Unvollkommenheit der Athembewegung ein grosses Gewicht legt, und in der That, nimmt man ihm diese, so fällt seine ganze Pathogenie der Tuberkulose zusammen.

Zuvörderst muss es vom Standpunkte der Beobachtung bestritten werden, dass Schwäche und Unvollkommenheit der Athembewegung so häufig als erstes Moment der Lungentuberkulose angetroffen werden; denn wo man derartig Leidende über Schwierigkeiten beim Athmen klagen hört, sind die Lungen bereits in Folge schleichender und unmerklich verlaufener Abweichungen im Ernährungsprocess mit zahlreichen Tuberkeln durchsäet, andererseits sieht man Menschen, die bis dahin sehr kräftig athmeten, sangen, tanzten, ritten, in die Lungentuberkulose verfallen.

Ausserdem hat Henle auffallenderweise ganz übersehen, dass Zustände, die mit notorisch schwachen und unvollkommenen Athembewegungen verbunden sind, erfahrungsgemäss die Tuberkulose ausschliessen. Man denke nur an die Herzkranken, an solche, die vom Lungenemphysem befallen, und an die Kyphotischen. Bisher hat man die Immunität solcher Kranken von der Tuberkulose auf die durch jene Zustände bedingte unvollkommene Blutbereitung im beschränkten Athmungsprocesse, also auf eine eigenthümliche Krase bezogen. Wie manches Ungewisse auch in dieser Annahme liegt, so scheint die an einer anderen Stelle (a. a. O. S. 795.) von Henle beiläufig ausgesprochene Hypothese über die Immunität der Buckligen, die auch diese Erscheinung rein auf den Mechanismus zurückführt, mindestens nicht besser als die humorale. Die Immunität Herzkranker und Emphysematischer lässt nicht ein Mal eine mechanische Erklärungsweise zu. Ja es ist gerade ein dem Emphysem ähnlicher Zustand, wie Rokitansky bemerkt, und nicht eine einfache Stärkung der Lungen, den man durch jene reizenden und nachhaltig anstrengenden Einathmungen hervorrufen will, die man Tuberkulösen verordnet — und wenn daher Henle aus diesen Mitteln sich zu seiner Schwächetheorie berechtigt glaubt, so möchte sie keine unangreifbare sein. — Wir erinnern ferner an die Chlorotischen, bei denen eine grosse Schwäche des Athmungsmechanismus und der Bluteirculation in den Lungen fast Regel ist, und dennoch die Lungentuberkulose verhältnissmässig selten zur Entwicklung kommt.

Henle führt unter den ätiologischen Momenten deprimirende Einflüsse, namentlich anhaltende niederschlagende Gemüthsbewegungen als solche an, die einen bedeutenden Antheil an der Entwicklung der Tuberkulose haben; wir gehen das zu, aber wir können uns mit der einfachen Annahme einer statthabenden deprimirenden Einwirkung und daraus herzuleitenden allgemeinen und örtlichen Schwäche nicht zufrieden stellen, sondern glauben, um klarer zu sehen, auf eine etwas nähere Analyse der Momente eingehen zu müssen, durch welche jene deprimirenden Einflüsse die angegebene Wirkung hervorbringen. Da finden wir denn, dass anhaltend deprimirende Gemüthsaffectionen überhaupt die Erzeugung pseudoplastischer Productionen begünstigen, zumal den Krebs in den verschiedensten Organen. Wer wollte nun wohl behaupten, dass dies auf rein mechanischem Wege geschehe, dass nur, wie Henle annimmt, eine durch die alterirten Nerven veranlasste Zusammenziehung der Gefässe es sei, die jene Exsudate mit ihrer bestimmten Entwickelungsweise veranlasse, dass auch da die Theile in Folge der Gefässverstopfung durch das auf obige mechanische Weise in seiner Circulation behinderte gerinnende Blut zuerst nekrotisirten, wie das bei den Lungenzellen angegeben wird. Wir kennen allerdings den näheren Hergang nicht, durch welchen die Alteration des Nervensystems jene bösartigen Folgen herbeiführe, aber so viel wissen wir, dass er ein anderer sein muss, als der eben angedeutete, und dass Veränderungen des Blutes dabei nicht ausgeschlossen werden können.

Die Lungentuberkulose entwickelt sich sehr häufig zur Zeit eines raschen Wachsthums und der oft schnell vor sich gehenden körperlichen Entwickelung im Allgemeinen, und zwar weil mit diesen Vorgängen deprimirende schwächende Einflüsse verbunden sind. Fragen wir nun, worin diese bestehen, so finden wir, dass ein zu schneller Verbrauch des Ernährungsmaterials, des Blutes in den Vordergrund tritt, dass in diesem Alter nicht selten Ausschweifungen gleich sehr durch Säfteverlust wie durch Ueberreizung des Nervensystems ein Allgemeinleiden bedingen, unter dessen Einfluss sich das örtliche Uebel entwickelt.

Was die von Henle berührte Erblichkeit betrifft, so stimmen wir ihm vollständig darin bei, dass sie nicht berechtigt, einen humoralen Ursprung allein anzunehmen, dass durch sie vielmehr eben so gut die Art der Athmungsbewegungen, wie die der Gesichtszüge bestimmt werden könne; aber man kann auch darin noch weiter gehen und ihren Einfluss bis auf die weniger oberflächlichen inneren Vorgänge der Ernährung ausdehnen, denn die Aehnlichkeit dieser kann es doch am Ende nur sein, welche die Aehnlichkeit bestimmter Theile bedingt, die häufig auch nicht von vorne herein, sondern erst in einem gewissen Alter hervortreten. Wenn das nun für die plastischen Vorgänge des gesunden Lebens angenommen werden kann, warum dann nicht auch für die pathologischen? Dass aber hierbei nicht die mechanischen Momente allein mitwirken, dass auch in den Säften individuelle Eigenthümlichkeiten sich geltend machen können, kann, wenn auch nicht bestimmt nachgewiesen, doch eben so wenig bestritten werden.

Aber ausser den bisher angeführten Bedenken stellen sich der Henle'schen Theorie noch andere nicht minder wichtige entgegen.

Die Schwäche der Athembewegung veranlasst nach Henle eine geringere Ausdehnung der Lungenzellen; dadurch einerseits, wie durch verengernden Einfluss der Nerven andererseits, wird die Circulation in den Gefässchen behindert, verlangsamt, eine Verlangsamung, die noch dadurch unterstützt wird, dass die schwache Athembewegung zugleich auch die Energie des Lungenkreislaufs durch andere Momente herunterstimmt. Hiernach begünstigt Alles die endliche Stockung und Gerinnung des Bluts in den kleinen Gefässen, die um so schneller erfolgt,

---

chen von dem mehr oder weniger beschränkten provinziellen Standpunkt seines Verfassers darstellend, und alle diese Stösse sollen nun durchlesen, verarbeitet und endlich aus ihnen ein harmonisches Ganze geschaffen werden? Fragte man sich nun weiter, ob denn wohl an jenen obersten Stellen in den Provinzen überall der rechte Sinn für die nöthigen Reformen, die rechte Kenntniss des Zustandes der Aerzte in den grossen und kleinen Städten, auf dem platten Lande u. s. w. vorhanden sein möchte, so hatte man auch darüber seine bescheidenen Zweifel. Wusste man dort genau, wo den Arzt der Schuh drückte, wusste man zugleich, wie dem Uebel beizukommen und abzuhelfen war, hatte man das lebendige Gefühl, es muss etwas Durchgreifendes zu Gunsten des Standes geschehen, so hätte man annehmen sollen, dass alles das bereits freiwillig von den Provinzial-Behörden beim Ministerium geltend gemacht worden wäre, dass gerade sie laut, auch in der Presse, auf Reform gedrungen hätten. Davon wusste man nichts, darauf konnte man aus den vom Ministerium beliebten Maassregeln nicht schliessen, und so fragte man sich sehr natürlicher Weise ängstlich, wird wohl bei denen, die nun Gutachten geben sollen, das Standesinteresse wirklich lebhaft genug sein, werden sie wirklich die richtigen Seiten der Noth auffinden und zugleich die Heilmittel kennen und angeben? Grund zu diesen Zweifeln, das meine ich noch heute, war da, wenn ich auch eben so wenig in Abrede stellen will, dass unter den etwa eingegangenen Gutachten auch solche gewesen sein mögen, die mit Herz für die Sache und mit Geschick gearbeitet waren. Es hat, sobald das Ministerium in der Reformfrage die Initiative ergriffen hatte, eben so wenig an Tadel, als an Rathschlägen, wie es wohl besser zu machen sei, gefehlt. Der beste unter den letzteren blieb immer der, einen Congress von Sachverständigen aus den verschiedenen Provinzen zu berufen, und von ihnen nach allen Seiten hin die Interessen des Standes in die richtige und umfassende Erwägung nehmen zu lassen, ein Vorschlag, der ja denn auch in weit späterer Zeit und unter sehr veränderten Verhältnissen von der Regierung adoptirt wurde. Auf das Wie der Ausführung durch sie werden wir demnächst zurückkommen; über die Zweckmässigkeit einer solchen Maassregel aber habe ich hier nicht weiter zu sprechen; sie ist vielfach beleuchtet und in das rechte Licht gesetzt worden, und kaum dürfte noch Jemand daran zweifeln, vorausgesetzt freilich, dass die Ausführung eben so zweckmässig wäre, als die Massregel principiell richtig. Bald sollte es sich nun aber zeigen, dass es dem Ministerium überall noch gar nicht so Ernst war, schnell die Medicinal-Reform zu erledigen. Lag schon in dem eingeschlagenen, echt büreaukratischen Wege eine hinlängliche Gewähr dafür, dass sich die Sache hübsch in die Länge ziehen würde, so verfehlte das Gouvernement bald auch nicht, das noch offen auszusprechen, indem man aus Gründen der Zweckmässigkeit dem langsamen Vorschreiten das Wort redete. Man wollte, das war ein Hauptgrund, dem ärztlichen Publicum Zeit und Gelegenheit gönnen, durch die Presse

je coagulabler das Blut ist. — Wir sehen an diesem letzten Punkte, dass auch Henle sich der Ansicht nicht ganz entziehen kann, das Blut habe einen gewissen Antheil; doch sind ihm die mechanischen Bedingungen der Circulationsverlangsamung wesentlicher; die Gründe erfahren wir nicht.

Ist nun auf diese Weise die Verödung der Gefässe und Anämie des Lungengewebes herbeigeführt, und dies geschieht am frühesten (wieder aus mechanischen Gründen) in den oberen Lungenspitzen; so fragt sich: woher kommt der sogenannte Tuberkelstoff, wie füllt sich das Lungengewebe damit? Henle bezweifelt, dass es sich überhaupt damit füllt; ein Theil dessen, was man als neues Krankheitsproduct betrachtet, ist nach ihm abgelöstes, verwittertes Epithelium der feinen Bronchien und Lungenzellen; ausserdem können Eiter- oder Schleimkörperchen von früheren katarrhalischen Zuständen an der anämischen Stelle zurückgeblieben oder aus der Nachbarschaft mechanisch dahingeführt sein und wegen Mangel an Contractilität der nekrotischen Zellenwandungen nicht ausgeworfen werden.

So sind die mikroskopischen Körper, deren Anhäufung wir bisher Tuberkeln nannten, und die jenen zerstörenden Process herbeiführen, den wir in der Lungenphthise vor uns sehen, diese Tuberkelbestandtheile sind nach Henle ein unwesentlicher und zufälliger Theil der Tuberkelbildung. Hiernach ist es eigentlich mit der ganzen Tuberkulose gar nichts. Denn dieser unwesentliche, zufällige Theil könnte ein Mal auch ganz fehlen, was freilich auffallenderweise nie der Fall ist.

(Schluss folgt.)

Zur Physiologie und Pathologie der Zähne.

Von

Joseph Linderer, Zahnarzt.

(Schluss aus No. 7.)

Inostosis beim Menschenzahn.

Sie besteht darin, dass eine Cementbildung in die Fasersubstanz hineindringt. Beim Pferde habe ich sie bereits erwähnt, auch habe ich in meinem Handbuch einen Fall bei einem Menschenzahn angeführt. Es rückte nämlich das innere Wurzelzellennetz nach unten zu ziemlich gleichmässig nach innen. Hier will ich einen andern Fall beschreiben. An der Wurzel eines Backenzahnes findet Exostose statt, welche von der Spitze bis zum Hals dringt und eine ziemliche Dicke besitzt, das heisst am Ende des ersten Drittels der Wurzel, vom Hals an gerechnet, ein Drittel einer Linie, nach unten zu aber nimmt die Dicke beträchtlich zu. Die Structur zeigt die von mir an anderen Orten schon beschriebene knochenartige Bildung, welche nicht mit der Knochenstructur zu verwechseln ist. — Am Ende jenes genannten ersten Drittels sieht man aber auch zugleich vom innern Rande der Exostose aus, welcher also die Fasersubstanz berührt, und dessen Grenze das innere Wurzel-Saftzellennetz bildet, in einer grösseren Strecke von oben nach unten einen dichten Haufen Saftzellen, der mit blossen Augen als weisslicher Fleck sichtbar ist, in die Fasersubstanz des Dentins hineindringen. Das innere Wurzel-Saftzellennetz ist an der kranken Stelle durchbrochen, die Saftzellen sind mit vielen Zweigen versehen und auf solche Weise vorwärts gedrungen, dass ihr in's Dentin hineingedrungener Rand 1) einen convexen Bogen bildet, dass 2) das innere Wurzel-Zellennetz nicht vorhanden ist, und dass 3) hier vor den einzelnen Zellen, ähnlich wie beim Pferdezahn, die Peripherien der früher unsichtbar gewordenen Grundzellen von Neuem als kleine Bogen wieder sichtbar wurden, mit ihrer Convexität nach dem Dentin hingerichtet. Sie wirken als kleine Kanäle. — Die Saftfasern des Dentins dringen entweder *a*) nur bis an jene kleinen Bogenkanäle, und münden in dieselben, oder dringen *b*) durch dieselben hindurch in das Innere der Grundzelle hinein. Das Letztere ist Anfangs immer der Fall.

Die Umwandlung der Structur der Fasersubstanz des Dentins in die Structur einer knochenartigen Substanz geschieht auf folgende Weise. Es besteht das Dentin, wie ich a. a. O. nachgewiesen habe, aus lauter grösseren Grundzellen, deren Peripherien nur bei der ersten Bildung sichtbar waren, und dann unsichtbar wurden. Die Zahnfasern dringen durch dieselben hindurch. — Bei der Bildung der Inostosis entsteht nun zunächst in denjenigen Grundzellen, welche zunächst dem Dentinrande des Cements liegen, an einer bestimmten Stelle eine neue Thätigkeit. Diese bewirkt, dass die Kalksalze von demjenigen Theil der Fasern, welcher sich innerhalb einer Grundzelle befindet, aufgelöst und in Peripherien geführt werden; diese erhalten dadurch eine dunkle Farbe, und werden auf diese Weise in Gestalt von kleinen Bogenfasern sichtbar. Durch die Fortsetzung der Auflösung jener Fasern, deren Zahl verschieden ist, 4 — 6 meistens, verschwindet im Innern der Peripherien die dunkle Farbe ganz, und man sieht nun deshalb die Zahnfasern sich nur in den convexen sichtbaren Bogen der Grundzellen münden. Zu gleicher Zeit sammelt sich auch im Innern der hellen Grundzelle in einem Kern die dunkle Kalkmasse an, und so entsteht hier eine schwarze Saftzelle.

Nun entsteht wiederum vor den schon sichtbar gewordenen Peripherien in den zunächst gelegenen Grundzellen nach der Fasersubstanz zu eine neue Thätigkeit. Der eben beschriebene Vorgang wiederholt sich jetzt an dieser Stelle, ausserdem aber wirkt jener Einfluss in diesem Falle auch auf die zuerst sichtbar gewordenen Peripherien der Grundzellen, sie werden wieder aufgelöst, also von Neuem unsichtbar, und so kommt es, dass nur immer vor dem nach der Fasersubstanz hingerichteten Rande des neu gebildeten Haufens der schwarzen Saftzellen die Peripherien der Grundzellen sichtbar sind.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus dem Kinder-Hospital zu München.

Von

Dr. Hauner,

Director desselben und Privatdocent an der Universität.

Katarrhöse, gastrische, pituitöse etc. Fieber.

Wir haben an katarrhösen, rheumatischen, pituitösen, nervösen und intermittirenden Fiebern eine grosse Zahl von Kindern seit dem

---

sich selbst an der Reform zu betheiligen; man wollte so in Masse Klagen und Vorschläge entgegennehmen, dann das Material sichten und es nun weiter verarbeiten. Dass man während des Zupassens von Jahr zu Jahr Das, worüber geklagt wurde, nicht nur fortbestehen, sondern wachsen liess, dass eine schnelle Radicalkur gerade das war, was die Aerzte vor Allem wünschten, und dass sie ihr gern den Vortheil, selbst Vorschläge auf Vorschläge zu machen, deren Berücksichtigung am Ende dennoch sehr zweifelhaft blieb, zum Opfer gebracht hätten, liess man um so lieber ausser Acht, als man in gleicher Weise immer neue Anläufe zu Reformen auf anderen Gebieten nahm, über die dann schliesslich die Medicinal-Reform thatsächlich immer mehr und mehr in's Vergessen gerieth. Dass viel, sehr viel gedruckt wurde zur Reformfrage, das hat man redlich erreicht. Gab es doch eine Zeit, wo fast die dritte medicinische Schrift, die angezeigt wurde, eine Reformschrift war, wo ausserdem die medicinischen Journale von Artikeln, die den nämlichen Gegenstand behandelten, wimmelten. Nicht bloss in Preussen, überall in Deutschland fing man an, diese wichtige Frage in's Auge zu fassen, weil man in den kleineren Staaten hoffte, dass, kam die Reform in Preussen zu Stande, nach diesem Muster wohl auch anderwärts wohlthätig reformirt werden dürfte. Fragen wir nun nach dem Nutzen aller dieser Schriftstücke, so ist wohl nicht zu leugnen, dass eine Anzahl derselben durch die Klarheit, mit der sie die einzelnen Punkte, auf die es bei zweckmässigen Reformen vorzugsweise ankommt, behandelten, oder auch durch Hervorheben neuer, nicht unwesentlicher, sich auszeichneten, somit für die Gesetzgeber von Werth sein konnten; die meisten indessen brachten nur das bereits oft Gehörte in etwas anderer Form immer auf's Neue zu Markte, während viele noch durch grosse Leidenschaftlichkeit, die nicht selten weit mehr die Personen als die Sache traf, eher schadeten als nützten. Einen Nutzen aber hatte die Richtung, welche die medicinische Literatur plötzlich genommen, jedenfalls, es wurde immer klarer, wie nothwendig die Reform war, es wurde klarer dem zunächst betheiligten Stande, es musste, wenn man nicht blind sein wollte, klarer werden denen, denen die Ausführung zunächst anvertraut war. Dennoch geschah im Verlauf von sieben langen Jahren nichts, obwohl das auf endliche Erfüllung seiner Hoffnungen sehnsüchtig wartende ärztliche Publicum sich längst gesagt hatte, es müsse nun nach gerade des Materials genug vorliegen, und es sei wohl hohe Zeit, endlich mal mit Thaten statt mit Worten auf die ewigen Mahnungen zu antworten. Doch gewaltsame und bedeutungsreiche Ereignisse sollten plötzlich auch diese Frage in eine ganz andere Bahn treiben, als die sie bisher betreten hatte; der französischen Revolution vom 24. Februar 1848 folgte in Berlin der 18. März; das Ministerium Eichhorn ward gestürzt, und damit fand in Bezug auf die Medicinal-Reform in Preussen der erste Akt sein Ende! Wir werden demnächst sehen, wie sich der zweite Akt entwickelte, wie er verlief.

(Fortsetzung folgt.)

Bestehen unserer Anstalt behandelt. Dieselben bieten im Auftreten und in der Behandlungsweise von denen der Erwachsenen im Wesentlichsten keinen Unterschied dar. Wie wir schon mehrmals erwähnt, sind wir der Naturheilung sehr hold, lieben nur augenfällig wirkende Arzneimittel, und haben sohin in allen diesen Fällen von unserm gerühmten und grossen Arzneischatz nur wenig verbraucht. Gegen katarrhöse Fieber sind Tisanen von einfachen Theespecien sicher so wirksam, als die vielen vorgeschriebenen Decocta; — reichten wir hier nicht aus, was selten der Fall war, so half uns in der Regel der *Tart. stib.* in ref. dos. in irgend einem schleimigen Vehikel gegeben. Bei gastrischen Fiebern haben wir im Beginn der Krankheit öfters ein Emeticum gereicht, ein Mittel, das in der Kinderpraxis gerade in gastrischen Krankheiten eine Hauptrolle spielt, und die gefährlichsten Krankheitserscheinungen, wenn nicht plötzlich aufhebt, doch unendlich erleichtert und abkürzt. Pituitös-nervöse Fieber behandelten wir immer einfach, und zogen ein exspectatives Verfahren gewöhnlich dem energischen Einschreiten und der Verabreichung sogenannter Excitantia vor. Da dieselben meistens eine gastrische Grundlage hatten, so nützte uns im Beginn das Emeticum, im weiteren Verlaufe das Rheum — als schwaches Infusum oder mit Valerian. — hier und da in Pulvern mit Magnesia das Meiste; wir schreiben auch dieser einfachen Behandlung unsere vielen günstigen Erfolge zu; eben so einfach war die Behandlung der rheumatischen Fieber, wo wir wieder den *Tart. stib.* in ref. dos. mit grossem Nutzen anwendeten, dazu lauwarme Getränke in grosser Quantität reichen liessen, und die Kinder in einer angemessenen Temperatur und bei richtiger Diät erhielten; Hautreize und Blasenpflaster hatten wir nur in einigen wenigen Fällen nothwendig. Gegen intermittirende Fieber, die uns im Jahre 1846 ausnahmsweise sehr häufig vorkamen (gewöhnlich die Tertiana), in einem feuchten nasskalten Frühjahr, haben sich Emetica oder Laxantia, und später das *Chin. sulf.* (pro dos. gr. $\frac{1}{4}$-$\frac{1}{2}$-1) stets wirksam erwiesen; bei zwei Kindern, denen durchaus keine Medicamente beizubringen waren, wendeten wir das *Chin. sulf.* endermatisch an, und erstaunten über den raschen Erfolg. Die Anwendungsstelle bildete in beiden Fällen die obere Hälfte des Abdomens. Dass wir in allen diesen Krankheiten in diätetischer Beziehung Entschiedenes zu wirken versuchten, muss beim Verbrauche so weniger Medicamente vorausgesetzt werden.

Die Reconvalescenz nach diesen Krankheiten erfordert im kindlichen Alter wenige Beihülfe. Kinder erholen sich viel rascher denn Erwachsene, und der Genuss von freier Luft, etwas kräftiger Nahrung, namentlich aber der Gebrauch von lauwarmen Bädern, später kalten Waschungen des Körpers, sind hier herrliche Adjuvantia.

Unterleibskrankheiten.

Unter den Krankheiten des Unterleibes führen wir nur die Krankheiten der Gedärme auf, und unter diesen zunächst die Diarrhöen der Kinder, eine Krankheit, die gewiss den Kinderärzten am häufigsten zur Behandlung kommt. Und doch sind über keine Krankheit die Ansichten und Meinungen der Aerzte so verschieden, ja sich oft so entgegengesetzt, dass man in diesem Kapitel in ein wahres Chaos geräth. Der Neuzeit, vorzüglich den Vorstehern der Kinderspitäler zu Wien, London, und den französischen Aerzten, darunter vorzüglich Trousseau, verdanken wir treffliche Arbeiten hierüber, und man hat in der That angefangen, etwas Licht in diese Finsterniss zu bringen. Wir haben seit dem Bestehen unserer Anstalt viele Hundert Fälle der verschiedensten Diarrhöen mit ihren Folgekrankheiten behandelt, haben uns viele Mühe gegeben, uns hierüber ein helles Bild zu verschaffen, und haben die Erfolge unserer Behandlungsweise genau verzeichnet, worüber wir schon einmal im ärztlichen Verein in München einen Vortrag zu halten uns erlaubten. — Wir versuchen hier nun unsere Ansicht über diese Krankheit näher zu entwickeln, und die Arzneimittel, die uns wenigstens die bei weitem besten Erfolge lieferten, zu bezeichnen.

Die erste Art, die wir anführen, ist der *Catarrhus intestinorum*, von einigen Aerzten *Enterit. gastr.*, von anderen wegen der verschiedenen Beschaffenheit der Ausleerungen *Diarrhoea bilios.-mucosa* etc. genannt. In der That aber ist diese idiopathische Diarrhöe ein Katarrh der Schleimhaut der Gedärme, und bietet auch alle Erscheinungen eines katarrhösen Fiebers dar. Das Fieber ist remittirend, es wechselt Frost mit grosser Hitze, es ist viel Durst vorhanden, weisslicher, schleimiger Zungenbeleg, grosses Mattigkeitsgefühl, frequenter Puls, und bei tiefem Druck Schmerz im ganzen Leibe. Dauert die Krankheit einige Tage an, so werden die Anfangs gelben, grünen Stuhlentleerungen blass, serös, mit Flocken vermischt; das sonst muntere Kind verliert seine Heiterkeit, wird traurig, bald sehr mager und bleich, und verfällt, weil diese Diarrhöe äusserst erschöpfend wirkt, in kurzer Zeit in vollkommenen Marasmus. Diese Diarrhöe, sicher eine der zum öftesten vorkommenden, ist von den Durchfällen, die ihren Grund in ganz anderen Ursachen — Zahnreiz, gastrischen Beschwerden — haben, wesentlich zu unterscheiden. Vorzüglich sind hierzu Kinder von der Geburt bis zu einem Alter von 1—1 $\frac{1}{2}$ Jahren geneigt, meistens solche, die unzweckmässige Nahrung, schlechte Kleidung, Wartung und Pflege haben, daher diese Diarrhöe so häufig in den elenden Hütten hiesiger Kost- und Wartfrauen und bei Kindern von ledigen Personen angetroffen wird. Wir haben es hier mit einem subphlogistischen Zustand der Gedärme (Jejunum und Ileum) zu thun; die streng antiphlogistische Behandlung, wie sie englische Aerzte — darunter Coley, der diese Krankheit *Muco-enteritis acuta* nennt — anwenden, ist nach unserer Ansicht nur in wenigen Fällen, wo man gleich Anfangs, was aber selten der Fall ist, gerufen wird, indicirt. Eher dürfte man aber noch der anfänglichen Behandlung dieser Krankheit mit kleinen Dosen von Calomel beitreten, als die Ansichten der Aerzte unterstützen, die da sagen: man dürfe diese Durchfälle nicht gleich stillen, man solle zuerst ein resolvirend tonisirendes und später roborirendes Verfahren einleiten, man solle den Eingeweidereiz abstumpfen, — da wir in der sofortigen Stillung oder doch Verminderung dieser Diarrhöe, als Ursache der Schwäche und Hinfälligkeit der Kleinen, die einzige Hülfe sehen. In diesen Fällen hat sich uns das *Argent. nitr.*, intern und in Klystieren angewendet, vielmals erprobt, und wir können es hier gewiss als das beste Heilmittel anempfehlen. Die Wirkung desselben in dieser Krankheit lässt sich durch ein längst bekanntes Verfahren mit dem *Lapis infern.* bei äusseren Schleimhautleiden erklären, und ist diesem homogen. — Man darf in der Dosis nicht sehr furchtsam sein; wir geben gr. $\frac{1}{6}$-$\frac{1}{4}$ in ℥ij *dest. V.*, alle Stunden 2 Kaffeelöffel voll; in Klystier gr. vj-viij. auf eben so viel Flüssigkeit.

Die Wirkung ist schnell und eclatant, und in kurzer Zeit ändert sich die Diarrhöe und die Ausleerungen fangen an wieder fäculent zu werden; das bleiche, verfallene, schwache Kind lebt wieder auf und bekommt bald seine vorigen Kräfte wieder.

Natürlich muss die Kost mit der internen Behandlung Hand in Hand gehen; statt Milch und Brei muss man Schleimsuppe oder gar nur dünnes Reiswasser zum Trinken geben.

Zu oben dieser Diarrhöe kann die *Cholera infantum* gerechnet werden, die sich fast in allen Fällen aus derselben herausbildet, ein Katarrh, der sich über die obere Partie der Därme und selbst den Magen erstreckt; hier erbricht das Kind eben so reichlich, als es abführt, und verfällt nur noch eher in vollkommenen Collapsus, hört plötzlich zu brechen und abzuführen auf und stirbt dann in kurzer Zeit. — Wir verbinden hier lauwarme Chamillenbäder mit obigen Mitteln, verordnen dem Kinde spirituöse Waschungen und legen auf die Magengegend einen Sinapism. Nur einmal gelang uns die Heilung dieser äusserst rapid verlaufenden Krankheit.

Eine weitere Form, die zu erwähnen ist, möchte die *Diarrhoea ab lactant.* sein. In dieser Diarrhöe, die ihren Grund nur in unpassender, dem Kinde nun einmal nicht zusagender Nahrung hat, — es gehört hierher auch die Diarrhöe der Kinder, die zwar die Mutter- oder Ammenbrust haben, aber durch die schlechte Beschaffenheit dieser Milch nicht genährt werden — ist wohl das erste und wesentliche Bedingniss, den Kindern eine Amme zu geben oder die Amme zu verändern, was natürlich nur bei reichen, selten bei armen Kindern möglich ist. Dr. Weisse, der über diese Krankheit geschrieben, schlägt hier rohes Rindfleisch als Nahrung vor. Dr. Marothe in Paris empfiehlt ausser der Ammenmilch gute Kuhmilch mit etwas Rindfleischbrühe vermischt, giebt auch diese Brühe rein und kräftig. Es wäre sehr wünschenswerth, ein Surrogat für die Muttermilch zu finden, und Milch mit Fleischbrühe in richtiger Quantität scheint allerdings sehr der Versuche werth zu sein. Wir gaben dieses Nahrungsmittel Kindern, die an der *Tabes meseraica* litten, mit Erfolg. Uebrigens möchte auch in genannter Diarrhöe die gleichzeitige Anwendung von *Argent. nitr.* von Nutzen sein, wenigstens besser und zweckmässiger, als die Salep-Decocte und Säftchen, denen man gewöhnlich Opium beisetzt.

Die *Diarrhoea lienterica*, die wir hier ebenfalls anführen, hat ihren Sitz im Dünndarm, unterscheidet sich vom *Catarrhus intestinorum* durch diesen ihren Sitz, dann aber auch durch die Seltenheit des Fiebers, durch Mangel des Schmerzes. Wir können diese Krankheit, wo rohe Speisestoffe unverändert durch den Darmkanal abgehen, eben wegen obiger Erscheinungen keine Entzündung des Darmes nennen; wir legen hier eine functionelle Störung mit beschleunigter, peristaltischer Bewegung der Gedärme zu Grunde, und meinen ebendaher, der Magen und mit ihm der Dünndarm sei in einem leidenden Zustande. Weiter befällt diese Krankheit auch grössere Kinder, führt nur in seltenen Fällen sehr schnell zum Collapsus und Tod, ja sie dauert oft sehr lange und weicht nur einem richtigen diätetischen Verhalten, oder der Anwendung von Rheum, was hier ein wahres Specificum zu nennen sein dürfte. —

Die Diarrhöen der Kinder auf gastrisch-galliger Grundlage, die auch häufig bei Kindern vorkommen, finden in der sogenannten antigastrischen Methode ihre baldige Heilung und bieten nichts Besonderes in diesem Alter dar. —

Wir haben auch mehrere Fälle von Dysenterien [1]) acuter und chronischer Form bei Kindern beobachtet. Die Dysenterie, ein entzündliches Leiden, gewöhnlich des Colon, unterscheidet sich von den anderen Diarrhöen durch das heftige Fieber, die Frostanfälle, grossen Schmerz, gewaltiges hörbares Gurren in den Gedärmen, meistens gespannten Unterleib und durch Stuhlentleerungen, die sehr oft, immer aber mit Schmerz und Tenesmus erfolgen und meistens eine schleimige, blutige, aber nur kleine Masse entleeren. Dabei sind die Kinder sehr unruhig, fiebern sehr stark, und sind nicht selten Zuckungen und Delirien unterworfen. Die chronische Form unterscheidet sich von der acuten durch den meist mildern, langsamern Verlauf, durch das geringere Fieber, den minderen Schmerz und die seltenen Entleerungen.

Wir haben einige sehr stürmisch verlaufende Fälle gehabt, und glauben, dass in dieser Krankheit die Behandlung sehr energisch sein muss. Wir wendeten immer örtliche Blutentziehung mittelst Hirud. auf das Abdomen an; gaben intern Calomel, schleimige Getränke, und versäumten es nie, ölige Klystiere zu appliciren. Ungemein wirksam in den acuten und chronischen Formen halten wir die lauwarmen Bäder. Keine Krankheit ist Rückfällen leichter unterworfen, als die Ruhr, daher eine grosse Sorgfalt längere Zeit hindurch auf die Kost der Kinder anzuwenden ist. Zur Nachkur möchten Waschungen des Unterleibs mit *A. frigid.* von grossem Nutzen sein, wir haben sie meistens mit Vortheil unternehmen lassen.

Chronische Entzündung der Darmschleimhaut, Marasmus; Bauchskrofeln (*Tabes mesenterica*).

Mit diesen Benennungen wird gemeiniglich ein Krankheitsbild kleiner, bedauerungswürdiger Kinder bezeichnet, das jeder Arzt zu sehen nur zu oft Gelegenheit hat; ich sage Krankheitsbild und verstehe darunter den äusserlichen Abdruck innerer verschiedener Leiden. Das Bild dieser lebenden Skelete mit bleichem runzlichem Gesichte, dem schmerzvollen Blicke aus hohlen tiefliegenden Augen, schmutzig gelber, welker Haut, langem dünnem Halse, fleischlosem Brustkorbe, entweder unter dem Zwerchfelle eingezogenem, schlappen, oder aber vollem zu einer Trommel ausgedehnten Bauche. — näher zu bezeichnen, ist nicht die Aufgabe, obwohl es zur richtigen Unterscheidung der doppelten Krankheitsursache von wesentlichem Werthe sein kann, Ursache und Wirkung verschiedener Krankheitsprocesse näher zu bezeichnen. Dass es möglich ist, ja sehr oft vorkommt, dass verschiedene Krankheiten so ziemlich ähnliche Symptome darbieten, ist dieser Krankheit nicht allein eigen, und wir könnten hier eine Reihe von acuten und chronischen Leiden aufzählen, die sich in ihren Symptomen gleichen: so die verschiedenen Leiden des Gehirns, der Respirations-Organe etc. (wer unterscheidet sie in äusserer Form und im Ausdruck?) Dass aber dieses noch mehr den Abdominalstörungen zukommt, und hier nur das wahre Krankheitsbild bei genauer Würdigung und tieferem Eingehen und oftmaligem Beschauen des individuellen Falles sich zeigt, ist nie zu vergessen. —

Wenn wir es nun versuchen, in gedoppelter Weise diese Formen darzustellen, und dabei der vorkommenden Complicationen zu gedenken, können wir vielleicht ein klares Bild in diese Krankheitsgattung bringen. Wir unterscheiden ein Leiden der Gedärme in dem einen; ein Leiden der Drüsen, zunächst der Mesenterialdrüsen in dem anderen Falle.

Die erste Krankheit entsteht gewöhnlich bei Kindern von 2 Monaten bis zu 1 Jahre und bildet sich in der Mehrzahl der Fälle aus den früher beschriebenen Diarrhöen (*Muco-ent. acut., catarrh. intest.*) heraus. Wird diese Krankheit übersehen, nicht beachtet oder unrichtig behandelt, und es kommt das arme Kind hier mit dem Leben durch, so ist die natürliche Folge, dass ein chronisches Leiden der Gedärme entsteht. — Die im subphlogistischen Zustande sich befindende Schleimhaut geht in chronische Zustände über, die solitären Darmfollikel entzünden sich, und sie sind es, die eine langwierige, oft tödtende Entkräftung und Abmagerung (Marasmus), Darmschwindsucht, verursachen. —

Production dieser chronischen Entzündung, bei der die Assimilation gänzlich darniederliegt, sind zäher Schleim und Eiter, die man auch in den Stühlen solcher Kranken, zwar hie und da noch mit Fäcalstoffen oder unverdauten Speiseresten vorfindet. Aus diesem Schleimhautleiden der Gedärme nun entsteht, wie bemerkt, die Atrophie, Tabes, *Phtis. hect. infantum* im bezeichneten Alter. —

Was in dieser Krankheit als charakteristisch zu bezeichnen sein dürfte, und sie eben von der später anzuführenden unterscheiden könnte, möchte der in der Regel nicht gespannt aufgetriebene, selten schmerzhafte, sondern teigig anzufühlende Leib, das Alter des Kindes und das Vorkommen bei auch von Skrofeln nicht heimgesuchten Kindern sein, zudem haben die an diesem Leiden krank Liegenden selten den guten Appetit, wie die an Mesenterialdrüsen Kranken, wohl aber enormen Durst bei trockener, dürrer Haut. — Hiermit wird allerdings nicht behauptet, dass nicht auch skrofulöse Kinder diesem Leiden unterworfen seien, und wohl auch ein gedoppeltes Leiden statt finden könne.

Die *Febr. mesenterica* nun besteht zunächst in einer chronischen Entzündung und sofortiger Anschwellung der Bauch- oder Gekrösdrüsen und hat in der Regel einen skrofulösen Charakter. — Kinder von 15 Monaten bis selbst in das 8. Jahr können daran leiden. Bei genauer Nachforschung erfährt man, dass solche Kinder an periodischen Schmerzen in der Nabelgegend leiden, dass sie unregelmässige Stuhlentleerungen haben, und Fieberexacerbationen unterworfen sind; man erfährt weiter, dass diese Kinder, obwohl bei gutem Appetite, anfangen magerer zu werden, und nur an Grösse des Bauches nichts verlieren, sondern im Gegentheile dieser Theil des Körpers auf Kosten der übrigen, namentlich der unteren Extremitäten, an Umfange zunehme. Dabei sind die Kinder mürrisch, schlafen schlecht und unruhig und erwachen des Morgens aus einem erschöpfenden Schweisse. Aus den anatomischen Untersuchungen soll die Ursache der Krankheit nicht von der mechanischen Verschliessung der Lymphgefässe und Bauchdrüsen herrühren, sondern durch die Functionsstörungen des *Nerv. sympath.*, was uns vollkommen wahr zu sein scheint, da die Sectionen in der Regel die sogenannten Bauchdrüsen in einem weit natürlichern Zustande finden lassen, als man bei diesem Verlaufe der Krankheit denken sollte. Besteht diese Krankheit, was sehr oft der Fall ist, ohne Vereiterung der Drüsen, so dauert sie unendlich lange, und kann wohl durch zweckmässige Behandlung geheilt werden; obige Complicationen bringen aber immer früher oder später den Tod.

Die Ursachen dieser Krankheit sind die der Skrofeln, unzweckmässige Nahrung, enge, feuchte Wohnung, Erkältungen, Abstammung von skrofulösen Eltern etc. Dass es schwierig ist, diese Krankheit von der Ruhr, von der *Muco-ent. chron.*, von andern Entzündungen und Leiden der Gedärme, und zwar im vorgerückten Stadium zu unterscheiden, ist wahr, doch möchte die Anamnese, die genaue Untersuchung des Leibes (dass man die Gekrösdrüsen durchfühlen soll, ist nicht wahr, darum habe ich sie auch nicht angeführt), das Fieber, der Schmerz im Leib, der Heisshunger, die Ausleerungen, die gewöhnlich stinkende rahmähnliche Masse enthalten, die Beschaffenheit der Haut, die Schweisse, — viele Anhaltspunkte zur Unterscheidung darbieten.

Während bei der ersten Krankheit durch Medicamente Vieles geleistet werden kann und wir durch kleine Dosen *Calomel*, *Argent. nitr.* später selbst durch *Chin. c. Rheo* bei zweckmässiger Milchkost oder Fleischbrühen mit Sago, Gerste, Hafergrütze Vieles zu leisten vermögen, — Cataplasmata auf den Unterleib, selbst Sinapismen, kalte Waschungen des ganzen Körpers hier öfters von Nutzen sind, helfen in der zweiten Form ausser aromatischen Bädern, spirituösen Einwaschungen, einer zweckmässigen Fleischkost, und dem Eichelkaffee keine Medicamente, und die sogenannte tonisirende, resolvirende und purgirende Methode bringt diese Kinder nur schneller ins Grab. Ist es möglich, die Kinder aus den ungünstigen Verhältnissen, in denen sie leben, heraus zu ziehen, sie in eine gesündere Luft und Wohnung zu bringen, sie ordentlich zu kleiden, zu baden und zu waschen, denselben statt der unpassenden Kost vorgenannte Nahrung zu verschaffen, so kann selbst in weit vorgeschrittenen Fällen die Heilung gelingen, wofür wir viele Beispiele aufzuweisen haben.

In dieser Krankheit hat man auch gewöhnlich mehr Zeit, solche Heilversuche zu machen, als in der erstern, der in der Regel Kinder viel eher unterliegen und warum? weil eben die erstgenannte Krankheit für die zweite, wie nicht minder die zweite für die erste gehalten wird.

Leider kommen den Aerzten Fälle beider Kategorien vor, wo jedes Einschreiten umsonst ist, weil auf der einen Seite gar Nichts, auf der andern nur Verkehrtes für diese Krankheit geschieht.

Annehmen darf man aber mit Gewissheit, dass die Hälfte erkrankter Kinder, vorzüglich in grossen Städten unter der Armenklasse, diesen Leiden verfällt.

Die Sectionen, die wir an unsern am *Catarrhus intestinorum* und an *Muco-ent. chron.*, *Tabes meseraica* verstorbenen Kindern gemacht haben, bestätigen uns noch mehr in dem Ausspruche, den wir bei der Beschreibung dieser Krankheit gemacht haben, nämlich als Grundleiden beinahe in allen diesen Fällen einen Katarrh der Darmschleimhaut anzunehmen. — Bei Sectionen fanden wir nämlich keine Entzündung der Gedärme, die Schleimhaut war immer nur leicht geröthet (Congestion) und dies nur um die Peyer'schen Drüsen, die Follikel waren nur in einzelnen Fällen geschwollen, die Schleimhaut sah in der Regel blass aus, war leicht aufgelockert und mit vielem zähen

[1]) Auch die Dysenterie kann nur katarrhös sein, verläuft dann viel einfacher. Wir sprechen hier von der Dysenterie als wahre Entzündung, die aus obigem Leiden entsteht.

Schleim überzogen, Verschwärung der Solitärdrüsen des Dünndarms sahen wir nie, wohl aber fanden wir in einzelnen rasch verlaufenden Fällen Erweichung (meistens weisse) der Darmschleimhaut, wohl wieder ein Process des katarrhösen Leidens.

Bei der *Muco-ent. chron.*, die in den bei weitem meisten Fällen durch Fortsetzung des Catarrhs auf die Dickdarm-Schleimhaut zu Stande kommt, findet man ausser obigen Erscheinungen auch noch eine Verdickung und Aufwulstung dieser Schleimhaut, Hypertrophie der Follikel, bei sehr lang andauerndem Leiden selbst Vereiterung und Geschwürbildung. Das Geschwür charakterisirt sich aber auch wieder als katarrhöses, hat einen atonischen Charakter und meistens nur die Grösse von einer kleinen Erbse, ähnlich dem atonischen Typhusgeschwür.

Perforation des Darms jedoch haben wir nie gesehen. In diesen Krankheiten sind die Darmdrüsen sehr selten erkrankt, wofür schon das Alter dieser Kinder spricht; aber selbst in den Sectionen der an der sogenannten *Tabes meseraica* verstorbenen Kinder findet man in vielen Fällen die Darmdrüsen pathologisch nicht verändert, in höchst seltenen Fällen sind die Peyer'schen und Brunner'schen Drüsen stark aufgewulstet und vergrössert, von blaurother, schwärzlich punktirter Farbe, oder aber erweicht und von blassgelber Farbe, der ganze Plexus aber dunkelroth gefärbt, und doch bieten diese Kranken im Leben oben beschriebene Phänomene dar. — An was sterben nun solche Kinder, gewiss nicht an sogenannten Bauchskrofeln, sondern an einer allgemeinen skrofulösen Kachexie, wesswegen auch der Name hier nur ein Symptom bezeichnet.

Fanden wir Tuberkeln in diesen Drüsen, so waren immer auch Tuberkeln in den Lungen und in anderen Organen zugegen (*Peritonitis tuberculosa*).

Die zwei Kinder, die wir an *Dysenteria acuta* verloren, boten uns eine vollkommene Putrescenz des ganzen Dickdarms dar. Wir fanden in den collabirten Därmen fauliges, schaumiges Blut, die Schleimhaut war in weiten Partien wie verbrannt. Es ist eine grosse Frage, ob nicht im Beginne auch die Dysenterie auf einen Katarrh der Darmschleimhaut beruht und eben in einzelnen Fällen, vornehmlich aber in Ruhr-Epidemien, diesen Ausgang nimmt. — Die an *Cholera infantum* verstorbenen und secirten Kinder wiesen uns ausser einer grossen Weichheit und Schlaffheit der Schleimhaut des Magens und der Gedärme keinen aussergewöhnlichen pathologischen Befund dar. Hier starben die Kinder an *Collapsus virium*, wahrscheinlicher Lähmung des Magens und der Gedärme (Nerven-Complication).

(Fortsetzung folgt.)

Jahresbericht aus der innern Abtheilung des akademischen Hospitals zu Heidelberg vom Jahre 1849.

Von

Geh. Hofrath Prof. Dr. Fr. Aug. Benj. Puchelt [*]).

Es wurden auf der Abtheilung des Geh. Hofrath Puchelt überall 1140 Kranke behandelt, und sind von diesen 24 gestorben, darunter 5 an *Phthisis tuberculosa*, 5 an Typhus, 2 an Pneumonie, 2 an *Carcinoma uteri* und 2 an *Apoplexia cerebri*, je 1 an *Bronchitis maligna*, *Variola confluens*, *Apoplexia pulmonum*, *Hypertrophia cordis*, *Dysenteria maligna*, *Cholera asiatica*, *Melaena*, *Fungus medullaris hepatis*. Ohne im Krankenhause aufgenommen zu sein, wurden noch 285 behandelt. Bei der grossen Menge Truppen, die im Lauf des Jahres das Grossherzogthum Baden durchzogen, waren unter den im akademischen Hospital aufgenommenen oder von dort aus behandelten Kranken natürlich auch viele Soldaten, und zwar stellte sich das Verhältniss specieller so, dass:

	im Hospital:	ausser demselben:
Preussen . . .	311	13
Badenser . . .	126	52
Baiern . . .	9	2
Lichtensteiner .	24	—
Nassauer . . .	1	3
Mecklenburger .	1	—
	472	70

behandelt wurden. Von diesen starben 3 Preussen, und zwar 2 an Typhus, 1 an Variola.

An Krätze wurden im Ganzen 340 Kranke behandelt, und zwar mit Einreibungen von grüner Seife in heisser Temperatur, da Puchelt als Ursache der Krankheit lediglich die Krätzmilbe betrachtet. Wenn diese trotz genauen Nachsuchens in einzelnen Fällen nicht aufgefunden wurde, so mag entweder eine Verwechselung mit einer andern Form von Hautkrankheit (Prurigo, Eczema) zum Grunde liegen, oder das Gesicht daran Schuld sein. Zwei Mal kam es vor, dass während dieser Behandlung Kranke plötzlich in einen soporösen Zustand mit stertoröser Respiration verfielen, jedoch durch Entfernung aus dem heissen Zimmer, Venaesection, kalte Ueberschläge auf den Kopf etc. der Gefahr entzogen wurden. Ein Mal ist es Puchelt begegnet, dass ein Kranker in solchem Zustande verstarb, weil nicht zeitig genug Hülfe geleistet wurde; man fand bei der Section im Gehirn die Zeichen starker Congestion und dabei die Lunge überfüllt von dickschwarzem, venösem Blut, woraus P. schliesst, dass in solchen Fällen zuerst die Lunge, dann in zweiter Stelle das Gehirn afficirt wird. Gewiss trägt die Hitze, und nicht etwa eine scabiöse Metastase daran die Schuld.

An Syphilis litten 248 im Hospital Recipirte, 21 ausser demselben, und zwar im Ganzen 55 Weiber, 193 Männer. Bei jenen waren die vorherrschenden Formen weisser Fluss und Condylome, seltener fanden sich Schanker und Bubonen, in keinem Fall allgemeine Lues. Sie wurden sämmtlich ohne Merkur behandelt, und die Condylome theils mittelst des Messers und der Scheere, theils durch Cauterien zerstört. Neun und sechzig Männer litten am Tripper, die meisten gleichzeitig an Orchitis und Phimose; seltener waren Bubonen. Ein an Phimosis Leidender verlor durch Gangrän die Vorhaut so, als wäre sie amputirt. Der Tripper wurde mit Cubeben, einfachem Pfeffer, oder einer Mischung des ersteren mit Balsam behandelt, Einspritzungen aber nur beim chronischen gemacht, und dann solche von Tannin oder Rothwein. An Schankern litten 124 Männer, darunter die Hälfte gleichzeitig an Bubonen. Ein Bubo ward von Hospitalbrand ergriffen, und es stellte sich gleichzeitig eine so copiöse Blutung ein, dass man an dem Aufkommen des Kranken verzweifelte. Verf. hatte ähnliche Zustände häufig im Jahre 1806 im Hospital für syphilitische Franzosen in Leipzig beobachtet, wo dann die französischen Aerzte Citronensaft anzuwenden pflegten. Er zog statt dessen Anfangs Chamillenumschläge in Gebrauch, später, als die Blutung eintrat, ein Eichendecoct mit Ratanhia, und innerlich China, Ratanhia und Säuren. Der Kranke wurde nur sehr langsam hergestellt. Bei einem Kranken war der Schanker der Eichel brandig geworden, wodurch die halbe Eichel sammt dem Präputium zerstört wurde. Die Urethra blieb erhalten. Ein anderer widerstand den Heilversuchen hartnäckig, bis er in einen Typhus verfiel, mit dem dann auch der Schanker heilte. Auch die Männer wurden ohne Merkur behandelt, wohl aber neben den Abführmitteln etc. örtlich mit Chlorzink, der Salbe von rothem Präcipitat, dem Sublimatwasser, der Zinksalbe etc. Nur selten wurde das *Decoctum Zittm.*, nur ein Mal wegen *Impetigo syphilitica* und Tophen an der Tibia, die Schmierkur, und zwar mit glücklichem Erfolg, angewandt.

Febris intermittens hatten im Hospital 64, ausser demselben 32; die Fälle waren sämmtlich eingeschleppt. Da in Heidelberg selbst überall das Wechselfieber nur sehr selten sich zeigt, war es um so auffälliger, dass im verflossenen Jahre zwei Kranke, die nie früher daran gelitten hatten, im Hospital selbst davon befallen wurden. Eine Ursache dazu war nicht aufzufinden. Ein preussischer Soldat litt an der heftigsten periodischen Cephalie. Im Allgemeinen wandte Verf. mit vollkommen gutem Erfolg das Chinin gegen die Intermittentes an. Trat mit dem Fieber gleichzeitig eine schmerzhafte Anschwellung der Milz auf, so pflegten Schmerz und Fiebererscheinungen einer gehörigen Anzahl Blutegel, in der Milzgegend applicirt, zu weichen. Blieb die Milzanschwellung nach Unterdrückung des Fiebers, so zog P. Resolventia und Jodeinreibungen in Gebrauch, während er bei sehr verschleppten Fiebern mit hydropischen Erscheinungen besonders den *Sulph. aurat.* nach Unzer liebt, damit aber ebenfalls Jodeinreibungen verbindet.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus dem Charité-Krankenhause zu Berlin.

Vom Einfluss der Blutentziehungen auf die Körpertemperatur in fieberhaften Krankheiten.

Von

Dr. Traube.

Fall 1. *Pleuropneumonia sinistra.* Aufnahme am 5. Tage der Krankheit. Gegen die Mitte des 5. Tages eine V.S. von [illegible], in Folge deren die Temperatur (um 0°,7 C.) und die Pulsfrequenz sinkt. In der Exacerbationszeit des 6. Tages neue Steigerung des Fiebers bis zu dem Punkte, den es vor der

[*]) Wir entnehmen diesen Bericht der vom Verfasser, als Prorector, am 22. Nov. 1850, dem Geburtstage des Grossherzogs von Baden, gehaltenen Rede, die derselbe zu weiterer Veröffentlichung uns zuzusenden die Güte hatte. G.

ersten V.S. erreicht hatte. Zweiter Aderlass, in Folge dessen das Fieber wiederum abnimmt und am 7. Tage die Krise eintritt. Stillstand der Lungenentzündung erst am 8. Tage.

Sprotte, Schlächter, 26 Jahre alt, wurde am 14. Sept. 1850 in die Charité aufgenommen. Vor 4 Jahren an Intermittens leidend, seitdem vollkommen gesund, erkrankte er plötzlich in der Nacht vom 10. zum 11. um 1 Uhr mit Frost, der 1/2 Stunde lang dauerte. Gegen 5 Uhr Morgens stellten sich Kurzathmigkeit und Stiche in der linken Brusthälfte ein. Zwei Tage nach Beginn dieser Affection erschien blutig gefärbter Auswurf. Darmentleerungen sind seitdem nur zwei erfolgt.

Status praesens am 14. Sept. Vormittags (IV. Krankheitstag): Wohlgenährtes, kräftig gebautes Individuum. Puls 96, mässig gross. Gesicht in grosser Ausdehnung intensiv geröthet. Haut heiss, trocken. Zunge feucht, kaum belegt. Abdomen fettreich, weich, indolent. Stiche in der linken Thoraxhälfte, jedoch nur bei tiefen Inspirationen. Die Intercostalräume kaum empfindlich gegen Druck. Resp. 32. Percussionsschall rechts vorn von der 5. Rippe, in der S.W. von der 6. Rippe, hinten von der 11. Rippe ab gedämpft; links vorn von der 2. Rippe, in der S.W. von der 5. Rippe, hinten links von der 6. Rippe ab gedämpft. Die Auscultation ergiebt rechts vesiculäres Athmen; links hinten in der unteren Hälfte unbestimmtes, dem bronchialen sich näherndes Athmungsgeräusch bei In- und Exspiration, mit tiefem grobblasigem Rasseln, in der S.W. unterhalb der 4. Rippe tiefes grobblasiges Rasseln, oberhalb der 4. Rippe unbestimmtes Athmen. Spärliche, schwach blutig tingirte, durchscheinende Sputa. Der Spitzenstoss zwischen der 5. und 6. Rippe in der linken Mammillarlinie; Herztöne normal. — Verordnung: *Solut. gummos.*

Abends zwischen 5—6 Uhr: Gesicht intensiv geröthet. Puls 106; Temperatur = 41°,1; Resp. 24. Haut trocken.

15. Sept. Vormittags zwischen 10—11 Uhr (V. Tag): Nachts ziemlich gut geschlafen; nicht geschwitzt. Puls 96; Temp. = 40°,9; Resp. 32. Gesichtsröthe wie gestern. Haut trocken. Urin 3/4 Quart, abnorm roth. Kein Stuhl; Zunge wie gestern. Beim Husten, bei tiefen Inspirationen und bei gewissen Bewegungen des Rumpfes Schmerzen in der linken Thoraxhälfte. Sputa sehr zähe, klebrig, luftblasenreich, zwischen rostfarben und blutigroth, durchscheinend. Percussionsschall links hinten von der *Spina scapulae* abwärts gedämpft, in der unteren Hälfte ziemlich intensiv. Die Auscultation ergiebt hinten links im oberen Viertel fast vesiculäres Athmen, in den unteren 3/4 ziemlich reichliches, tiefes, grobblasiges Rasseln; zwischen dem unteren Theil der Scapula und der Wirbelsäule bronchiale In- und Exspiration und schwache Bronchophonie. Der *Fremitus pectoralis* beiderseits undeutlich.

Um 11 Uhr 6 Min. eine V.S. von ℥xiv; das Blut fliesst in dickem Strahl hervor.

Die Temperatur des Körpers 1 Stunde nach dem Aderlass unverändert.

Abends zwischen 5—6 Uhr: 93 grosse Pulse, weicher als Vormittags. Temperatur = 40°,2. Resp. 38. Gesicht noch intensiv geröthet; Haut trocken (auch vorher kein Schweiss). Blutkuchen sehr gross und fest, mit dicker und fester Faserstoffkruste. Kein Stuhl.

16. Sept. Vormittags gegen 10 Uhr (VI. Tag): In der Nacht gut geschlafen; nicht geschwitzt. Puls 80; Resp. 30; Temp. = 39°,5. Gesicht mässig geröthet. Haut trocken. Urin 3/4 Quart, hellroth. Kein Stuhl. Bei tiefen Inspirationen und beim Husten noch Stiche. Sputa leicht löslich, von der gestrigen Beschaffenheit, aber copiöser. Percussionsschall hinten links unverändert. Die Auscultation ergiebt hinten links in der *Regio supraspinata* unbestimmtes Athmen, zwischen Scapula und Wirbelsäule bronchiale In- und Exspiration mit tiefem, grobblasigem Rasseln; weiter abwärts dasselbe Rasseln, sehr reichlich, bei der Inspiration, und lautes, unbestimmtes, dem bronchialen sich näherndes bei der Exspiration.

Abends: Gesicht mässig geröthet. Puls 88; Resp. 34; Temperatur = 41°. Haut trocken. Kein Urin. Kein Stuhl.

Um 4 U. 37 M. eine V.S. von ℥viij; dicker Strahl. (Blutkuchen gross, ohne Kruste.)

17. Sept. Vormittags zwischen 10—11 Uhr (VII. Tag): Erst gegen Morgen etwas geschlafen. Puls 76; Resp. 30; Temp. = 39°,35. Urin gelbroth, sauer, nicht sedimentirend. Haut stellenweise etwas feucht. Zunge feucht, dünn weiss belegt; ein Stuhl.

Abends 5 U. 8 M.: Seit einer halben Stunde reichlicher Schweiss am ganzen Körper. Puls 76, gross, weich; Resp. 27. Urin roth, klar, mit Essigsäure nicht sedimentirend. Sputa zähe, klebrig, durchscheinend, zwischen rost- und citronenfarben.

18. Sept. Vormittags zwischen 10—11 Uhr (VIII. Tag): Der Schweiss hat bis gestern Abends 9 Uhr fortgedauert. In der Nacht gut geschlafen. Puls 56; Resp. 22; Temp. = 36°,9. Haut feucht. Urin 1/2 Quart, abnorm roth, sauer, mit Essigsäure schnell sedimentirend. Zunge feucht gelblichweiss belegt; kein Stuhl. Keine Stiche, aber noch Klage über Kurzathmigkeit. Sputa zähe, klebrig, schmutzig röthlichgelb, stark getrübt.

Abends: Puls 46; Resp. 14. Haut feucht. Kein Stuhl. Sputa theils weisslich und wenig durchscheinend, theils gelb und undurchsichtig. Percussionsschall links hinten von der *Spina scapulae* ab, und zwar noch ebenso intensiv als früher gedämpft; daselbst im oberen Viertel unbestimmtes Athmen, weiter abwärts tiefes, grobblasiges Rasseln; zwischen dem unteren Theil der Scapula und der Wirbelsäule bronchiale In- und Exspiration.

19. Sept. Vormittags zwischen 10—11 Uhr (IX. Tag): In der Nacht gut geschlafen. Puls 62; Resp. 24; Temp. = 37°,05. Haut feucht. Urin 3/4 Quart, roth, klar, sauer, mit Essigsäure schnell und reichlich sedimentirend. Zunge fast normal; kein Stuhl. Sputa copiös, grauweiss, sehr schwach durchscheinend, wenig klebrig, eine Anzahl gelber, undurchsichtiger Ballen enthaltend. Verordnung: 1 Esslöffel *Electuar. e Senna.*

Abends: Puls 46; Resp. 22. Urin mit Essigsäure nicht mehr sedimentirend. Kein Stuhl.

20. Sept. Gut geschlafen. Puls 64; Resp. 24. Zwei Stühle. Urin 1/2 Quart, hellroth, mit Essigsäure nicht sedimentirend. Die Resultate der Auscultation und Percussion ganz unverändert. Sputa wie gestern, noch immer copiös.

Abends: Puls 56. Vollkommenes Wohlbefinden.

Patient verlässt bald darauf vollkommen genesen die Anstalt. —

In dem vorstehenden Falle wurde bis zum 9. Krankheitstage neben den Blutentziehungen nichts als eine einfache Gummilösung gebraucht. Das am 9. Tage gereichte Abführmittel war das einzige, welches Pat. überhaupt erhielt. Wir können daher die beobachteten Temperaturveränderungen getrost den Blutentziehungen zuschreiben, vorausgesetzt natürlich, dass wir nebenher den Nachweis zu führen im Stande sind, dass keine der beobachteten Veränderungen ein Product des natürlichen Krankheitsverlaufes sei.

Die folgende Tabelle gewährt eine Uebersicht der Puls- und Temperaturzahlen in der Remissions- und Exacerbationszeit vom vierten bis zum neunten Tage der Krankheit. Ich zähle von dem Augenblick des Frostes an nach 24stündigen Perioden; jede 24stündige Periode ist für mich, nach dem Vorgange der Alten, ein Krankheitstag. In der 6. Columne der Tabelle, welche die Ueberschrift „Bemerkungen“ führt, sind, zur Bequemlichkeit des Lesers, diejenigen Momente übersichtlich zusammengestellt, welchen die Hauptveränderungen in der Pulsfrequenz und Temperatur zugeschrieben werden müssen. Durch die kleinen römischen Ziffern soll das Zusammengehörige hervorgehoben werden. Von der in Anwendung gekommenen Temperaturmessungs-Methode sei hier nur so viel bemerkt, dass der dabei mögliche Fehler kaum 1/10° beträgt. Ausführlicheres über dieselbe, nebst zahlreichen numerischen Belegen, werde ich in dem II. Bande der Charité-Annalen mittheilen. Dass ich die Celsius'sche Skala benutzt habe (jeder Grad in 10 Theile getheilt), braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden.

Tag der Krankheit.	Remissionszeit.		Exacerbationszeit.		Bemerkungen.
	Pulsfreq.	Temper.	Pulsfreq.	Temper.	
IV.	96	—	106	41°,1	I. Gleich darauf erste
V.	98	40°,9 I.	93	40°,2	V.S. von Unc. xiv.
VI.	80	39°,5	88	41° II.	II. Gleich darauf zweite
VII.	76	39°,35	76 III.	—	V.S. von Unc. viij.
VIII.	56	36°,9	46	—	III. Kurz vorher Ausbruch
IX.	62	37°,05	46	—	e. reichl. Schweisses.

Wie aus dieser Tabelle hervorgeht, hatte Pat. in der Exacerbationszeit des vierten Krankheitstages eine Pulsfrequenz von 106 und dabei die enorme Temperatur von 41°,1. Das Fieber befand sich demnach augenscheinlich entweder auf oder nahe seiner Acme.

In der Remissionszeit des fünften Krankheitstages zählte man 98 Pulse auf eine Temperatur von 40°,9. Die Anzahl der Pulse betrug also um 2 mehr, als in der Remissionszeit des 4. Tages. Der Remissions-Temperatur von 40°,9 musste eine Exacerbations-Temperatur von mindestens 41°,4 folgen, da ein halber Grad das Minimum ist, um welches bei acuten Krankheiten, wie die Pneumonie, die morgendliche Temperatur von der abendlichen übertroffen wird. Jedenfalls also war auch die Temperatur in der Remissionszeit des fünften Tages höher als die gleichnamige am 4. Tage. Gleichzeitig bewies die akustische Untersuchung, dass die Menge des entzündlichen Exsudates vom 4. auf den 5. Tag um ein Beträchtliches zugenommen hatte. Wir können demnach dreist behaupten, dass die Krankheit in der Remissionszeit des fünften Tages sich noch keineswegs im spontanen Rückschreiten befand; sie war im Gegentheil augenscheinlich sogar in der Zunahme begriffen.

Gegen die Mitte des fünften Krankheitstages wurde ein Aderlass von ℥xiv gemacht. Das Blut spritzte in dickem Strahl aus der Armvene.

Die eine Stunde nach dem Aderlasse vorgenommene Messung zeigte

noch keine Veränderung in der Körper-Temperatur. Um so auffallender war das Resultat in der Exacerbationszeit, etwa 7 Stunden nach dem Aderlass. Die Temperatur hatte, statt zuzunehmen, im Gegentheil um ein Beträchtliches abgenommen; sie war um 0°,7 C. niedriger als die Remissions-Temperatur geworden. Und gleichzeitig mit dieser Abnahme zeigte sich auch die Pulsfrequenz nicht nur nicht grösser, sondern sogar kleiner als am Vormittage desselben Tages; sie war von 98 auf 93 herabgegangen.

Was war die Ursache dieser bedeutenden Fieber-Remission? — Welches der Grund, dass das noch am Vormittage im Steigen begriffene Fieber so plötzlich im umgekehrten Sinne fortzuschreiten begann?

Ich habe am fünften Krankheitstage, welcher unter die *dies critici* der Alten gehört, allerdings nicht selten ein Gleiches beobachtet, d. h. dass in Fällen, welche erst am 7. Tage sich vollständig entschieden, auch ohne vorhergegangene Kunsthülfe schon am fünften eine beträchtliche Fieber-Remission eintrat. Aber niemals, so behaupte ich auf eine Anzahl genau beobachteter Fälle gestützt, liess sich solch' eine Remission ohne gleichzeitige starke Schweissabsonderung wahrnehmen. Es scheint mir daher völlig unmöglich, das in unserem Falle beobachtete Resultat einer spontanen Verminderung der fiebererregenden Ursache zuzuschreiben. Und ich zweifle demnach keinen Augenblick, dass es die etwa 7 Stunden vorhergegangene reichliche Blutentleerung sei, auf deren Rechnung wir jene Veränderungen in der Temperatur und Pulsfrequenz zu bringen haben.

In der Remissionszeit des sechsten Tages zeigte Pat. 80 Pulse und eine Temperatur von nur 39°,5. Im Vergleich zur gleichnamigen Zeit des vorhergehenden 5. Tages hatte demnach die Anzahl der Pulse um 18 (um mehr als den fünften Theil) und die Temperatur um 1°,4 abgenommen. Da auch dieser Abnahme keine kritische Absonderung vorhergegangen war, so sind wir offenbar berechtigt, auch sie noch als eine Wirkung des Aderlasses zu betrachten.

Eine kräftige Bestätigung erhält diese unsere Anschauungsweise durch die nachfolgenden Ereignisse.

In der Exacerbationszeit des sechsten Tages stieg die Temperatur abermals auf 41°, d. h. bis nahe an denselben Punkt, welchen sie bereits einmal in der Exacerbationszeit des 4. Tages, also vor dem Aderlasse, erreicht hatte. Eine Schädlichkeit, welche inzwischen auf den Kranken eingewirkt und diese enorme Steigerung herbeigeführt haben konnte, war absolut nicht nachweisbar. Kommt dazu nun andererseits die Erfahrung, dass ein jedes, selbst das heroischeste Mittel, wenn ihm nicht eine continuirliche Einwirkung gestattet ist, einen nur vorübergehenden Effect zu äussern vermag, so liegt es wohl am nächsten, anzunehmen, dass die erwähnte Fieberexacerbation eben nur dem Verschwinden der Aderlasswirkung ihr Dasein verdankte. Mit dem Aufhören dieser Wirkung musste das Fieber offenbar wiederum dieselbe Intensität erreichen, die es vor dem Aderlasse besessen hatte.

Von dieser Ansicht ausgehend, instituirte ich denn auch in der That einen zweiten Aderlass, und der Erfolg zeigte deutlich genug, dass sie eine richtige sei. Ich fand bei der Untersuchung des Kranken in der Remissionszeit des siebenten Tages die Pulsfrequenz auf 76 und die Temperatur auf 39°,35 herabgesunken. Es ist dabei gewiss unnöthig, den Leser darauf aufmerksam zu machen, dass die an diesem Tage eintretende Krise nicht vor, sondern erst nach der erwähnten Untersuchung, sogar mehrere Stunden später erschien.

Mächtiger freilich als der Aderlass wirkte diese Krise auf die Temperatur unseres Kranken; denn die Differenz zwischen der Temperatur in der Remissionszeit des 7. und 8. Tages betrug, wie unsere Tabelle zeigt, nicht weniger als 2°,5 C., ja was noch mehr sagen will, die Temperatur war in Folge der Krise sogar etwas unter die normale gesunken. Es genüge indess an diesem Orte, von dieser Thatsache einfachen Akt genommen zu haben; sie soll uns später ausführlicher beschäftigen. (Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken in Berlin.

Von

Dr. Bührig.

1. Necrosis zweier Rippen. Resection derselben. Heilung.

Friedrich G., Tischlergeselle, 20 Jahre alt, erhielt im Mai des Jahres 1850 bei einem Falle gegen einen Treppenpfeiler einen Stoss gegen die rechte Seite des Thorax. In der Gegend der 6. und 7. Rippe entstanden unmittelbar darauf Schmerzen, welche mehrere Tage hindurch so heftig waren, dass er zu jeder Arbeit unfähig war. Darauf verminderten sie sich, und der Kranke ging seinem Berufe wiederum nach, doch trat kurze Zeit hernach eine Geschwulst an den beiden Rippen hinzu, und nach einigen Wochen bildete sich ein Abscess in den darüber gelegenen Weichtheilen. Als der Kranke im Juli in das Charité-Krankenhaus aufgenommen wurde, zeigte sich neben jenem Abscesse an der vorderen rechten Thoraxhälfte ein zweiter am Rücken, etwas nach aussen unter dem Winkel der Scapula. Die 6. und 7. Rippe war aufgetrieben, jedoch unschmerzhaft bei der Berührung. Mit Rücksicht auf den Verlauf der Krankheit war es unzweifelhaft, dass der Stoss, welchen der Kranke beim Falle gegen die rechte Thoraxhälfte erlitten, eine Periostitis an den besagten Rippen hervorgerufen, welche einen mehr schleichenden Verlauf, und in Folge von Vernachlässigung den Ausgang in Eiterung und Necrosis der Rippen genommen hatte. Die Abscesse wurden eröffnet, worauf sich eine reichliche Quantität eines ziemlich guten, nur etwas dünnen Eiters mit abgestorbenen Zellgewebsflocken entleerte. Die Untersuchung der vorderen Abscesshöhle mit dem Finger bestätigte die gestellte Diagnose und erwies eine Necrosis der 6. und 7. Rippe. Der Abscess am Rücken, welcher durch Eitersenkung von den necrotischen Rippen entstanden war, wurde gleichfalls geöffnet und entleert. Ueber den necrotischen Rippen wurde die Wunde durch geeignete Verbände offen gehalten, für fleissige Reinigung in jeglicher Weise gesorgt, die Kräfte des Kranken auf diätetischem und pharmaceutischem Wege unterstützt, und der Gebrauch der bereits früher angewandten Cataplasmen fortgesetzt, um auf dem Wege der Eiterung die Abstossung der necrotischen Rippen zu erzielen. Im Verlaufe der Kur bildeten sich mehrere Senkungsabscesse nach den Bauchdecken, welche Gegenöffnungen nöthig machten, während vom Periosteum aus sich Calluswucherungen bildeten, welche die abgestorbenen Rippentheile umgaben. Dabei nahmen die Kräfte des Kranken durch den steten Säfteverlust in dem Grade ab, dass die Hoffnung, eine Heilung der Krankheit auf naturgemässem Wege zu erzielen, aufgegeben werden musste, und eine Rettung des Lebens nur von der künstlichen Entfernung der abgestorbenen Knochen zu erwarten stand. Da dieses ohnehin der Kranke dringend wünschte, so wurde sie am 9. Dec. v. J. durch Hrn. Jüngken in seiner Klinik verrichtet.

Nachdem Patient im Krankenzimmer und in seinem Bette chloroformirt und vollkommen soporös war, wurde er in den Operationssaal gebracht, und so auf den Tisch gelegt, dass die rechte Brusthälfte frei und gehoben war, und dadurch die *Interstitia costarum* erweitert erschienen. Hierauf führte Hr. Jüngken, während er mit der linken Hand die Haut spannte, mit einem bauchigen Skalpell gerade in der Gegend der 6. und 7. Rippe eine Incision von aussen und oben nach innen und etwas nach unten über den Rand des Sternum hinweg bis zur Mitte desselben, trennte dadurch die Haut und das Unterhautzellgewebe, und präparirte nach oben und unten die 6. und 7. Rippe frei. Hierauf durchschnitt er an der Grenze der necrotischen Rippentheile zwischen der 5. und 6. und zwischen der 7. und 8. Rippe die Intercostalmuskeln bis auf die Pleura, die sich in einem grösseren Umfange durch den Eiterungsprocess von den Rippen abgelöst erwies, umging diese an der Stelle, wo sie durchsägt werden sollten, mit dem Finger, und führte an dieser Stelle auf dem untergeschobenen Finger, mit Hülfe einer Pincette, eine schmale Longuette unter der 7. und 8. Rippe hinweg, um durch dieselbe die Pleura und die Weichgebilde zu schützen. Nachdem das Periosteum an der Stelle der beabsichtigten Durchsägung getrennt war, wurde diese mittelst einer Concavsäge verrichtet, deren sich Hr. Jüngken vielfältig bei Resectionen bedient. Er führte zu dem Ende auf der Longuette die Säge unter den beiden Rippen von unten nach oben hinweg, und durchsägte sie auf diese Weise von innen nach aussen, ungefähr 5 Zoll vom Sternum entfernt, fasste sodann die resecirten Enden der Rippen, hob sie ein wenig empor, und trennte sie schliesslich von ihren Umgebungen und ihrer knorpeligen Verbindung mit dem Sternum. Dieses konnte jedoch nicht ohne Verletzung der Pleura geschehen, welche, ungefähr 2 Zoll vom Rande des Sternum entfernt, auf eine Fläche von der Grösse eines Achtgroschenstücks in Folge von Entzündung eine so feste Verbindung mit den Rippen eingegangen hatte, dass eine Ablösung von diesen unmöglich war, weshalb Hr. Jüngken dieses Stückchen Pleura mit hinwegnehmen musste. Während der Operation floss aus der Wunde eine ziemliche Quantität dünnen grüngelblichen Eiters hervor, der nach der Excision des erwähnten Stückes der Pleura mit Luftblasen untermischt war. Durch die Oeffnung in der im Allgemeinen verdickten Pleura sah man die entblösste Lunge und konnte deutlich bei der In- und Exspiration die Hebung und Senkung ihres Parenchyms beobachten. In der Gegend der excidirten Stelle erschien die Pleura ulcerirt; sie hatte ein dunkel geröthetes Ansehen, war rauh und mit schwammigen Granulationen besetzt. Nachdem einige stark blutende Gefässe unterbunden waren, wurde die grosse Wunde durch 16 Knopfnäthe auf das Sorgfältigste, bis auf eine kleine der Geschwürsfläche der Pleura gegenüberliegende Stelle, geschlossen, und die blutigen Näthe durch Heftpflaster

befestigt. Die resecirten Rippen hatten eine ungefähre Länge von 5 Zoll und waren an ihren vorderen Enden durch Calluswucherung mit einander verwachsen. Durch solche Wucherungen erschienen sie an ihrer ganzen äusseren Fläche verdickt und aufgetrieben, zum Theil mit Osteophyten besetzt, stellenweise jedoch durch den Eiterungsprocess durchbrochen, während sie an ihrer inneren Fläche höhlenartig zerstört waren.

Anfangs wurden kalte Umschläge über die Wunde gemacht, und zum innern Gebrauche eine *Solut. Kali nitric.* gegeben. In der Nacht nach der Operation schlief Patient nicht, obgleich ihm am Abend eine Dosis *Murphii acet.* gereicht war. Am Morgen des 10. machte der Puls 104 Schläge in der Minute, der Schmerz in der Wunde war gering, ein Gefühl von Oppression nicht vorhanden. Diese Empfindung stellte sich aber gegen Abend ein, und die Respiration wurde erschwert. Da auch der Puls hart und gereizt war, so wurde, unter grosser Erleichterung eine Venaesection von 8 Unzen gemacht. Auch in der folgenden Nacht schlief Patient wenig, und der Puls hatte dieselbe Frequenz als am vorhergehenden Tage. Die Respiration war zwar schmerzlos, doch nur sehr oberflächlich, Husten und Auswurf waren nicht vorhanden. Dagegen klagte Patient in der Gegend des obern Wundwinkels über lebhaften Schmerz so wie über eine erschwerte Beweglichkeit des Armes der leidenden Seite. Aus diesem Grunde wurden einige Suturen aus dem obern Wundwinkel entfernt, der Verband erneuert, 12 Blutegel an die Umgegend des obern Wundwinkels angesetzt, und da sich an einigen Stellen in der Wunde bereits Eiterung zeigte, *Catapl. emoll.* angewendet. Am 12. wurde bei der Erneuerung des Verbandes abermals eine grosse Anzahl von Suturen entfernt, worauf aus der Wunde eine bedeutende Quantität, mit Luftblasen gemischten, übelriechenden Eiters ausfloss. Am 13. wurden die letzten Nähte entfernt, worauf sich ein ansehnlicher Theil der Wunde an den Wundwinkeln als *per primam intentionem* vereinigt erwies. Da der übrige Theil der Wundfläche ein schlaffes Ansehen hatte, so wurden kalte Umschläge so angewendet, dass sie zugleich als warmes Foment wirkten, um einerseits die Eiterung zu befördern, zugleich aber durch die Kälte auch gelinde zu reizen. Es wurden zu dem Ende eine in sehr kaltes Wasser getauchte und sorgfältig ausgedrückte Leinwandcompresse auf die Wunde gelegt, diese mit Flanell und darüber mit Wachstaffent bedeckt. Diese Compressen blieben Anfangs 2 Stunden liegen und wurden später nur 3 Mal täglich gewechselt. Bei dieser Behandlung gewann die Wunde nach einigen Tagen ein besseres und belebteres Ansehen; und schossen gute Granulationen aus dem Grunde derselben hervor, und der Eiter wurde in mässiger Quantität und von guter Beschaffenheit abgesondert. Das Fieber ermässigte sich gleichfalls, Appetit stellte sich ein, und das Allgemeinbefinden war befriedigend. Vom 22. wurde die Wunde mit *Ung. basilic. c. hydrargyr. praecip. rubr.* verbunden. Bei dieser Behandlung hatte sich die Wunde bedeutend verkleinert; die Oeffnung in der Pleura erschien bereits am 6. Tage nach der Operation durch Conglutination mit der obern Wand der Wunde geschlossen, und der Kräftezustand des Kranken hatte sich so gehoben, dass er bereits gegen das Ende des Monats das Bett verliess. Bei einer in dieser Weise fortgesetzten Behandlung erschien der grösste Theil der Wunde in den ersten Tagen des Jan. vernarbt, so dass ein einfacher Charpieverband ausreichte, um sie vollends zur Schliessung zu bringen. In Folge der Operation war auch die Eitersenkung nach dem Rücken, welche dort zur Bildung eines Senkungsabcesses Veranlassung gegeben, geheilt. dagegen bestanden die fistulösen Geschwüre in den Bauchdecken, welche gleichfalls durch Eitersenkung entstanden waren, hartnäckig fort, und widerstanden längere Zeit der Heilung. Allein auch ihre Schliessung steht in Kurzem zu erwarten, womit die vollständige Heilung des Operirten, der sich übrigens jetzt einer vortrefflichen Gesundheit erfreut, vollendet sein wird.

2. Penetrirende durch Käse vergiftete Bauchwunde mit Vorfall des grossen Netzes. Heilung.

Ueber das Anzünden einer Weihnachtspyramide geriethen am Abend des 24. Dec. v. J. zwei Schlafburschen dermassen in Streit, dass der eine dem andern mit einem Tischmesser einen Stich in die linke Seite des Bauches beibrachte. Der Verletzte Carl Wetzel, 35 Jahr alt, Arbeitsmann, von kräftigem Habitus wurde sofort in eine Droschke gesetzt und zur Charité gefahren, wo er auf die Klinik des Geh.-Raths Jüngken gelegt ward. Die Untersuchung ergab in der *regio lumbalis sinistra* über der *Crista ossis ileum* eine Stichwunde von ungefähr 4 bis 5 Linien Länge, aus welcher sich ein Stück des grossen Netzes von etwa $2\frac{1}{2}$ Zoll Länge hervorgedrängt hatte. Da Patient sehr aufgeregt war, sich fortwährend im Bette hin und her warf, und die Bauchmuskeln stark contrahirte, so war die versuchte Reposition des Netzes erfolglos, und man sah sich genöthigt, die Bauchwunde um einige Linien zu erweitern, nachdem man vorher den Verletzten chloroformirt hatte, worauf die Reposition gelang. Die Wunde wurde hierauf durch zwei blutige Knopfnäthe, welche so angelegt wurden, dass sie dicht über dem Peritonäum zu liegen kamen, jedoch ohne dieses zu verletzen, und durch Heftpflaster sorgfältig vereinigt, und der Kranke auf die rechte Seite mit angezogenen Schenkeln gelagert, um durch Erschlaffung der Bauchdecken ein abermaliges Vordrängen des Netzes zu verhüten. Sofort wurden dem Verletzten eine Venaesection von 1 Pfund gemacht, 25 Blutegel an die Umgegend der Wunde applicirt, und zum innern Gebrauche eine Emulsion mit *Kali nitric.* verabreicht, ausserdem auch ein Clysma aus *Ol. Ricini* gegeben.

In der folgenden Nacht schlief Patient wenig, hatte am Morgen einen kleinen Puls von 88 Schlägen in der Minute, und klagte über einen Bronchialkatarrh, welcher ihm viel Beschwerden verursachte, da sich bei jedesmaligem Husten die Schmerzen in der Wunde und deren Umgegend vermehrten; auch erschien die Umgegend der Wunde angeschwollen und geröthet. Die Zunge war mässig belegt und feucht, und die Temperatur der geöffneten Haut normal. Es wurden nochmals 25 Blutegel in die Umgegend der Wunde gesetzt, die Nachblutung unterhalten und Umschläge mit lauwarmer *Aqua saturnina* gemacht. Am Nachmittage des 25. trat etwas Ruhe ein, welche auch während des Abends andauerte. Ein abermals gereichtes Clysma hatte den gewünschten Erfolg, worauf Patient in der Nacht ziemlich gut schlief. Das Allgemeinbefinden war am folgenden Tage so ziemlich dasselbe; in der Wunde aber hatten die Schmerzen wieder zugenommen, weshalb die Suturen entfernt wurden. Hierbei ergab sich, dass die *prima intentio* nur an der inneren Bauchwand zu Stande gekommen war, während die äussere Wunde klaffte und eine mässige Quantität einer dünnen, gelbbräunlichen, serösen Flüssigkeit von übler Beschaffenheit entleert, und die Bauchdecken im Umfange von einigen Linien losgelöst waren. Es wurde ein einfacher, trockener Charpieverband angelegt, und über die ganze schmerzhafte und geschwollene Seite ein *Cataplasma emolliens* gemacht. Dennoch dauerten die Schmerzen fort und vermehrten sich gegen Abend, wo sie bis zu den untersten Rippen sich erstreckten; so weit die Schmerzen reichten, waren die Bauchdecken intumescirt und livid geröthet. Aus diesem Grunde wurden oberhalb der Wunde abermals 12 Blutegel angesetzt, und in die Umgegend eine Mercurialeinreibung gemacht, worauf am andern Morgen die Schmerzen fast vollständig verschwunden waren. Dagegen erschien die Wunde, ohne dass eine neue Schädlichkeit hinzugekommen, in ihrem Grunde missfarbig, mit einem schleimigen Ueberzuge und abgestorbenem Zellgewebe bedeckt, und entleerte eine jaucheähnliche Flüssigkeit. Wunde und Umgegend boten etwas Specifikes dar und zeigten die Erscheinungen, welche man bei Verwundungen wahrnimmt, auf welche Jauche von einer faulenden Leiche eingewirkt hat. Dieses veranlasste Herrn Jüngken, den Verdacht zu äussern, ob vielleicht dem Messer, mit welchem die Verletzung beigebracht, etwas Fremdartiges, eine chemische Schädlichkeit angeklebt habe, worauf der Verletzte erklärte, dass kurz vor der Verletzung mit dem Messer ein alter schmieriger Kuhkäse geschnitten und von diesem noch etwas an der Klinge gewesen sei. Somit war das Räthsel gelöst; es lag eine durch alten Kuhkäse vergiftete Wunde vor, welche dieselben Erscheinungen darbot, wie Wunden, in welche andere faulende thierische Substanzen gekommen sind, durch welche heftige, weit verbreitete und zur Verjauchung hinneigende Entzündungen unter umfangreicher Mortification des Bindegewebes hervorgerufen werden. Wie eine solche wurde daher auch diese Verletzung behandelt. Durch abermalige wiederholte Anwendung zahlreicher Blutegel und Mercurialeinreibungen in der Umgegend, antiseptischer Mittel auf den Grund der Wunde, erweichender Breiumschläge über die ganze entzündete Seite im Verein mit dem inneren Gebrauche kühlender Mittel gelang es, die Entzündung zu bekämpfen, und der Fäulniss Grenzen zu setzen; besonders auf die örtliche Anwendung des Chlorzinks reinigte sich die Wunde; das mortificirte Zellgewebe stiess sich in grossen Fetzen ab, es trat eine gutartige Eiterung mit Granulationsbildung ein. und der ganze Heilprocess ging so schnell von Statten, dass der Verletzte 14 Tage später als geheilt entlassen werden konnte.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Geh. Med.-Raths Professor Dr. B. Langenbeck in Berlin.

Von
Dr. Wagner.

Schusswunde durch die Achselhöhle. Blutung aus der *Art. axillaris* am neunten Tage. Unterbindung der Arterie. Tod.

C. K., ein Knabe von 3 Jahren, spielte am 10. Februar d. J. in Gesellschaft seines 5 Jahre alten Bruders mit einem Schiessgewehr, welches wider Erwarten mit Hasenschrot und Rehposten geladen war und in nächster Nähe des Spielenden losging. Der dreijährige Knabe wurde verwundet; in der Thür des Zimmers, in welchem der Schuss gefallen war, fand man eine grosse Menge von Rehposten und Schrot eingeschlagen.

Bei der Ankunft im Hospital findet man in der rechten Infraclaviculargegend bis zur 5. Rippe derselben Seite herab die Haut und die Muskeln in dem Umfange eines kleinen Handtellers durch den eindringenden Schuss zerrissen und zerfetzt; den Grund der Wunde mit schwärzlich grünlichem nekrotisirtem Gewebe grösstentheils bedeckt. Mit dem Finger eingehend, gelangt man in die rechte Achselhöhle, fühlt in derselben die *A. axillaris* deutlich pulsiren, und kommt zu der an dem hintern Ende der Achselfalte befindlichen etwa 1 Zoll langen schmalen, scharfrandigen Ausgangsöffnung. Unter derselben sieht man mehrere runde, scharfrandige, erbsengrosse Oeffnungen. Aus der grossen Ausgangsöffnung lassen sich einige kleine Tuchfetzen leicht entfernen. In dem obern Theil der Wunde liegen die *A.* und *V. axillaris* mit dem *Plexus brachialis* von einer mässig starken Zellgewebsschicht überzogen, scheinen unversehrt, der Humerus und das Schultergelenk ebenfalls unverletzt. Die Bewegungen und die Empfindung im rechten Arme vollkommen normal. Die geringe Blutung steht nach einfachem Verbande mit geölter Charpie und Heftpflaster. Auscultation und Percussion ergaben nichts Abnormes. Der auch an dem rechten Arme gut fühlbare Puls ist klein, mässig frequent.

Schon am Abende und während der folgenden Tage fiebert das Kind sehr lebhaft. Der Puls ist voll und kräftig von unzählbarer Frequenz. Das Athmen ist ruhig, frei, die Zahl der Athemzüge nicht über die Norm erhöht, die Intercostalmuskeln wirken auf beiden Seiten des Thorax gleichmässig, der Percussionston ist, so weit man percutiren kann, voll und hell, die Auscultation zeigt überall vesiculäres Athmungsgeräusch, in den untern Partien der Lungen von Zeit zu Zeit kleinblasiges Rasseln. Unbedeutender Husten; kein Auswurf.

Schon früher vorhandene chronische Diarrhöe tritt vorübergehend wieder auf. Das Kind ist sehr unruhig, wimmert fast ununterbrochen, schläft fast gar nicht. *(Emulsio nitrosa.)* Die Wunde reinigt sich von dem sie bedeckenden nekrotisirten Gewebe; die Muskelfasern des *M. pectoralis maj.* und *minor* liegen am sechsten Tage schön roth und von geringen guten Granulationen bedeckt frei in der Wunde. Die Eiterung ist gut und mässig reichlich. Einige Schrotkörner und Rehposten werden durch Incisionen in die Haut der hintern Thoraxwand entfernt; der eine dieser Einschnitte muss später bis zu einem Zoll verlängert werden, um dem Eiter freien Abfluss zu verschaffen.

Die Fiebererscheinungen ermässigen sich gegen das Ende der ersten Woche, das Kind athmet frei, hustet wenig, Auscultation und Percussion liefern stets die oben angegebenen Resultate: Ruhe, Schlaf, etwas Appetit stellen sich ein.

Am 18. d. M., dem 9. Tage nach der Verwundung, tritt Vormittags, einige Stunden nach dem Verbande, eine starke Blutung auf, deren Quelle anscheinend in dem untern Theile der Wunde unter der Haut der Seitengegend des Thorax verborgen, nicht genau ausgemittelt werden kann. Ein Compressivverband stillt die Blutung. Das Kind liegt ganz anämisch, mit wachsgelben Lippen und Ohren, mit erloschenem Blick, ganz matt und ruhig da und verfällt in anhaltenden Schlaf. Etwas Wein hebt den Puls, der nach einigen Stunden ziemlich voll am linken Arm zu fühlen, am rechten nicht zu entdecken ist. Die Lösung des comprimirenden Verbandes führt die Pulsationen in der Radialarterie nicht zurück; die Blutung steht vollkommen, die Wunde ist blass, mit sehr geringen Mengen gelblichen, schmierigen Exsudats bedeckt. Der Verband wird weniger fest als der gelöste, erneuert.

Nachts $12\frac{1}{2}$ Uhr tritt die Blutung von Neuem auf; ihre Quelle ist diesmal die *A. axillaris;* sie steht auf Compression der *A. subclavia.* Der Blutverlust war nicht bedeutend. Die Hautbrücke zwischen der Ein- und Ausgangsöffnung des Schusskanals wird gespalten, um freie Einsicht in den obern Theil der Wunde zu gewinnen. Auf Nachlass in der Compression der Subclavia spritzt ein stecknadelstarker Blutstrahl etwas oberhalb der Vereinigungsstelle der Wurzeln des *N. medianus* hervor. Ein Griff mit der Pincette vergrössert die Oeffnung, welche in der morschen Wand der *A. axillaris* selbst befindlich ist. Die sofort ausgeführte Unterbindung der Arterie zwischen den Wurzeln des *N. medianus* einige Linien oberhalb der Oeffnung stillt die Blutung vollständig; man sieht deutlich die Pulsationen gegen die umgeschnürte Ligatur. — Rothwein, warme Einwirkung vermögen nicht den Puls zu heben, der kaum noch fühlbar ist. Die Extremitäten sind kalt. Die Farbe überall wachsbleich. Eine Stunde nach der Unterbindung erfolgt der Tod.

Section nach 27 Stunden: Körper 2 Fuss $9\frac{1}{2}$ Zoll gross, ziemlich mager. Augen blau, Pupille mässig erweitert, Haut überall wachsweiss, Muskulatur schlaff, wenig entwickelt. Brustkorb breit, flach. Leib etwas aufgetrieben. In der in der Krankengeschichte schon beschriebenen Wunde liegen die schlaffen mit geringen Mengen schmierigen Exsudats bedeckten Muskelfasern der zum Theil zerrissenen *M. pectoralis maj., min.*, und *latissimus dorsi,* die in zum Theil missfarbiges Zellgewebe eingewirkelten *Art.* und *Vena axillaris* und der *Plexus brachialis;* über denselben der von seiner unversehrten Gelenkkapsel eingeschlossene Kopf des Oberarmbeines. Die Haut der seitlichen und hintern Gegend des Thorax bis zur 7. Rippe herab ist unterminirt. Blutcoagula und schmieriges, schwärzlich grünliches Exsudat in der dadurch gebildeten, an ihrem blinden Ende auf die Länge eines Zolles schon geöffneten Tasche. In dem untern Theile der Wunde liegt die 4. Rippe in der Ausdehnung einiger Linien vom Periost entblöst frei.

In der vordern untern Wand der *Art. axillaris,* etwas über dem Zusammentritt der beiden Wurzeln des *N. medianus* findet sich ein mit unregelmässigen missfarbigen Rändern versehenes Loch, etwa von der Grösse eines grossen Stecknadelknopfes, einige Linien oberhalb desselben die Ligatur. Die Wunde der *Art. axillaris* schon in nächster Umgebung der Oeffnung normal; das Lumen derselben und die Ligatur fest verschlossen, die innere Arterienhaut zerrissen und oberhalb der Ligatur pfropfartig zusammengewickelt; unterhalb des Verschlusses einige zarte blassrothe Blutgerinnsel. Das Lumen der *A. axillaris* und *brachialis* fast frei, leer. Einige Linien oberhalb der Ligatur geht nach unten ein starker Ast der Arterie ab. In der Umgebung der *Art. brachialis* bis zur Ellenbeuge herab an verschiedenen Stellen Sugillationen. Die *Vena axillaris* und die Nerven des Armgeflechts unversehrt, normal. — Die Quelle der ersten Blutung lässt sich in der Wunde nicht entdecken. —

Im linken *Cavum pleurae* ein Esslöffel klarer seröser Flüssigkeit. Die Pleura normal. Die linke Lunge blass, blutleer, aufgebläht. Der obere Lappen an den Rändern und der Oberfläche emphysematös, trokken; der untere Lappen von einer ziemlich bedeutenden Quantität schaumig seröser Flüssigkeit erfüllt, überall lufthaltig. In den Bronchien geringe Mengen weissen zähen Schleimes.

Im rechten Pleurasacke ein Esslöffel blutig gefärbten Serums. Die *Pleura costalis* intact, blass, glatt; in der Ausdehnung von $1\frac{1}{2}$ Zoll, entsprechend dem vorderen knöchernen Ende der 4. Rippe, da wo dieselbe in der Wunde vom Periost entblösst liegt, und in der nächsten Umgebung von feinen, baumartig verästelten, mässig injicirten Gefässen durchzogen, auch hier weder verdickt noch getrübt. Die rechte Lunge blass, etwas aufgebläht, an ihrer Spitze und den Rändern emphysematös. In der Mitte ihrer vorderen Oberfläche eine etwa hühnereigrosse, scharf umschriebene, schwärzlich roth gefärbte Stelle. Die Lungenpleura überall glatt, nicht getrübt. Das Parenchym im oberen Lappen trocken, blass, im unteren und mittleren mässige Mengen einer serösen, schwammigen Flüssigkeit enthaltend. Dem Umfange des oberflächlich sichtbaren dunklen Flecken entsprechend, ist das Lungenparenchym in seiner ganzen Dicke mit dunkel schwarzrothem, geronnenem Blute infiltrirt, luftleer, derb anzufühlen, brüchig, überall von gleicher Consistenz. Aus der körnigen Schnittfläche kann man mit dem Messerrücken geringe Mengen geronnenen Blutes und einer braunröthlichen, klebrigen Flüssigkeit ausdrücken. An der vorderen Fläche des unteren Lungenlappens ein etwa bohnengrosser, fester Tuberkelheerd, in seiner Umgegend und dem oberen Theile des unteren Lungenlappens zahlreiche Miliartuberkeln. — Die Bronchien in dem Bereiche des Infarctus, so weit sie dahin verfolgt werden können, ebenfalls mit Blutcoagulum gefüllt; in der nächsten Umgebung die Wandungen derselben roth gefärbt; im übrigen Theil der Lunge enthalten sie geringe Mengen weisslichen dünnen Schleimes. An der Lungenwurzel mehrere bohnengrosse, mit zum Theil noch flüssigem, zum Theil eingedicktem Eiter gefüllte Abscesse.

Herzbeutel leer, Herz blass, zusammengezogen, von fester Musculatur. Ventrikel und linker Vorhof leer, im rechten Vorhofe eine geringe Menge dünnflüssigen schwärzlichen Blutes. Der Anfangstheil der Aorta und die Lungenarterie leer, in der *Aorta descendens* und den grossen Venenstämmen dunkeles, dünnflüssiges Blut.

Die Bronchialdrüsen sind angeschwollen, einige bis zur Grösse einer Haselnuss. Auf der ungleichmässig körnigen blassgraulichen Schnittfläche zeigt sich theils flüssiges, theils organisirtes faserstoffiges Exsudat.

Die grossen Drüsen der Bauchhöhle sämmtlich blass und blutleer. Die Milz etwas vergrössert mit sehr entwickelten weissen Körpern. Die zusammengefallene Gallenblase enthält wenig hellgelbe dünnflüssige Galle. Im Becken der linken Niere geringe Mengen gelblichen Schleimes, welchen man auch auf der Schleimhaut der von Urin ausgedehnten Harnblase findet.

Die Schleimhaut des ganzen Darmkanals sehr blass. Der Magen von grosser Menge einer wässrigen, graulichen mit Flocken gemischten Flüssigkeit ausgedehnt, im unteren Theile des Dünndarms und im Dickdarm gelbe breiige Fäcalmassen, der übrige Theil des Dünndarms leer.

Die Mesenterialdrüsen sind in grossen Packeten zusammenliegend, bohnen- bis wallnussgross geschwellen, verhalten sich auf der Schnittfläche wie die Bronchialdrüsen.

Die grossen Gefässstämme der Bauchhöhle leer.

Die Untersuchung des vorstehenden Falles richtete sich besonders auf den Zustand der Knochen, der Brusthöhle, der Nerven und der Gefässe.

Die Verletzung der im Bereich der Wunde liegenden Knochen konnte ausgeschlossen werden, obwohl die Diagnose derselben wegen der bei Schüssen aus nächster Nähe verkommenden nicht vollständigen Continuitätstrennung ohne alle Splitterung, nicht leicht ist und häufig erst aus dem Verlaufe erkannt werden kann.

Gegen Eröffnung der Brusthöhle sprachen die physikalischen Symptome, die ungestörte Action der Muskeln der rechten Thoraxhälfte. Der hämoptoische Infarctus konnte hier nicht diagnosticirt werden, weil einmal derselbe in den Bereich der äusseren Wunde fiel und dadurch sich der physikalischen Exploration entzog, andererseits niemals Sputa zu Tage gefordert wurden, welche, wenn man die theilweise Blosslegung der vierten Rippe und die damit verbundene heftige Erschütterung der Thoraxwand berücksichtigte, den Zustand der Lunge hätten vermuthen lassen.

Die Bewegungen und die Empfindung des rechten Armes waren vollkommen normale.

Eine bedeutende Verletzung grösserer Nervenstämme war damit unwahrscheinlich geworden; geringere Verletzungen liessen sich nicht ermitteln. Die Besorgniss vor der Entwickelung von Trismus bei der Lage des *Plexus brachialis* in dem Schusskanal war dennoch nicht ausgeschlossen.

Die *Art. axillaris* mit den Nerven, von einer dünnen Schicht Bindegewebe bedeckt, pulsirte frei in der Wunde, der Radialpuls an dem rechten Arm war deutlich zu fühlen; die Blutung nach der Verwundung war eine sehr unbedeutende gewesen, eine Trennung der Wände der Axillaris war also nicht vorhanden. Ob grössere Gefässe überhaupt zerrissen und durch sofortige Bildung eines Scherfes verstopft worden, musste dahin gestellt bleiben. Der Verlauf des Falles zeigt aber, mit welchem Recht die Vermuthung einer Streifung der Wand der Axillararterie und die Besorgniss vor Blutung bei Abstessung des dadurch nekrotisirten Stückes durch Eiterung ausgesprochen wurde. Das heftige andauernde Fieber, die grosse Unruhe des Kindes vermehrten die Sorge. Um dieselbe Zeit, welche die Erfahrung aus andern ähnlichen Fällen gelehrt hat, trat die erste Blutung auf. Ob dieselbe nicht auch schon aus der Oeffnung der Achselarterie gekommen und ihre Quelle nur durch die unterminirte Haut, welche das Blut zunächst auffangen musste, verborgen habe, lässt sich nicht entscheiden. Die zu diesem Zwecke einige Stunden nach Stillung der Blutung gemachte Untersuchung der Wunde blieb ohne Resultat, da die Blutung auch ohne Compression vollständig stand, und an der *Art. axillaris* nichts entdeckt werden konnte, was auf eine Verletzung derselben direct schliessen liess. Von der projectirten Unterbindung der Arterie wurde deshalb Abstand genommen. Der nach der Lösung des Verbandes nicht zurückkehrende Radialpuls liess ausserdem die Vermuthung aufkommen, dass die *Art. axillaris* im Bereiche der Wunde obliterirt sei, und dass die Bildung eines festen Thrombus weitere Blutungen vielleicht verhindern werde. — Die zweite schnell folgende Blutung bestätigte dies nicht, die Oeffnung in der Wand der Axillaris wurde entdeckt und die Beschaffenheit ihrer Ränder, die Vergrösserung der Oeffnung durch leichten Druck lehrte die Entstehungsart derselben. Dass aber Blutgerinnung im Lumen der Arterie stattgefunden, der Verschluss desselben nur kein vollkommener gewesen oder geblieben, kann man aus den unterhalb der Ligatur aufgefundenen Blutgerinnseln schliessen. Der Mangel derselben oberhalb der Ligatur und der nahe Abgang eines grossen Gefässes aus der unteren Wand der Axillaris lässt ebenso befürchten, dass auch die vorgenommene Unterbindung einen dauernden Verschluss der Arterie nicht bewirkt haben würde, und dass weitere Unterbindungen näher dem Herzen nöthig geworden wären, wenn der Tod nicht früher ärztlicher Hülfe das Ziel gesteckt hätte.

Miscellen.

Extractum bovini sanguinis, ein neues Mittel in chronischen Anämien bei Kindern.

Dr. Mauthner empfiehlt in No. 7 der Neuen medicinisch-chirurgischen Zeitung dieses neue Mittel. Man seiht das frische Ochsenblut durch ein Haarsieb und dampft es dann im Wasserbade bis zum Trocknen ab. Das gewonnene Pulver lässt man dann zu gr. x bis ʒj des Tages in Substanz oder in Wasser gelöst verbrauchen. Es enthält das Mittel das, was anämischen Kindern fehlt, Hämatin und Fibrin.

Die Wirkung des Mittels ist natürlich nicht schnell; auch bei der schwächsten Verdauung wird es weder erbrochen, noch geht es unverdaut ab. Eben so wenig wird der Urin verändert, der Puls bleibt ganz ruhig, Congestivzustände folgen nicht. Die passendsten Fälle für das Mittel sind:

1) Anämie und chronische Diarrhöen bei älteren Kindern.
2) Anämie nach Typhus bei Kindern.
3) Anämie nach bedeutenden, noch nicht ganz gelösten Pneumonien, wenn auch noch Husten und Fieber da ist. Gegen Uebergang in Tuberculose hilft es nichts.
4) Anämie in Folge erschöpfender Eiterung.
5) Anämie nach Scharlachwassersucht.

Dazu hat das Mittel noch den Vortheil grosser Wohlfeilheit.

Correspondenzen.

Berlin. In der Akademie der Wissenschaften hat die Wahl für die zwei in der physikalischen Klasse erledigten Stellen stattgefunden, und ist auf den Dr. Peters, Prosector an der hiesigen Anatomie, und den Dr. Du Bois Reymond, an derselben Anstalt als Assistent beschäftigt, gefallen. Beide sind noch jüngere Leute, und hat somit die Akademie den Beweis geliefert, dass sie nicht mehr, wie das wohl früher der Fall gewesen ist, und wie es sich noch bei so manchen ähnlichen Anstalten findet, die Jugend allein ein Hinderniss für die Mitgliedschaft des Instituts sein lässt. Dass beide nun gewählte Akademiker der Akademie zur Zierde gereichen werden, darüber dürfte Zweifel nicht erhoben werden können.

— Die Pocken grassiren hier noch fortdauernd. Dem Vernehmen nach sind an 1400 Fälle bei der Polizei angemeldet, und man darf wohl annehmen, dass ein Drittheil wenigstens nicht angemeldet ist. Der Zudrang zur Revaccination ist denn auch sehr bedeutend.

— Die hiesige Armenverwaltung hat zur Benutzung der Armenärzte *Formulae magistrales Berolinenses in usum pauperum* drucken lassen, bei denen auch der Preis gleich angegeben ist. Die Tafel enthält nur Bekanntes.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Oesterreich. Dem Reg.-Arzt Dr. Kolarik vom Inf.-Reg. No. 27 das goldene Verdienstkreuz mit der Krone.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt: Dr. J. A. Kamm in Volkach zum Physikatsarzte in Rothenbuch. Versetzt: Landgerichtsphys. Dr. M. K. Wolfring in Pleinfeld als Stadtgerichtsphys. nach Fürth. Quiescirt: Stadtgerichtsphys. Dr. J. J. Braun in Fürth.

Grossh. Hessen. Quiescirt: Physikatsarzt Dr. Buch in Langen.

Preussen. Angestellt: Die Wundärzte 1. Kl. und Geburtshelfer Mergenbaum als Kreiswundarzt für den Kreis Montjoie, Elteste als Kreiswundarzt für den Kreis Merzig und Gottsacker als Districtsarzt der Bürgermeisterei Kempenich. Niederlassungen: Der praktische Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Gudden ist von Siegburg nach Kleve, der prakt. Arzt Dr. Sack von Kreuzau nach Düren und der Wundarzt 1. Kl. Kahnt von Nideggen nach Kreuzau gezogen. Der prakt. Arzt Dr. Sonderland ist von Nideggen und der Augenarzt Heilmann von Köln fortgezogen. Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Tertesse hat sich in Büren, der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Creutz in Schlüsselburg, der Kreiswundarzt Beseler aus Paderborn in Neuhaus, der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Nadrowski in Königsberg in Pr. und der Thierarzt 1. Kl. Flottmann in Simmern niedergelassen.

Todesfälle. Preussen. Der praktische Arzt Dr. Wolter in Berlin, der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Fr. Sartorius in Köln, der prakt. Arzt Dr. Grasso in Neuhaus und der Wundarzt L. Marzinier in Paderborn.

Belgien. Dr. J. B. Raynaud zu Verwez, der Aelteste der Chirurgen Belgiens.

Sonnabend, № 10. 8. März 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Einige Beiträge zur Lehre von den Herztönen (*a.* musikalische Bestimmung, *b.* Fortleitung derselben) und von den Nonnengeräuschen, nebst einigen Bemerkungen zu und gegen Valentiner's neueste Mittheilungen über Bleichsucht.

Von
Dr. Küchenmeister,
prakt. Arzt in Zittau.

[Fortsetzung aus No. 7.]

§. 2.

Beiträge zur Lehre von der Fortleitung der Herztöne.

Um diese Frage spruchreif zu machen, sind zuvörderst noch mancherlei Versuche anzustellen, von denen ich hier folgende mittheile:

1) Setzt man eine Platte von Messingblech, an der sich ein messingener gebogener Drath fest angelöthet befindet, dessen freies Ende in eine Art Knopf oder Kegel ausläuft, welcher seiner Dicke nach in die Weite des Gehörganges passt, auf seine eigene Brust an der Stelle auf, wo das Herz anschlägt, und leitet man sich den Knopf des Instrumentes in den äusseren Gehörgang, so vernimmt man auf diese Weise sehr deutlich die Töne des eigenen Herzens in ihrem doppelten Rhythmus. Ich glaube übrigens, man könnte statt des Knopfes auch eine metallene Ohrmuschel sich machen lassen, aber ich für meinen Theil habe mich dieser Vorrichtung nicht bedient, und glaubte ausserdem den Vortheil zu haben, zu bemerken, wie an der Berührungsstelle des Knopfes und des äusseren Gehörganges gleichsam der Ton aus dem Drathe in das Ohr überzuspringen schien. Ich mache dabei aufmerksam darauf, dass es einiger Uebung bedarf, ehe man diesen Versuch nachmachen kann, aber man überwindet leicht etwaige Schwierigkeiten.

2) Biegt man den Metalldrath nach der entgegengesetzten Richtung, setzt die Platte auf die Brust eines zu untersuchenden Individuums, und leitet sich den Drath in's Ohr, so vernimmt man bei einiger Uebung alsbald deutlich die Herzschläge des Andern. Es gelingt dies Experiment natürlich am besten, wenn der Herzpuls des zu Untersuchenden kräftig, die Töne stark sind, und der Zahl nach der Herzpuls des Experimentators und des Untersuchten beträchtlich von einander differiren. Es muss Einen in der That Wunder nehmen, dass man diesen Versuch nicht ebenso unternommen hat, da es ja ein in der Physik bekannter Versuch ist, dass ein Instrument mittelst eines selbst durch mehrere Zimmer hindurch geleiteten Metalldrathes mit einem zweiten Instrumente, auf welchem gespielt wird, verbunden, in den auf dem zweiten Instrumente angegebenen Tönen wieder erklingt.

3) Es gelang mir zur Zeit noch nicht, vielleicht aber gelingt es Anderen, die eigenen Herztöne zu vernehmen, wenn man die Platte des oben genannten Instrumentes auf sein Herz, den Drath aber an eine Zahnreihe anlegt, bei zugehaltenem einem oder beiden Ohren. Man hat bei diesem Versuche sich zu hüten, dass der Knopf des Drathes nicht das Fleisch der Lippen oder Zähne berühre. Ich ging hierbei von dem bekannten physikalischen und vom Medicinalrath Schmaltz in Dresden zur Unterscheidung nervöser und nicht nervöser Schwerhörigkeit benutzten Experimente aus, wonach man bei verschlossenen beiden, in ihren Nerven gesunden Ohren eine auf eine Zahnreihe seitlich gesetzte frei schwingende Stimmgabel auf demjenigen Ohre schwingen hört,

---

Feuilleton.

Oeffentliche Bäder und Waschhäuser.

Von
Dr. Liman in Berlin.

„Reinlichkeit ist das halbe Leben" und „reine Hände, reine Sitten", diese beiden Sprüchwörter drücken in Kurzem den Nutzen aus, den die Cultur der Reinlichkeit auf das physische und moralische Leben des Volkes ausübt. Es wäre Thorheit, zu Gunsten der Reinlichkeit Aerzten gegenüber plädiren zu wollen, die in ihrem täglichen Verkehr mit den sogenannten arbeitenden Klassen sehr wohl empfinden und wissen, welche Hindernisse der Schmutz und die Liederlichkeit dem körperlichen und geistigen Gedeihen des Menschen entgegensetzen. Das Princip also wollen wir hier nicht weiter ausführen. Wir wünschen durch das Folgende nur die Aufmerksamkeit unserer Collegen erneut auf eine von England ausgehende Institution zu richten, die daselbst die schönsten Früchte getragen hat und am Ende des vergangenen Jahres ein Echo in Frankreich in der Assemblée nationale fand, indem der Minister des Ackerbaues und Handels in derselben einen Credit von 600,000 Fr. zur Subvention für diejenigen volkreichen Gemeinden beantragte, welche Bade- und Waschanstalten zu geringen Preisen zu errichten wünschten. Dass aber den Gegenstand zur Sprache zu bringen nicht eitel Bewunderung des Fremden ist, sondern dass das Bedürfniss zu erweiterten und verbesserten Anstalten auch bei uns dringend vorhanden ist, möchte am deutlichsten aus einem Circulare an sämmtliche Armenärzte Berlins vom 10. Juli 1850 hervorgehen, in welchem gesagt ist, „dass auf die für die hiesigen Stadtarmen festgesetzte Zahl von 30 Bädern täglich der Bedarf nothwendig beschränkt bleiben muss, dass aber der Andrang zu denselben in neuerer Zeit so ausserordentlich zugenommen habe, dass die Benutzung derselben ganz ungewöhnlich weit hat hinausgeschoben werden müssen, so dass nicht einmal etwaige dringende Fälle Berücksichtigung finden können." Aus diesen Gründen wurde den Armenärzten die möglichste Beschränkung von Anträgen auf Bäder empfohlen. In der That kamen die verordneten Bäder inclusive des Geschäftsganges nicht selten erst sechs Wochen nach der Verordnung in Vollzug. Bedenkt man, dass es sich hier nur um Kranke handelt, und dass diesen schon der Gebrauch warmer Bäder so überaus schwierig ist, dass ferner die Preise der Bäder bei uns im Allgemeinen so hoch gestellt sind, dass nur der Wohlhabendere sich den Genuss und den Vortheil des Badens verschaffen kann, so scheint es keiner weiteren Ausführung zu bedürfen, dass von einer diätetischen Pflege durch Bäder in den arbeitenden Klassen überall keine Rede sein kann. Und doch wie sonderbar! Man bemüht sich durch Zugänglichkeit öffentlicher Sammlungen etc. die intellectuellen Fähigkeiten des Volkes anzuspornen und auszubilden, man gestattet den Zutritt jedem „anständig Gekleideten", aber man fühlt nicht das Bedürfniss, die Mittel zur körperlichen Pflege und zum materiellen Wohlbehagen zugänglicher zu machen und indirect dadurch die Sittlichkeit der Bevölkerung zu heben!

Wir sind freilich ausser Stande, durch Zahlen zu beweisen, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung Londons oder Liverpools etc. seit Einführung der Freibäder sich verbessert habe, oder dass die Zahl

welches der Seite der Zahnreihe entspricht, wo die Gabel angesetzt wurde. Verstopft man bei diesem Experimente nur ein Ohr und lässt man das andere offen, so hört man die Gabel stets nur auf dem verstopften Ohre tönen. Obgleich mir also dies Experiment mit dem Drathe nicht gelang, so gehört hierher doch ein allgemein bekannter, in dieser Bedeutung aber noch gar nicht oder nicht hinreichend gewürdigter Versuch:

4) Wenn man nämlich im Bette oder auf einem Sopha liegt und sich auf eine Seite legt, so dass man das Ohr dieser Seite mit dem Kissen verschliesst, das der entgegengesetzten Seite aber offen lässt, so hört man die Töne seines eigenen Herzens nur auf dem Ohr, auf dem man liegt, freilich stets beim Liegen auf linker Seite stärker im linken Ohre, als beim Liegen auf rechter Seite im rechten Ohre. Dies ist einer der wichtigsten Beweise für Fortleitung der Herztöne durch die Knochen; indem wir hier zuvörderst den Versuch in einer Weise anstellen, welcher für die Schallfortleitung durch feste Theile die günstigsten Bedingungen bietet, und sodann beim Liegen auf linker Seite die Ueberführung (Fortpflanzung) der Töne auf die festen Theile (Knochengerüste) am meisten begünstigt ist, und drittens bei Liegen auf linker Seite der Weg vom Herzen zum linken Ohre in Betreff der Fortpflanzung durch die Knochen der kürzere ist, so dass auch deshalb der Schall stärker im linken Ohre ankommen muss, als im rechten. Geschähe eine Fortleitung der Herztöne durch die Gefässe bis zum Ohre, so müsste man zweifelsohne die Herztöne in jeder Lage gleich stark, ja rechts selbst stärker hören, indem der Weg in beiden Fällen fast gleich wäre, mindestens auf rechter Seite nicht nur nicht länger, sondern eher kürzer sein müsste, wenn man an die Lage des Aortenbogens, Anfangs mehr nach rechts, und an den Ursprung der Carotis rechter Seits denkt. Uns scheint es, als ob man die Herztöne auf rechter Seite deshalb schwächer, auf linker aber in der Seitenlage stärker höre, weil durch die innigere Anlagerung des Herzens in grösserer Ausdehnung an den Brustkorb bei Lage auf linker Seite ein Moment gegeben ist, welches die Fortleitung der Herztöne auf Knochen begünstigt, bei Lage auf rechter Seite aber die Berührung des Brustkorbes durch das Herz eine sehr mangelhafte und nur sehr partielle ist, und dabei immer noch das Herz nur an linker Brust anliegen kann. Wir werden auf diesen Gegenstand weiter unten nochmals zurückkommen.

5) Nimmt man eine elastische, mit Luft gefüllte, an beiden Seiten offene oder geschlossene Röhre, und setzt das eine Ende derselben an die Brust, das andere in sein Ohr ein, so hört man bekanntlich seine eigenen Herztöne, im ersteren Falle nur stärker als im zweiten, wie man durch die verschiedenen Stethoskope zum Selbstauscultiren zum Theil schon wusste. Ich höre z. B. meine eigenen Herztöne ganz gut mittelst des elastischen, vom Junod'schen Apparate abgeschraubten Verbindungsrohres zwischen Stiefel und Luftpumpe.

6) Füllte ich diese Röhre mit Wasser uud verschloss sie an beiden Seiten mit feiner Blase, so vermochte ich keine Herztöne mehr wahrzunehmen. Vielleicht gelingt dieser Versuch bei noch feineren Apparaten, als ich hier zu erlangen Gelegenheit hatte, Anderen; ich kam auch in anderen hierzu verwendeten Röhren zu keinem Resultate.

7) Bei einer Untersuchung über die Fortleitung der Herztöne im Gefässapparate müssen wir besonders auch der Atresien, und zwar der partiellen wie allgemeinen, gedenken:

a) Es wäre hier von dem entschiedensten Einflusse, solche Individuen zu untersuchen, bei denen aus irgend welchem Grunde eine der *Arteriae carotides* obliterirt ist. Man hätte dabei folgenden Gang der Untersuchung anzustellen. Zuvörderst untersucht der Arzt die Carotis an der Halsseite, wo sich die Atresie befindet, und bestimmt, ob er einen Puls fühlt; sodann auscultirt er das Individuum und untersucht, ob er Töne über der Carotis wahrnehme und in welchem Rhythmus, sowie, wie weit sich diese Töne erstrecken. Alsdann lässt man das Individuum sich auf die Seite der Atresie in sein Bett legen und bestimmen, ob es mit dem Ohre die Herztöne wahrnehme oder nicht. Aus der Gesammtheit der Ergebnisse kann man dann ein ziemlich entscheidendes Urtheil sich über die Tonfortleitung fällen. Ich habe dieses Experiment an einem Epileptiker angestellt, dem zur Heilung der Epilepsie in meiner Gegenwart von Hrn. Steinert hierselbst, einem Dieffenbach'schen Schüler, die *Carotis dextra* unterbunden worden war. Es gehört nicht hierher, dass, wie ich vermuthet hatte, diese Ligatur in Bezug auf die Epilepsie nichts helfen würde, und dass im Gegentheil die Anfälle bald nach der Operation um so häufiger waren, und von einem Stillstand der Krankheit und Erhaltung der geistigen Functionen (des Urtheils und Gedächtnisses) nicht die Rede sein konnte; mir lag es daran, mich nach Jahresfrist über den Erfolg der Ligatur zu vergewissern. Der Puls der *Carotis dextra* in ihrem unteren Drittheil war sehr schwach, weiter oben fehlte er; ebenso waren die Töne unten hörbar, aber sehr schwach, und fehlten weiter oben. Ich weiss nicht, ob ich die Atresie für eine partielle oder complete halten soll, doch halte ich sie mehr für letztere, und glaube nicht, dass es lange dauern wird, ehe man sich hiervon Gewissheit verschaffen kann, da der Kranke immer mehr dahinwelkt. Den letzten Theil der Untersuchung aber anzustellen, ob der Kranke seine Herztöne im eigenen rechten Ohre vernimmt beim Liegen auf rechter Seite, das war mir leider unmöglich, da das Gedächtniss und Urtheil des Kranken fast ganz zerrüttet ist, und alle Versuche, etwas zu erfahren, missglückten, und unter diesen Verhältnissen auch von geringem Werthe sein müssten. Es bleibt mir also nichts übrig, als zu erzählen, wie ich verfahren, mit welchem Unglück ich untersucht habe, und Andere, denen Atresien der Carotiden zur Unterstützung zu Gebote stehen, zu ersuchen, dass sie diese Versuche wiederholen, und wünsche ihnen dabei mehr Glück, als ich hatte.

b) Was die Beobachtungen über vollkommene und unvollkommene Aortenatresien anlangt, so finden wir das Hauptsächlichste hierüber im 3. und 4. Hefte der Prager Vierteljahrsschrift vom Jahre 1848 von Oppolzer und Hammernjk mitgetheilt. Oppolzer berichtet: „In der am untern Winkel des Schulterblattes verlaufenden, deutlich pulsirenden Arterie hört man einen deutlichen Ton. Die Bauchaorta giebt keinen Stoss und hört man über ihr keinen Ton. Der Puls der Cruralis, sowie an allen Arterien der unteren Gliedmaassen fehlt; die Brachialis tönt deutlicher als im normalen Zustande und ist weiter,

---

der begangenen Verbrechen abgenommen, somit die allgemeine Sittlichkeit zugenommen habe; wir berufen uns in Bezug hierauf auf die Aussagen der über jene Anstalten veröffentlichten Berichte. Gesetzt aber, es werde diese indirecte Wirkung — die wir allerdings behaupten — gar nicht erzielt, sondern nur direct Abnahme der Schmutzerei bewirkt, so ist damit unseres Erachtens schon viel gewonnen.

Aus dem oben erwähnten Circulare geht hervor, dass für die Armen täglich 30 Bäder disponibel sind. Da (nach einer von uns angestellten Berechnung nach dem Monatsblatt der Armendirection zu Berlin) durchschnittlich die Summe der von den Armenärzten behandelten Kranken sich jährlich auf 75,000 beläuft, so würde auf je sieben Kranke etwa jährlich ein warmes Bad zu rechnen sein; mit anderen Worten, gelangte dieselbe Person bei einem regelmässigen Turnus alle sieben Jahre zu einem Bade. Auf wieviel Individuen der unbemittelten Bevölkerung im Allgemeinen etwa danach ein Bad zu rechnen wäre, wagen wir nach diesen Daten nicht zu bestimmen. Noch eine andere Berechnung aber wollen wir anstellen, einstweilen, da hierdurch vielleicht genauere Berechnungen von Solchen angestellt werden, denen die Thatsachen zugänglicher sind. In Paris werden, exclusive der kalten Bäder und exclusive der in den Hospitälern verabreichten (im Hôpital St. Louis ist eine sehr grosse Badeanstalt nicht allein für die Kranken des Hospitals, sondern auch für Kranke ausserhalb desselben, welchen letzteren allein z. B. im Jahre 1833 die Summe von 82,514 Bädern, Douchen und Räucherungen ertheilt wurde [1]), in Paris, sagen wir, belief sich die Summe der in 125 Badehäusern genommenen warmen Bäder auf 2,116,300 [1]), was bei einer Einwohnerzahl von 950,000 etwa 2,23 Bäder auf jeden Einwohner der Stadt per Jahr beträgt. Setzen wir für die 400,000 Einwohner Berlins des Jahres 1846 [2]) ein ähnliches Verhältniss an, so müssten die 16 Badeanstalten unserer Stadt, in denen warme Bäder ertheilt werden [3]), jährlich 880,000 Bäder liefern, das heisst es müsste jede Anstalt 15 Badewannen besitzen, und jede dieser Wannen im Laufe eines Tages 10 Mal benutzt werden. Nur der kleinere Theil unserer Badeanstalten besitzt aber mehr als 15 Wannen, und mehrere derselben sind während des Winters gänzlich oder theilweise geschlossen. Auch die frequentesten reduciren ihre Badewannen während der kalten Jahreszeit auf mehr als die Hälfte. Es wird also höchst wahrscheinlich die oben aufgestellte Zahl von warmen Bädern in Berlin in Jahresfrist bei weitem nicht verbraucht.

Hiernach bekommt man einigermaassen einen Begriff von der Frequenz der bei uns verbrauchten warmen Bäder. Welcher Steigerung dieser Consum zum Wohle der Bevölkerung aber fähig ist, davon erlangt man eine Anschauung durch die Mittheilungen, welche uns über die englischen Etablissements zugehen, die nicht allein auf Bäder, sondern auch auf das Waschen der Wäsche etc. eingerichtet sind, und über deren Entstehung und Thätigkeit wir Einiges mittheilen wollen. Die Quellen, aus denen wir schöpfen, sind — leider nicht die eigene Anschauung, denn als wir die Weltstadt besuchten, waren gerade die ersten Agitationen zu Gunsten dieser Institute im Werk, — sondern

[1]) *Nouveau formulaire pratique des hôpitaux etc.* Paris, 1841.

[1]) Union méd. No. 51. 1850.

[2]) Mittheilungen des statistischen Büreau's von Dieterici. 1849.

[3]) Wohnungsanzeiger der Stadt Berlin. 1851.

ebenso der Radialpuls gross. Die Durchgängigkeit der Cruralis war durch die normale Wärme und Ernährung der unteren Extremitäten bewiesen." Hammernjk erzählt: „An der Bauchaorta dieses an partieller Verschliessung der Aorta leidenden Kranken (Sédiwy) keine Pulsation hörbar (!), an den Cruralarterien sind sie sehr undeutlich und nur mit grösster Aufmerksamkeit zu hören." Ueber das Fühlbarsein der Pulsation fand ich nichts, und das Hören der Pulsationen ist ein bei Hammernjk schon 1846 gebräuchliches, jedenfalls sehr unphysikalisches Deutsch, und es wird Zeit, dass diese Art Deutsch aus der Medicin vertilgt werde. Der Puls ist nichts als eine Ortsveränderung der Arterie, die sich dem Gefühle als solche kundgiebt. Töne entstehen nur durch Schwingungen der kleinsten Theilchen eines Körpers gegen einander nach Erschütterung desselben.

Aus Oppolzer's Beobachtungen geht hervor, dass da, wo ein gänzliches Hinderniss in der Lichtung des Gefässes eintritt, alle Puls- und Tonwahrnehmung aufhört, und zwar für alle hinter der Atresie belegenen Theile des Gefässsystems, oder was dasselbe heisst: gänzliche Verschliessung eines Gefässes nimmt demselben die Fähigkeit, den Ton sowohl als den Puls fortzuleiten.

Aus Hammernjk's Beobachtung ist, nach dem Wortlaute, nicht viel für unseren Gegenstand zu gewinnen. Vielleicht spricht sich Hofrath Oppolzer, der diesen Fall auch kannte, genauer noch einmal über diesen Punkt aus. Es gehört nämlich grösserer Glaube dazu, als man heutzutage im medicinischen Israel finden dürfte, wenn man mit Hammernjk annehmen sollte, dass in der *Aorta abdominalis* Puls und Tonerscheinung fehlten, und, wenn auch schwach, in den entfernteren Crurales wiederkehrten. Wir können demnach auch Hammernjk's Schlusssatz zur Zeit noch nicht unterschreiben: „Theilweise Unterbrechung des Blutstromes verändert oder vermindert den Ton."

Einer der neuesten Fälle incompleter Aortenatresie ist von van Leeuwen in Utrecht mitgetheilt (cfr. Schmidt's Jahrb. Bd. 67. pag. 300. Jahrg. 1850.) und steht mit Hammernjk's Angaben in gewaltigem Widerspruche: „*Arteriae aorta abdom.* und *iliacae* fühlt man nicht pulsiren, der Kranke kann aber den Druck auf die Bauchwand nicht gut vertragen. Keine *Pulsat. abdominal.*" (Man erwartete hier eine genauere Mittheilung über Sichtbarkeit und Fühlbarkeit der *Puls. abd.*; auf die Sichtbarkeit ist gar keine Rücksicht genommen. K.) „Die *Art. crural.* sind kaum zu fühlen. Auscultation: Am Bauche ist nur bei stärkerem Drücken ein systolisches Blasen wahrnehmbar, was man auch längs der ganzen Wirbelsäule vom ersten Brustwirbel bis zum Heiligenbein am Rücken hört." Dass wir hier nichts von Bauchaorten-Pulsation wahrnehmen, hat seinen Grund in der Schmerzhaftigkeit der Bauchdecken des Kranken; van Leeuwen selbst scheint sich zu wundern, dass er sie nicht fand, und urgirt daher diese Bauchdecken-Schmerzhaftigkeit. Fortpflanzung des Tones war aber nirgends unterbrochen, wie im Hammernjk'schen Falle es gewesen sein soll. Entweder nun pflanzt sich der Schall nur in den Knochen fort, hier längs der Wirbelsäule, oder er geht unverändert durch ein noch offenes, wenn auch theilweise atresirtes Gefässrohr. Man hörte nämlich in Leeuwen's Falle dasselbe systolische Blasen vom Aortenbogen bis herab zum Heiligenbeine.

8) Man hat ferner, ausser Puls und Ton, auch die Schnelligkeit zu unterscheiden, mit welcher sich die Schallwellen und die Flüssigkeitswellen im Gefässsysteme fortpflanzen. Die Schallwellen pflanzen in der Luft sich mit einer Schnelligkeit von 1024 (genau 1022,5) Fuss in der Secunde, im Wasser mit 4 Mal, in festen Körpern mit 5—16 Mal grösserer Geschwindigkeit fort. Dies gäbe also im Blutgefässsysteme, dasselbe einmal gleich dem Wasser gerechnet, 4096 Fuss. Nach Skoresby's neuesten Messungen legt das Meerwasser bei einem heftigen Orkane 800 Fuss in $16\frac{1}{2}$ Secunden, also 48 Fuss in einer Secunde zurück. Poiseuile's Messungen kann ich hier nicht anführen, weil ich den „bestimmten Raum seines Apparates" nicht kenne. Wir wissen nun weiter, dass Vierordt in seinem Archiv (Jahrg. 1850. p. 373 sq.) berechnet hat, dass das Blut mit einer Secundengeschwindigkeit von 6,3 Metern aus der linken Herzkammer fliessen würde, wenn ihm keine Widerstände entgegenstünden, aus dem rechten Herzen mit einer Blutgeschwindigkeit von 4,8 Metern, was aber durch Hindernisse so weit gemindert wird, dass sie nur $\frac{1}{8}$ oder $\frac{1}{10}$ dieser Summe beträgt (nach Volkmann 6—8 Decimeter). Die Blutgeschwindigkeit (cfr. Vierordt über die Herzkraft in seinem Archiv 1851, 1., p. 42.) hängt ab: von der Contractionsfähigkeit des Herzens (indem nach Volkmann's in seiner Hämodynamik niedergelegten Angaben die Blutgeschwindigkeit bei minder frequenten Herzcontractionen grösser ist, da hier die Abschnitte sich vollständiger entleeren), von dem Grade der Füllung des Arteriensystems, von der Elasticität der arteriellen Wandungen und von den Widerständen im Capillarsystem. Nichts desto weniger, obwohl ich keine Berechnung angeben kann, welchen Einfluss die Hindernisse im Gefässsystem auf Schallfortpflanzung ausüben, wird man doch annehmen müssen, dass die Geschwindigkeit der Schallfortleitung immer für die Secunde eine bei weitem beträchtlichere sein würde, als dies in Bezug der Flüssigkeitswellen angegeben ist, und dass wohl eher die ganze Schallfortleitung beeinträchtigt würde, ehe wir von einer derartigen Verlangsamung der Schallgeschwindigkeit reden könnten, die der Fortleitung der Flüssigkeitswellen im menschlichen Körper gleich wäre. Schon Volkmann sagt in Betreff des *Pulsus dicrotus* in seiner Hämodynamik: „Der *Pulsus dicrotus* entsteht dadurch, dass der Stoss in der Flüssigkeit sich fortpflanzt mit der Geschwindigkeit der Schallwellen, in den Gefässwänden aber langsamer, so dass ein doppeltes Wellensystem entsteht." Es ist nun bekannt, und Valentin gedenkt in seinem Grundriss der Physiologie des Menschen dieses Umstandes gleichfalls, dass der Puls in *Art. rad., crur.* und *metatars.* zuweilen um $\frac{1}{12}$—$\frac{1}{4}$ Secunde später zu fühlen ist, als der Herzimpuls. Noch nie aber ist ein Beispiel davon erzählt worden, dass, was doch nach den Fortleitungsgesetzen des Schalles zu erwarten stünde, in einem solchen Falle einmal der Ton in das Intervall zwischen Herzimpuls und Arterienpuls gefallen wäre. Dieses Fehlen einer solchen Beobachtung fällt gewiss nicht ohne Gewicht in die Waage, auf der wir die Fortleitung durch das Gefässsystem und das knöcherne Gerüste des Körpers abwägen. Ich kann mich nicht von der Ansicht trennen, dass die Hindernisse, welche sich im Gefässsysteme finden, die Schallfortlei-

---

einige freilich nicht sehr umfangreiche Berichte über die *„free baths and wash-house establishment, glass-house yard*, 1845—1848", ferner einige Berichte über die ersten Versammlungen zur Gründung der jetzt florirenden *„baths and wash-houses for the labouring classes*, 1845", die ausser den statistischen Notizen den Zweck der Anstalten erläutern, leider aber sich nicht näher über die technischen Einrichtungen verbreiten. Diese Berichte wurden uns von dem vor einigen Jahren im Auftrage seines Gouvernements zur Besichtigung der gegen die Cholera getroffenen Einrichtungen den Continent bereisenden Mr. Goninger gütigst übersehickt, dem wir dafür hiermit freundlichst danken. Ausserdem benutzen wir das, was aus dem Bericht der von dem französischen Handelsminister niedergesetzten Commission behufs der Prüfung der Mittel zur Errichtung öffentlicher Bäder und Waschhäuser in die Journale übergegangen ist[1]). Schon vor längerer Zeit, etwa vor 30 Jahren, war in England der Gedanke rege geworden, Bade- und Waschhäuser mit speciellen ad hoc construirten Trockenapparaten zu errichten; es hatten jedoch die finanziellen Schwierigkeiten den Plan scheitern gemacht. Ein neuer Anstoss wurde in den letzten Jahren diesem Plane durch die vom englischen Gouvernement eingeleitete Untersuchung über die Sanitätsverhältnisse der Bevölkerung, besonders in den volkreichen Städten des Königreichs, gegeben. Dieser Bericht bestätigt es, dass eine reinliche, luftige, in Ordnung gehaltene Wohnung auf die Bewohner derselben nicht allein einen physisch, sondern auch moralisch wohlthätigen Einfluss ausübt. Unter ihrem Einfluss werden die heranwachsenden Familienmitglieder reinlich, friedliebend und nicht neidgönnorisch gegen das Glück und die Zufriedenheit eines Andern. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Erweckung und Ausbildung des Gefühls für Reinlichkeit und dem Sinn für Gesetzlichkeit und für höhere moralische Pflichten, deren Beobachtung kein Gesetz und keine Strenge erzwingen kann. Wo Schmutz und Unflath in ungesunden Wohnungen gefunden werden, da findet sich nicht und kann auch nicht erwartet werden der Anstand, der selbst auf der niedrigsten Stufe der Civilisation zu fordern ist. Der Bewohner schmutziger Höhlen wird unter solchen Eindrücken indifferent, selbstisch, sinnlich, und die Gewöhnung an Schmutz ist mit schmutzigen Gewohnheiten, Trägheit, Unehrlichkeit, Gemeinheit, Verbrechen und physischer Zerrüttung gepaart. Aber der Bericht zeigt ferner, dass bei der dicht geschichteten Bevölkerung die Cultur der Reinlichkeit und die Beschaffung der Mittel zu derselben seine Schwierigkeiten habe. Eine Familie von 4 und 5 Personen bewohnt oft einen einzigen kleinen Raum, in dem — wenn einmal — alle Effecten der kleinen Wirthschaft gewaschen, getrocknet etc. werden müssen. Wie schwer können solche Menschen sich und ihre Umgebung rein erhalten, wenn sie noch die Zeit dazu ihrer Arbeit abmüssigen müssen! Unter dem Eindruck des oben erwähnten Berichtes entstand in Liverpool die erste „öffentliche Bade- und Waschanstalt" im Jahre 1842. Die günstigen Resultate derselben fanden bald Anklang und in den bedeutendsten Städten Englands Nachahmung. In Edinburg entstand sogar eine auf Kosten der Arbeiter selbst.

In London fand im Jahre 1844 ein Meeting statt, auf welchem unter dem Vorsitz des Lord-Mayors durch den Lord-Bischof der Nutzen solcher Anstalten klar beleuchtet wurde, in Folge dessen die Versammlung ein Comité erwählte, dessen Aufgabe die Förderung der Angelegenheit im Allgemeinen, wie die Errichtung einer Musteranstalt für London

[1]) Union méd. No. 151. 1850.

tung viel mehr und stärker und schneller beeinträchtigen, als dies mit der Fortleitung der Flüssigkeitswellen und der Pulswahrnehmung der Fall ist, und dass es Gefässe giebt, die immer noch Puls und doch keinen Ton erkennen lassen, dies ist ja längst bekannt.

9) Es ist bekannt, dass man am Nacken, fern von den Carotiden, immer noch Herztöne wahrzunehmen gar oft mittelst des Hörrohres im Stande ist. Diese Töne sind nicht von den Carotiden aus etwa fortgeleitet, sondern von dem Thorax aus selbst.

10) Aus der musikalischen Bestimmung der Carotidentöne scheint allerdings hervorzugehen, dass sie ebenfalls wie die Herztöne in einer kleinen Terz stehen. Dies spricht deutlich dafür, dass die über den Carotiden hörbaren Töne vom Herzen fortgeleitete sind.

(Fortsetzung folgt.)

Einige Bemerkungen über die Tuberkulose, mit Beziehung auf die von Henle und Reinhardt neuerdings aufgestellten Ansichten.

Von

Dr. Heidenhain in Marienwerder.

(Schluss aus No. 9.)

Haben wir nun oben nachgewiesen, dass die Gründe, die Henle für die locale Entwickelung der Lungentuberkeln angiebt, nicht stichhaltig sind, und werden wir auch später noch sehen, dass selbst die Art dieser localen Entwickelung, wenn die von Reinhard angenommene die richtige wäre, sie auch dadurch als unhaltbar erscheinen lassen, so wollen wir doch jetzt zunächst diejenigen Gründe hervorheben, die direct dafür sprechen, dass der Tuberkelbildung mit Ausnahme vielleicht weniger Einzelfälle (in denen sie überdies nur sparsam vorkommen und obsolesciren), ein Allgemeinleiden zu Grunde liegt. — Wir rechnen dahin vom anatomischen Standpunkte das gleichzeitige Vorkommen in verschiedenen Organen und vorzugsweise im Darmkanal.

Diese sieht nun Henle freilich als Folge der Lungentuberkeln an, weil sie sich erst späterhin zu denselben gesellen, dann aber geradezu sich widersprechend, bezweifelt er überhaupt die tuberkulöse Natur der Ablagerungen im Darm und meint: „was man als Tuberkeln der Darmschleimhaut beschreibe, sei meist nichts anderes als die angeschwollenen Solitärdrüschen oder die wulstigen Geschwürsflächen, die nach der Zerstörung dieser Drüschen zurückblieben, man bekomme im Darm der Phthisischen überhaupt nicht tuberkelförmige Körper, sondern nur Geschwüre und Erosionen zu sehen, die man irrigerweise aus der Erweichung jener herleite, es bestände ersichtlich nur ein katarrhalisch-entzündlicher Zustand des Darms." Diese Erkrankung des Darms will Henle mit Pfeufer aus der Reizung herleiten, die bei der Berührung der aus der Luft- in die Speiseröhre und von dort in den Darmkanal gelangenden Eitermassen mit der Innenfläche des Darms zu Stande komme!!

Wahrlich, es hat nicht viel Wahrscheinliches, dass der durch den Process der Chymification und Chylusbereitung durchgehende Eiter wohlbehalten bis ins Ileum und Coecum, dem klassischen Sitze der Verschwärungen gelange, und dort erst seine verheerende Wirkung übe. Zweitens ist es aber geradezu falsch, dass die Darmgeschwüre der Phthisischen sich nicht deutlich genug als tuberkulöse charakterisirten; denn wer je nur ein Mal dieselben gesehen und mit anderen z. B. typhösen Geschwüren verglichen, der wird den *Lapsus memoriae* bei Henle nicht begreifen. Schon bei der äusseren Besichtigung des Darms sieht man bei den Phthisikern eine Menge kleiner Tuberkeln durchscheinen, die keinen diagnostischen Zweifel übrig lassen, auch wenn man von dem übrigen Befunde in der Leiche gar nichts weiss; auf der Innenfläche des Darms findet man in den Geschwüren noch überall am Rande wie in der Mitte, einzeln oder dichter gruppirt, Tuberkeln, die man an typhösen katarrhalischen und diarrhöischen Geschwüren vergebens suchen würde.

Wenn so die tuberkulöse Natur der Geschwüre unzweifelhaft feststeht, so ist die Frage noch zu beantworten: sind diese Darmtuberkeln, wie Henle will, eine Folge des Lungenleidens, oder eben so, wie diese, ein Ausdruck des Allgemeinleidens, der Dyskrasie?

Ein Zusammenhang der Lungen- und Darmtuberkeln, wie Ursach und Wirkung, will mir nicht recht einleuchten. Wie sollen die letzteren aus ersteren hervorgehen? Eine Resorption von Tuberkelmasse kann deshalb nicht angenommen werden, weil diese nichts specifisches hat. Die vorzugsweise, aber nicht ausschliesslich, den Tuberkeln zukommenden Elementarkörperchen sind zur Zeit der Cavernenbildung, in welcher doch wohl zuerst von einer Resorption die Rede sein könnte, in Körner zerfallen, und diese zum Theil erweicht und untergegangen. An eine Eiterresorption kann deshalb nicht gedacht werden, weil die dem äusseren Ansehen nach in mancher Beziehung tuberkelähnlichen Massen, die man im ersten Stadium der lobulären Abscesse beobachtet, doch wiederum eine so bestimmte Form und Entwickelung haben, dass sie mit den Darmtuberkeln im Entferntesten nicht übereinstimmen. Indem wir hiernach keinen rechten ursächlichen Zusammenhang zwischen den Lungen und Darmtuberkeln haben, so leitet uns die Analogie entschiedener auf die Genese aus dem Blute hin. Es ist eine Eigenthümlichkeit vieler pseudoplastischer Exsudationen, dass sie meistens nicht auf einmal mehrere Organe, sondern eins nach dem andern befallen, je nachdem sich nach und nach die örtlichen Bedingungen für die Exsudationen in den einzelnen Organen günstig gestalten; wir sehen dies beim Krebs, bei Fettdegenerationen. Es ist auch in der That kein Grund vorhanden, die Entwickelung der einzelnen örtlichen Affectionen von einander abhängig zu machen, bei der Schwierigkeit, auch nur eine einigermaassen genügende Erklärung für die Pathogenie auf diesem Wege zu finden, während eine so natürliche Quelle der verschiedensten örtlichen Deposita sich ungezwungen in der Dyskrasie darbietet.

Bei vielen Typhösen findet man nur Geschwüre im Dünndarm,

---

sein sollte. Dies Comité constituirte sich unter dem Vorsitz des Lord-Bischof, ordnete sich in eine Finanz- und eine ausführende Commission, autorisirte die Bank von England zur Empfangnahme von Subscriptionen, und brachte, nachdem schon einige Etablissements, z. B. Glasshouse Yard, von dem weiter unten, von Neuem seine Nützlichkeit bewiesen, eine Petition an das Parlament, durch welche die Gemeinden zu Darlehen für diesen Zweck autorisirt wurden (1846).

Diese Petition, insofern sie ein wichtiges Aktenstück in dieser Angelegenheit ist, die leitenden Gesichtspunkte scharf hervorkehrt, und durch sie unter dem Namen „Sir H. Dukinfield's Akte" die Bade- und Waschhäuser in die Reihe der National-Institutionen Englands eingetreten sind, erlauben wir uns hier mitzutheilen:

„Die unterthänigst unterzeichneten Mitglieder des Comité's zur Beförderung der Errichtung von „Bade- und Waschhäusern für die arbeitenden Klassen",

In Erwägung: —

Dass das Comité, dessen Abgeordnete die Petenten sind, in einer in Mansion-House in London im October 1844 abgehaltenen öffentlichen Versammlung erwählt und aus 230 Mitgliedern der angesehensten Stände besteht.

Dass die Petenten ausdrücklich durch eine besondere Versammlung der Comité-Mitglieder zur Ueberreichung dieser Petition, als des Ausdruckes ihrer Wünsche, autorisirt sind.

Dass aus den verschiedensten officiellen Berichten über die Verhältnisse der arbeitenden Klassen und über den Zustand grosser Städte und volkreicher Districte, sowie aus den Einzelfällen, auf welche derartige Berichte gegründet sind, hervorgeht, wie die Wohnungen der arbeitenden Bevölkerung zum grossen Theil überfüllt sind, ein Zustand, der sich täglich vermehrt.

Dass eine Folge solcher Ueberfüllung in vielen Fällen die Vernachlässigung der Reinlichkeit, sowohl der Personen als im Hause, ist, und daher nicht allein alle Behaglichkeit unmöglich gemacht, sondern auch zur Trunksucht, Liederlichkeit und äusserster Demoralisation Veranlassung gegeben wird.

Dass, selbst wenn Personen unter solchen Umständen sich bemühen, sich selbst und ihre Zimmer rein zu erhalten, sie wenig mehr als einen Grad von Reinheit erzielen, der nur unvollkommen der Erhaltung ihrer Gesundheit Vorschub leistet, da schon die Ausdünstung allein, welche durch das Waschen und Trocknen ihrer Kleidungsstücke veranlasst wird, fortwährend Krankheit erzeugt, oder schon vorhandene verschlimmert.

Dass nicht allein die sogenannten arbeitenden Klassen in allen grossen Städten, sondern auch ein grosser Theil der industriellen Bevölkerung, welche nicht eigentlich von Handarbeit lebt (Schreiber etc.), unfähig ist, den Aufwand für Bäder zu bestreiten, und für eine solche Reinlichkeit ihrer Person zu sorgen, wie sie für die körperliche und geistige Gesundheit einer Bevölkerung nöthig ist.

Dass in der Regel Ueberfüllung und Mangel an Mitteln, für persönliche und häusliche Reinlichkeit zu sorgen, Uebelstände sind, die nicht durch schlechte Aufführung oder Mangel an Selbstcontrolle von Seiten der Betheiligten herbeigeführt sind, dass diese Uebelstände zu entfernen, zu vermeiden oder zu vermindern ihnen gänzlich unmöglich ist.

Dass die unglücklichen Folgen, welche für physisches und mora-

bei anderen auch im Dickdarm, bei einer geringeren Zahl noch im Larynx, ja in der Harnblase; sind die letzteren Folge der Darmgeschwüre, und nicht vielmehr die Folge der Dyskrasie, für deren örtlichen Ausspruch sich in Einzelfällen vielfache Bedingungen vorfinden?

Zu den Lungentuberkeln gesellen sich nicht selten, zumal bei Kindern, ausser den Darmtuberkeln auch welche in den Hirnhäuten; verschluckter Eiter kann dort eben so wenig hingelangen, als von einer Resorption die Rede sein kann, da sich meist das tuberkulöse Hirnleiden schon ausbildet, wenn die Lungentuberkeln sich noch im Stadio der Roheit befinden. — Nach Reinhard's später zu erwähnenden Auffassung der Tuberkelentwickelung liesse sich eine Resorption wohl denken; aber wir werden dort auch unsere Zweifel gegen dieselbe darlegen.

Wenn nun schon alle diese Thatsachen und Schlüsse der Entstehung der Lungentuberkeln aus einem Allgemeinleiden als Regel das Wort reden, so wird dieselbe noch mehr durch die Resultate einer sorgsamen Beobachtung des Krankheitsverlaufes in vielen Fällen zur Gewissheit erhoben. Für solche Beobachtung eignet sich die Privatpraxis mehr als die Lazarethpraxis, in so fern man in jener eher Gelegenheit hat, die Fälle in einer möglichst früheren Periode ihrer Entwickelung zu verfolgen, und so eine Ansicht darüber zu gewinnen, ob diejenigen Erscheinungen früher auftreten, die auf ein Allgemeinleiden zu beziehen sind, oder die das Localübel constatiren.

Wir verkennen nicht, wie schwierig die Beantwortung dieser Frage, zumal wir bei der Bestimmung über die Existenz roher Tuberkeln durch die physikalischen Untersuchungsmittel wenig unterstützt werden, und daher allein auf eine rationelle Deutung der Erscheinungen verwiesen, in dieser Beziehung nicht weiter sind als unsere Altvorderen. Dennoch werden sich bei sorgfältiger Deutung der einzelnen Momente nicht ganz werthlose Anhaltspunkte für die Entscheidung unserer Frage ergeben.

Ich will weniger darauf Werth legen, dass bei vielen Kranken ein bestimmter, schon von der alten Wissenschaft als klassisch betrachteter Habitus lange vor Entwickelung von Tuberkeln gefunden wird, da man dieselben häufig auch ohne diesen Habitus und umgekehrt diesen ohne Tuberkeln findet; aber darüber wird bei allen unbefangen urtheilenden Aerzten kein Zweifel sein, dass andauerndes Fieber und damit verbundene grössere oder geringere Anomalien in der Ernährung als sicheres Zeichen eines Allgemeinleidens angesehen werden muss, das, sofern kein sichtbar bedeutend örtliches Leiden vorhanden, in Blutanomalien seinen Grund hat. Fieber aber finden wir in der Lungentuberkulose, wie sich das durch die negativen Ergebnisse der physikalischen Untersuchung darthun lässt, in vielen Fällen lange vor dem Zeitpunkte der Cavernenbildung, so dass es mindestens nicht als ein secundäres Eiterungsfieber betrachtet werden kann. Nun könnte man allerdings sagen, dass auch die noch rohen Tuberkeln, die local entwickelt, im Wege des Reflexes Fieber zu erregen im Stande wären, zumal sich durch die Verödung der Gefässe an den Tuberkelstellen Hyperämien und Reizungen im Lungengewebe ausbilden. Aber dieser Einwand verliert darum sehr an Bedeutung, weil selbst diese letzteren Zustände sich meist erst im Erweichungsstadium der Tuberkel in höherem Maasse finden, wenigstens in sehr vielen Fällen die örtliche Reizung im Cruditätsstadio eine so geringe ist, dass das gleichzeitige Fieber davon schwer abzuleiten, vielmehr auf das Blutleiden bezogen werden muss.

Aber die Beobachtung lehrt noch manches, was der Ansicht von der rein localen Entstehung der Tuberkulose widerspricht. Ich habe häufig Kranke gesehen, die unter den Erscheinungen eines sogenannten gastrischen Fiebers gelinderen Grades erkrankten, wenigstens waren die zuweilen nicht einmal bedeutenden Störungen in den gastrischen Functionen die einzigen auffindbaren Localbeschwerden; die Kranken fieberten aber anhaltend, längere Zeit, als es bei derartigen Fiebern gewöhnlich, 6—8 Wochen lang, ohne dass ein Grund ersichtlich; allmälig besserte sich der Zustand, sie standen auf, wurden fieberfrei, es fand sich auch Appetit, aber die frühere Frische und Kraft kehrte nicht zurück. Nach einiger Zeit entwickelte sich unter Husten und den anderen bekannten Erscheinungen die Tuberkulose; das Fieber hatte hier nach der Deposition des tuberkulösen Exsudats nachgelassen, ähnlich wie in der Pneumonie; aber es fand sich wieder, sobald neue Nachschübe kamen und mit dem Erweichungsstadio steigerte es sich nicht nur, sondern änderte auch seinen Charakter durch Hinzutritt mehr oder minder starker Schüttelfröste. Diese Frostanfälle beobachtet man nicht in jener ersten Fieberperiode; sie charakterisiren das Eiterungs-Zehrfieber; das erstere Fieber möchte ich als das Depositionsfieber bezeichnen, d. h. als diejenige fieberhafte Thätigkeit, mit welcher die Deposition des Tuberkelexsudats vor sich geht. Dieses bin ich geneigt, als den reinen Ausdruck des Allgemeinleidens, der Dyskrasie anzusehen; auf jenes wirken die vielfachen Localaffectionen in den zerstörten Lungen mit.

Diese flüchtige Skizzirung mag für den Nachweis genügen, wie sehr die Erscheinungen am Krankenbette für die Entwickelung der Lungentuberkulose aus einer Dyskrasie sprechen. Aber auch die bisherigen Blutanalysen bei Lungentuberkulose sprechen für eine wesentliche und frühe Betheiligung des abnormen Blutes an dem Tuberkelexsudat. Andral wie Becquerel und Rodier haben schon bei beginnender Tuberkulose die Blutkörperchen sehr verringert und das Blut mit dem Charakter der Anämie gefunden. Faserstoffüberschuss findet sich erst später, wenn bei vorschreitendem Zerstörungsprocess sich Hyperämien, Stasen und entzündliche Zustände im Lungengewebe ausbilden.

Mag man nun jenen anämischen Charakter des Blutes als die ursächliche Dyskrasie oder als Folge der bereits in Tuberkelform aus dem Blute ausgeschiedenen Substanzen ansehen, wie B. und R. wollen, immer geht daraus hervor, dass das, was in den nekrotischen Läppchen sich als Tuberkel vorfindet, wirklich aus dem Blute exsudirt und nicht ein unbestimmtes Etwas ist.

So, glauben wir, spricht Alles dafür, dass die Tuberkulose in der Regel nicht aus rein örtlichen Bedingungen sich entwickelt, sondern aus einem Allgemeinleiden hervorgeht, das allerdings für seine Localisation in bestimmter Form und an einem bestimmten Orte günstige örtliche Bedingungen bedarf. Diese möchten aber am wenigsten in

---

lisches Wohlergehen des Volkes aus dem Mangel an Wasserzufuhr, aus Feuchtigkeit und schlechter Strassenreinigung, sowie aus unzureichenden Vorkehrungen, sich vor Krankheiten zu schützen, welche die officiellen Berichte constatiren, schon Veranlassung gegeben haben, auf legislativem Wege für hygiänische Verbesserungen zu sorgen.

Dass, würden auch alle schon vorhandenen Vorschläge in ihrem weitesten Umfang ausgeführt, sie doch nichts ausrichten könnten gegen die Ueberfüllung.

Dass, wenn auch für hinreichende Wasserzufuhr, Abfluss etc. gesorgt ist, doch Tausenden von Familien unmöglich ist, in den engen Räumen, welche ihnen zu Gebote stehen, und nur mit Hintansetzung allen Anstandes, sich zu reinigen, und für Brennmaterial zur Erhitzung des Wassers zum Waschen und Trocknen ihrer Wäsche zu sorgen.

Dass die gewöhnlichen gesetzlichen Vorschriften zur Reinigung der Strassen und Häuser, wenn sie auch befolgt werden, nicht ausreichen, um den Schmutz zu entfernen, der dem Arbeiter durch seine Beschäftigungen beständig anklebt, von dem Bäder und reine Wäsche allein ihn befreien können.

Dass, wenn auch das Comité von der Nützlichkeit der hierdurch vorgeschlagenen Maassregel durchdrungen ist, und sich grosse Vortheile von derselben verspricht, dies die Nothwendigkeit anderer Maassregeln zur Beförderung des physischen und moralischen Wohlergehens der Bevölkerung nicht ausschliesst.

Dass das Comité durch umfassende Untersuchungen in den Stand gesetzt ist, zu versichern, dass das Reinigen und Trocknen der Wäsche im Hause den arbeitenden Klassen im Durchschnitt den grösseren Theil zweier Tage in jeder Woche raubt, dass sehr oft auch noch ein Theil des dritten Tages erforderlich ist, und dass alsdann diese Arbeit doch noch unzureichend gethan ist.

Dass das Comité durchdrungen ist von der Ueberzeugung, dass von allen vorgeschlagenen Mitteln keines die Unbemittelten so gut in den Stand setzt, persönliche und häusliche Reinlichkeit zu cultiviren, ohne gleichzeitig das Gefühl ihrer Unabhängigkeit anzutasten, als die verallgemeinerte Errichtung von Bade- und Waschhäusern zu geringen Preisen, in volkreichen Districten.

Dass die Erfahrung lehrt, dass die, zu deren Frommen solche Anstalten errichtet werden, sie gern benutzen und willig den Preis erlegen, der, wenn einmal die Anstalten im Gange sind, zu ihrer ferneren Unterhaltung ausreicht.

Dass in den Bad- und Waschhäusern, welche im Mai 1842 von der Stadt Liverpool eröffnet wurden, innerhalb der ersten drei Jahre 41,788 und in den ersten neun Monaten des vierten Jahres 14,562 Personen gebadet hatten, und in diesem gesammten Zeitraum mehr als eine Million Gegenstände gewaschen worden waren.

Dass diese Anstalt so wenig dem Bedürfniss der Bevölkerung genügt, dass die Gemeinde Liverpool im Begriff ist, eine zweite Anstalt zu errichten (deren Kosten, ausser dem Werth des Grundstücks, sich auf circa 6500 L. St. belaufen), die in einigen Monaten eröffnet werden wird.

Dass zu Glasshouse Yard, nahe den London Docks [1], vor 11 Monaten eine kleine derartige Anstalt für ganz Arme errichtet worden ist, und obgleich deren Räumlichkeiten so beschränkt sind, dass bis-

[1] In London.

einer primären Nekrose der Zellenmembran zu suchen sein, denn welche Gefässe sollen das Exsudat liefern, wenn die Gefässe der Zellenmembran bereits verödet sind? Uns scheint vielmehr die Nekrose der Zellenmembran erst ein späteres Glied der pathologischen Umwandlung zu sein, herbeigeführt durch den Druck des immer mehr erstarrten Tuberkelexsudats. Wie sollte auch ein nekrotisirter Theil sich mitten im umgebenden lebendigen Gewebe erhalten, ohne durch brandige Fäulniss unterzugehen und ausgestossen zu werden?

Mit dem Allen wollen wir nicht in Abrede stellen, dass nicht auch mitunter Tuberkeln sich aus localen Bedingungen entwickeln können, möchten aber doch diese Fälle vorzugsweise auf diejenigen beschränken, in denen sie nur sehr vereinzelt sich ausbilden, und bald durch Verschrumpfung und Verkreidung untergehen. Selbst auch in diesen Fällen würde die Nekrose der Zellenmembran für uns nur ein später auftretendes Glied im Processe sein können.

War nun in dieser Controverse mit Henle die locale oder allgemeine Natur der Tuberkulose der Hauptpunkt (und er ist selbstredend für die Praxis von der grössten Bedeutung) der Beleuchtung, so trennt uns von den Ansichten, die Reinhardt in seiner trefflichen Arbeit über denselben Gegenstand (Annalen des Charité-Krankenhauses 2. Heft) niedergelegt eine solche Verschiedenheit nicht. Ihm ist wie uns die Tuberkulose ein Allgemeinleiden, unter dessen Einfluss sich die localen Processe entwickeln. Aber die Art, wie nach ihm sich die locale Entwickelung des Leidens gestaltet, und die er wiederum vorzugsweise aus den Untersuchungen an der Leiche feststellt, hat uns zu manchen Zweifeln Anlass gegeben, die wir hier offen um so ungescheuter darlegen, je grösser das Interesse ist, mit dem wir die so vieles Neue enthaltende Darlegung aufgenommen. Wir gestehen gerne, dass bei dem ersten Durchlesen der Reinhardt'schen Abhandlung die Neuheit der Auffassung, die Beseitigung vieler von den geachtetsten Forschern bis zur Stunde festgehaltenen Ansichten uns imponirte und überraschte. Aber ein wiederholtes Studium liess uns doch manches in anderem Lichte erscheinen, zumal wenn man nicht allein die Sectionsergebnisse als maassgebend betrachtet, sondern über das Wie ihres Zustandekommens auch hier die ergänzende Aufklärung nicht verschmäht, die das kranke Leben giebt.

Reinhardt spricht das Ergebniss seiner Untersuchungen über die Tuberkulose dahin aus: „dass die Veränderungen, welche die Organe in diesem Krankheitsprocess erleiden, von den als Entzündungen bezeichneten abnormen Zuständen nicht wesentlich verschieden und namentlich mit den chronischen Entzündungen völlig übereinstimmen." Auch er sucht diesen Satz vorzugsweise an den Lungen, als dem Hauptsitze der Tuberkeln, zur Geltung zu bringen. Der Streit darüber, ob die Tuberkelablagerungen ein Product der Entzündung seien oder nicht, ist in der Wissenschaft ein ziemlich alter. Eigentlich hat er aber gar kein Object, sobald man sich bemüht, den Begriff der Entzündung klar festzustellen und von seiner Unbestimmtheit zu befreien, die in der Pathologie so mannigfache Verwirrung angerichtet, sobald man nicht heute nur damit den veränderten Circulationsmechanismus bezeichnet, unter dem pathologische Exsudationen überhaupt zu Stande kommen, und morgen bestimmte Krankheitsformen in ihrem ganzen Verlauf. Hält man den Begriff in der ersten Weise fest, d. h. versteht man darunter die Hyperämie und Stase in den Capillaren, die fast jeder anomalen, zur weiteren Entwickelung fähigen Transsudation voraufgeht, bilde sie sich nun plötzlich und schnell (acut), oder schleichend und allmälig (chronisch) aus, so wird darüber keine Verschiedenheit der Ansicht statthaben, dass auch bei der tuberkulösen Exsudatbildung das statthat, was man Entzündung nennt. Dass man aber den Begriff der Entzündung mit Recht in dieser Weise begrenzte, das geht am deutlichsten aus dem Prototyp der Entzündungskrankheiten, der acuten Pneumonie, hervor, in der mit Vollendung der Exsudation alle hervorstechenden Symptome des Krankheitsprocesses, Schmerz, Fieber etc., wie mit einem Schlage aufhören. Die weitere Umbildung des Exsudats, mit welcher die nachfolgende Gestaltung des Krankheitsverlaufes zusammenhängt, hat mit der (acuten wie chronischen) Entzündung als solcher nichts zu thun, und resultirt aus Bedingungen, die wir genau nicht kennen, die aber theilweise wenigstens in der Dyskrasie zu suchen sind.

Will man aber mit dem Namen der Entzündung eine bestimmte Krankheitsform belegen, wie dies bei der chronischen Pneumonie der Fall ist, mit der man jene Veränderung der Lungen bezeichnet, in welcher ohne Resolution des Exsudats das Gewebe indurirt, das anfangs gelatinöse Exsudat die allmälige Umwandlung in Bindegewebe erleidet, durch dessen Contraction eine Schrumpfung und Verödung der Lungen eintritt, und das Ganze sich zuletzt in eine feste, gefässarme, narbenähnliche der Luft unzugängliche Substanz umwandelt, und diese Art der Lungenentzündung wie Reinhardt mit der Lungentuberkulose identificiren, so stellen sich dem doch auffällige Bedenken entgegen.

Es kommt nämlich die eben beschriebene chronische Pneumonie über einen grösseren oder geringeren Theil der Lunge, ja wie in einem neuerdings von mir beobachteten Falle auch wohl über eine ganze (es war die linke) Lunge verbreitet vor, ohne dass sich auch nur eine Spur von kleineren Miliartuberkeln oder gelben Tuberkelknoten dabei wahrnehmen liesse. In anderen Fällen finden sich allerdings neben Tuberkelablagerungen die Umwandlungen der erwähnten chronischen Pneumonie mehr oder minder ausgebreitet vor. Was bedingt nun die Verschiedenheit dieser Erscheinung? Doch unbedenklich verschiedene Qualität des der Umwandlung unterliegenden Exsudats, und theilweise vielleicht auch schwer zu bestimmende örtliche Bedingungen. Jedenfalls wird man in Bezug auf jenes einen Einfluss der Krase nicht zurückweisen können, und man wird dann auch zugeben müssen, dass man in beiden Fällen verschiedene Krankheiten vor sich hat. Wir glauben daher, dass man genauer scheiden muss, so dass, wenn man bei der Tuberkelentwickelung überhaupt die chronische Entzündung nach ihrem eigentlichen Begriff eben so wenig leugnen kann, als bei der Exsudation der Blasteme für andere pathologische Productionen, und daher auch bei der Lungentuberkulose eine chronische Entzündung in den Lungen statuiren kann, man sie doch nicht mit der chronischen Pneumonie der Anatomen zusammenwerfen darf. Ja man kann

---

weilen im Lauf einer Woche schon 200 Petenten abgewiesen werden mussten, doch während jener Zeit 25,123 Personen gebadet und 31,882 Personen die Zahl von 235,814 Artikeln gewaschen haben, und dass von diesen Personen einige Hundert bis 4 und 6 Meilen (engl.) weit herkamen.

Dass das Comité, dessen Mitglieder die Petenten sind, eben im Begriff steht, zu Goulston Square, Whitechapel, eine Musteranstalt zu errichten.

Dass das Gebäude ungefähr 100 Bäder, jedes in einem gesonderten Raume, enthalten soll, und 100 Paar Waschtröge, durch hinreichend hohe Wandungen abgetheilt; ferner heisse Verschlüsse, um alle gewaschenen Gegenstände zu trocknen, und Vorrichtungen, um sie zu plätten.

Dass die Bäder aus zwei Klassen bestehen werden, von denen etwa ¾ für die arbeitenden Klassen bestimmt ist, so dass jeder Badende hinreichend mit reinem Wasser versehen ist.

Dass der Preis der Bäder für die arbeitenden Klassen, incl. eines Handtuches für jeden Badenden, für ein kaltes Bad 1 Penny, für ein warmes Bad 2 Pence betragen soll.

Dass der Preis für die anderen Bäder, incl. zweier Handtücher für jeden Badenden, auf 3 Pence für ein kaltes, auf 6 Pence [1]) für ein warmes Bad festgesetzt ist.

Dass der Preis für das Waschen so eingerichtet werden soll, dass die wöchentliche Wäsche einer ganzen Familie gewaschen, getrocknet und von jeder Infection befreit sein kann in einem Zeitraum von ungefähr 3 Stunden für 3 Pence.

[1]) 6 Pence = 5 Sgr.

Dass somit für diejenigen, welche die Anstalt zum Waschen benutzen, nicht allein die Unbequemlichkeit, in ihren eigenen Zimmern zu waschen, fortfällt, sondern ihnen auch noch Ersparniss an Zeit und Geld erwächst.

Dass Berechnungen, gegründet auf die Resultate der bisherigen Erfahrung, zeigen, dass diese Preise, wenn die Anstalt in voller Thätigkeit ist, nicht allein die Unterhaltungskosten decken, sondern noch so viel Ueberschuss abwerfen, dass die Zinsen des Anlagekapitals gedeckt werden können.

Dass die Einnahme der Anstalt zu Liverpool im ersten Jahre 159 L. St., im zweiten 280 L. St., im dritten 332 L. St. und für die 9 Monate des dritten Jahres 325 L. St. betrug, und während dieser letzten 9 Monate schon 30 L. St. mehr Einnahme als Ausgabe waren.

Dass die Ausgabe in Glasshouse Yard weniger als 1½ Pence pro Kopf beträgt.

Dass die Gesetzgebung es als ihre Aufgabe erkennen muss, nicht allein durch Staatsmittel für das geistige, sondern auch für das leibliche Wohl der Nation aushelfend einzutreten.

Dass aber der Mangel an persönlicher Reinlichkeit ein constantes Hinderniss für die Betheiligten ist, um nicht allein ihrer Gesundheitspflege die gebührende Aufmerksamkeit zu schenken, sondern auch um Theil zu nehmen an öffentlichen Belehrungen, Religionsübungen oder geistigen Erheiterungen.

Dass aus obigen Gründen und noch aus anderen, welche leicht dem hohen Hause einleuchten werden, das Comité der Meinung ist, wie es in dicht gedrängten Städten zur Abhülfe von sie bedrückenden Uebeln, von denen ein grosser Theil der Bevölkerung sich nicht selbst

sogar die Frage aufwerfen, ob nicht die nach Art dieser chronischen Pneumonie sich gleichzeitig mit den Lungentuberkeln vorfindenden Veränderungen des Lungengewebes Folge der Tuberkelablagerung sind, die durch Compression der nächsten Capillaren Hyperämien und Stasen in ihrer Umgebung so sehr begünstigen, und in dem Maasse mehr als mit ihrer Erweichung der Entzündungsreiz sich steigert und eine grössere Menge von Capillaren untergeht? Diese Frage wird nun Reinhardt entschieden verneinen, da überhaupt seine Genese und Umbildung der Tuberkeln eine von der bisher geltenden ganz abweichende ist.

Während man bisher annahm, dass der Tuberkel aus einem in seinen Elementartheilen wenig bildsamen, zur schnellen Erstarrung geneigten Exsudate hervorgehe, sich später von seiner Mitte aus erweiche, zerfliesse und das Lungengewebe mit in den Zerstörungsprocess hineinziehe, gestaltet sich nach Reinhardt der Hergang umgekehrt.

In den Partien der Lunge, die von der gelatinösen chronischen Pneumonie ergriffen sind, bilden sich aus einem Theile des Exsudats kleine Eiterheerde, die allmälig nach Resorption des Serums und Umwandlung der Eiterzellen in Tuberkelkörperchen zu käsigen Tuberkelmassen erstarren. In der Mitte dieser finden sich weichere Stellen, die nichts sind als kleine Bronchialzweige, in denen der Eiter sich später und langsamer eindickt als an der Peripherie. Besonders deutlich erschien dieser Process bei einem Kinde von 7 Jahren, das fast in allen Organen Tuberkeln hatte, im oberen Lappen der rechten Lunge.

Auch hier wirft sich uns zunächst die Frage auf: was berechtigt Reinhardt, eine Entstehung des Tuberkels durch Erstarrung aus dem Eiter anzunehmen, und nicht umgekehrt diesen als eine Folge des Erweichungsprocesses anzusehen? Wir finden keinen anderen Grund als die scheinbar gradweise Rückbildung der Eiterzellen zu den Schollen, die man Tuberkelkörper nennt. Aber der Hergang lässt sich auch anders und so denken. Mit der fortschreitenden Erweichung des Tuberkels wird in seiner Umgebung eine von frischer Exsudation gefolgte Entzündung erregt. Das Exsudat giebt Anlass zur Eiterzellenbildung, und diese Eiterzellen treten in dem Maasse reichlicher an die Stelle der früheren Tuberkelmasse, als mit vorschreitender Erweichung die Reizung und Eitersecretion in der Umgebung sich mehrt und gleichzeitig die Tuberkelkörper in Kerne zerfallen und untergehen. — In dem Falle des 7jährigen Kindes finden sich Tuberkel in allen Organen, also allgemeine Tuberkulose, auf beiden Pleuren und in der linken Lunge obsolete Tuberkel, in dem rechten Eiterheerde, und diese sollen nach der Reinhardt'schen Deutung das erste Stadium der Tuberkelentwickelung sein, während die übrigen theilweise obsolescirt sind, überdies bekanntlich bei allgemeiner Tuberkelbildung, die in den Lungen am frühesten entstehen. Ist es nun nach allem dem nicht ungezwungener, auch die Eiterheerde als bereits länger bestehende, jetzt zerflossene Tuberkelmassen anzusehen?

Was aber dieser Reinhardt'schen Entwickelungsweise der Tuberkeln direct entgegensteht, das sind die Erscheinungen während des Krankheitsverlaufs. Wenn die Tuberkeln aus kleineren mit Eiter infiltrirten Lungenläppchen inmitten von chronischer Pneumonie befallenen Partien entständen, so müsste die beginnende Lungentuberkulose sich deutlicher als bisher möglich war, durch Percussion und Auscultation nachweisen lassen. Bekanntlich aber leistet die physikalische Untersuchung für die Erkenntniss noch cruder Tuberkeln nichts, und selbst die Günsburg'schen Angaben und das Spirometer haben noch keine entschieden günstigeren Resultate in dieser Beziehung herbeigeführt. Nicht minder spricht gegen Reinhardt das Verhältniss des Allgemeinleidens zum örtlichen in vielen Fällen. Wir haben oben gegen Henle aus unserer Beobachtung eine Reihe von Fällen erwähnt, in denen der wirklichen Deposition der Lungentuberkeln durch längere Zeit Fiebererscheinungen vorangehen. In einer anderen Reihe von Fällen lässt sich nach rationellen Symptomen eine bereits erfolgte Anhäufung von Tuberkeln vermuthen, ohne dass das Allgemeinbefinden in merklicher Weise leidet. Wäre die Entwickelung der Tuberkeln aus chronischer, theilweise mit Eiterung verbundener Pneumonie die gewöhnliche, dann müsste die beginnende Lungentuberkulose, zumal bei dem jugendlichen reizbaren Alter der meisten Erkrankten von viel stürmischeren Symptomencomplexen begleitet sein. Man wird uns einwenden: gegen das, was der Anatom sieht, sind solche, auf inductivem Wege gewonnene Ansichten nicht stichhaltig. Darauf haben wir freilich nur die Antwort, dass die Objecte des Anatomen nicht allein durch das auf den Objectträger fallende Licht, sondern auch durch dasjenige erleuchtet werden müssen, welches das vorangegangene Leben über sie ausbreitet. Den Zweifeln aber, die wir oben vom anatomischen Standpunkt aus gegen Reinhardt erhoben, fügen wir noch einen anderen aus der Entwickelung der Tuberkeln in anderen Organen, besonders im Darme, hinzu. Ich habe im Darme Phthisischer die verschiedensten Stadien der Tuberkelentwickelung zusammengesehen, im Coecum und unteren Theile des Ileum die ausgebildetste Verschwärung, im oberen Theile gleichzeitig die noch intacten, später abgelagerten Tuberkeln, nie einen flüssigen Eiterheerd, und ich sollte auch glauben, dass wenn solche Eiterinfiltrationen unter und in der Schleimhaut vorkommen, sie bei der steten Berührung mit dem Darminhalt früher bersten als zu Tuberkeln erstarren müssten.

Mit der Ansicht von der Entstehungsweise der Tuberkeln hängt auch bei Reinhardt die über die Bildungsweise der Cavernen genau zusammen.

Bisher nahm man mit Rokitansky u. A. an, dass die Tuberkeln in ihrer Mitte sich zuerst erweichen, dann zerfliessen, das umund zwischenliegende Gewebe in Entzündung und zerstörende Eiterung versetzen und so zur Cavernenbildung Anlass geben. Nach Reinhardt soll dieser Process von den unter dem Einfluss des Allgemeinleidens entzündeten und verschwärenden Bronchien ausgehen. Die Schleimhaut derselben ist hyperämisch, geschwellt, eitrig infiltrirt, und da das umgebende, mit starrem Exsudat erfüllte Lungengewebe dem ausgedehnten Bronchus nicht nachgiebt, so wird durch Druck die dünnhäutige Bronchialwand atrophirt, reisst und das Eiterexsudat ergiesst sich in das Lungengewebe und zieht dasselbe mit in die Zerstörung, oder es perforirt auch ein von der Bronchialschleimhaut ausgehendes Geschwür und fördert so den weiteren Schmelzungsprocess.

---

befreien kann, und wie es zur Unterstützung anderweitiger, zur leiblichen wie geistigen Wohlfahrt der Nation getroffenen Einrichtungen, und wie es im Interesse der öffentlichen Moral und der Sanitätspolizei, der Pflicht und der Schicklichkeit recht und angemessen erscheint, durch ein Gesetz die Errichtung von Bade- und Waschhäusern zu sanctioniren und für eine begrenzte Zeit ihnen Unterstützung aus Staatsmitteln zu gewähren.

Dass Petenten anheimgeben, in dieser Beziehung ein Gesetz zu entwerfen, wonach solche Gemeinden, welche dasselbe annehmen, und Bade- und Waschhäuser zu mässigem Preise errichten wollen, zu solchem Zweck Darlehen erhalten, wie für andere öffentliche Unternehmungen, und wonach die Wiederbezahlung des Geborgten unter mässigen beginnt, wenn die Anstalt in voller Thätigkeit ist.

— Bitten Petenten unterthänigst, das hohe Haus möge obiger Angelegenheit seine Aufmerksamkeit nicht entziehen, und solche Maassregeln in's Werk setzen, welche die Errichtung von Bade- und Waschhäusern in volkreichen Städten und Gegenden begünstigen, sowie es der Weisheit des hohen Hauses angemessen erscheint.

London, Mai 1846. William Cotton.
W. Hawes.

Durch diese Petition wurde ein Gesetz erwirkt, wonach die Gemeinden zur Darlehnserhebung autorisirt wurden, so dass jetzt 25 solcher grossartigen Etablissements in England bestehen, von denen allein 10 auf London kommen. Erwähnt muss aber werden, dass, ehe diese Angelegenheit vor das Parlament kam, der Errichtung des in der Petition erwähnten Etablissements auf Goulston Square, Whitechapel, einem sehr armen und dicht bevölkerten Stadttheil, die private Wohlthätigkeit auf das grossartigste zu Hülfe gekommen war.

Ueber die technischen Einrichtungen etc. dieser Etablissements können wir leider keine weiteren Mittheilungen, als die aus der obigen Petition hervorgehen, machen. In einem uns zugekommenen Schreiben spricht sich zwar der Secretär des Comité, Mr. Woolcott, dahin aus, dass er die Pläne und ausführlicheren Berichte, sobald sie erschienen, uns zukommen lassen werde, — der Grund, warum wir diese Mittheilung so lange verzögerten. — Da aber seitdem Jahre verflossen sind, ohne dass uns ein weiteres Actenstück zugegangen wäre, so müssen wir uns auf das uns zu Gebote stehende Material bescheiden. Möchte aber einer der Collegen, welche auf ihrer „grossen Tour" auch London bereisen, es sich angelegen sein lassen, unter den grossartigen Einrichtungen, welche England in den letzten Jahren zum Wohle der „arbeitenden Klassen" geschaffen hat (wir erinnern beispielsweise hier an die Errichtung grosser Gebäude mit gesunden und geräumigen Wohnungen, ein Unternehmen, ähnlich der bei uns bestehenden gemeinnützigen Baugesellschaft), auch die hier in Rede stehende Einrichtung genauerer Aufmerksamkeit zu würdigen.

Im Jahre 1847 war es die oben erwähnte Musteranstalt, die einem wöchentlichen Bedürfniss von 30,000 Bädern entspricht, und in der etwa 20,000 Personen wöchentlich ihre Wäsche besorgen können, zur Hälfte vollendet und hatte in noch nicht zwei Jahren etwa 80,000 Bäder verabreicht, von denen die Mehrzahl der in der Petition erwähnten zweiten Klasse warmer Bäder zu 2 Pence angehörten, und die Genugthuung zu sehen, dass die übrigen entstehenden Anstalten ihre Einrichtungen zum Vorbild nehmen.

Bei der bisherigen Annahme ist allerdings ein Punkt dunkel. Wir kennen die Gründe nicht, weshalb der Tuberkel sich von der Mitte aus erweicht, doch da eine ähnliche centrale Erweichung auch bei anderen pseudoplastischen Productionen beobachtet wird, z. B. bei den Faserstoffexsudaten im Venenrohr, so scheint hier ein eigenthümliches Entwickelungsgesetz zu walten, das wir anzuerkennen haben, ohne seine Ursachen zu kennen. Die Ansicht Reinhardt's hat dagegen manches andere und wichtigere gegen sich. Zuerst ist nicht ersichtlich, warum die Eiterinfiltration im Bronchienrohre, wenn ihr das unnachgiebige, umgebende Lungengewebe die Ausdehnung erschwert, nicht häufiger nach der Höhle des Rohrs platzt und ausgeworfen wird. Es muss dies um so mehr auffallen, als Eiterablagerungen in der Regel auf dem leichtesten Wege nach Aussen entfernt werden. Dann aber führt uns Reinhardt selbst eine Thatsache an, die wir besonders hervorheben müssen. Er sagt: dass da, wo die Bronchien nicht erheblich erkrankt sind, auch keine Cavernen gefunden werden. Wir treten dem vollständig bei, aber wir fassen den Satz umgekehrt: da wo man keine Caverne findet, sind auch die Bronchien nicht erheblich erkrankt. Die Gründe für diese Auffassung finden wir in dem Krankheitsverlaufe. Wir fragen, welche Krankheitserscheinungen sind es, die auf ein hyperämisches entzündliches Leiden der Bronchien deuten, und können nur darauf antworten: die Gefühle von Rauhigkeit, Wundsein in der Brust und ein mit copiösen schleimigen, eiterähnlichen Sputis, den Secreten der hyperämischen, infiltirten Schleimhaut verbundener Husten. Nun lehrt eine genaue Beobachtung, dass, so lange die Tuberkeln im Stadio der Crudität verharren, die Erweichung derselben und die Cavernenbildung noch nicht begonnen, die Kranken über einen trockenen, kurzen, spastischen Husten zu klagen haben, dagegen jener häufigere, mit den bezeichneten Secreten verbundene Husten erst dann auftritt, wenn wir mit Plessimeter und Hörrohr die Cavernenbildung bereits nachweisen können; erst dann scheint die Vereiterung des erkrankten Lungengewebes jenen Grad von Reizung auf die durchgehenden Bronchienzweige zu üben, der zu Hyperämien, Stasen, eitriger Infiltration und Verschwärung der Schleimhaut Anlass giebt. Dann erst tritt jene reichlichere Secretion der Bronchienschleimhaut auf, die in den Sputis lange fälschlich für lauter erweichte Tuberkelmasse gehalten wurde.

Mögen diese Bedenken genügen, um uns zu rechtfertigen, wenn wir zur Zeit noch mit Reinhardt zwar darin übereinstimmen, dass die tuberkulösen Ablagerungen in Folge einer Dyskrasie unter Hyperämien und Stasen in den verschiedenen Organen zu Stande komme, aber dennoch in der pathogenetischen Ausbildung des ganzen Processes und namentlich der Lungentuberkulose zur Zeit noch seine Ansichten gegen die bisherigen der neueren pathologischen Anatomie, die auch die unseren, einzutauschen anstehen. Vielleicht sind unsere Zweifel unbegründet; wir werden sie gerne gegen überzeugende Gründe aufgeben.

Nur noch eine Bemerkung sei uns in Bezug auf die Dyskrasie gestattet. Auch sie scheint uns Reinhardt zu weit auszudehnen. Es ist uns das namentlich bei der sogenannten Hydrocephalie der Kinder aufgefallen. Die serösen Exsudationen, die dieser Krankheit den Namen gegeben, finden wir oft in Begleitung von frischen Hirnhauttuberkeln, in anderen Fällen, wie Reinhardt selbst angiebt, mit obsolescirten Tuberkeln, oft ohne jede tuberkulöse Begleitung. Es kann das nicht auffallen, da seröse Exsudationen sich häufig bei hyperämischen Zuständen entwickeln, denen die verschiedensten Ursachen zu Grunde liegen. Nur wo Tuberkulose der Hirnhäute, oder wie zuweilen auch der Hirnsubstanz, vorhanden, hat man ein Recht, sie aus der tuberkulösen Krase mit abzuleiten. Wo aber solche gar nicht vorhanden, kann man auch die serösen Ergüsse nicht darauf zurückführen. Reinhardt spricht öfter von der Hydrocephalie bei Kindern phthisischer Eltern, als ob diese derselben vorzugsweise unterworfen wären, und das scheint ihm für eine innige Beziehung zur Tuberkulose zu sprechen. Mir sind in einer beinahe 20jährigen Praxis leider viele Fälle des sogenannten acuten Hydrocephalus vorgekommen, ich habe dadurch manche Eltern ihrer schönsten Hoffnungen beraubt werden sehen, aber ich kann nicht sagen, dass dies Unglück vorzugsweise phthisische Eltern getroffen. Im Gegentheil, die meisten dieser Eltern leben noch, es waren sehr wenig phthisische darunter. Ich habe viel häufiger Kinder phthisischer Eltern an anderen Formen der Tuberkulose leiden und untergehen sehen; so dass mir zwischen der tuberkulösen Meningitis und der Hydrocephalie einerseits und der Phthisis der Eltern andererseits, eine so innige Beziehung eben so wenig zu bestehen scheint, als überhaupt die serösen Exsudationen im Gehirn vorzugsweise an Hirntuberkeln geknüpft vorkommen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus dem Kinder-Hospital zu München.

Von

Dr. Hauner,

Director desselben und Privatdocent an der Universität.

(Fortsetzung aus No. 9.)

Wurmkrankheit.

Wenn man die Berichte über Kinderkrankheiten, vorzüglich der früheren Jahre, liest; wird man die Helminthen eine bedeutende Rolle in denselben spielen sehen. Ja es gab eine Zeit, wo man jedes unerklärbare oder eben nicht leicht zu erkennende Leiden der Kinder — vornehmlich eine vielen Medicamenten trotzende Unterleibsstörung, zu der sich wegen des energischen oder verkehrten Verfahrens Krämpfe, sogenannte Fraisen und Gehirnzufälle gesellten, — von Würmern abhängend hielt, und eben den unklaren Akt mit den Alles befriedigenden Worten schloss: „das Kind leide an den Würmern." Die neuere

---

Ueber Glasshouse Yard liegen uns drei Jahresberichte vor. Dem vorgefügten Plane nach enthält die Anstalt 6 Wannen, Waschräume, Trockenapparate und eine Anzahl Räume für Obdachlose zum Uebernachten.

Die Berichte führen zwei Sätze aus: 1) dass die Armen für Reinlichkeit empfänglich sind, wenn die Mittel dazu ihnen erreichbar gemacht werden, und 2) dass dieselben für nicht grosse Kosten zu beschaffen sind. Die Benutzung der Anstalt ist für ganz Arme unentgeldlich.

Es badeten 1845 vom Juni bis 1846 Juni 27,662 Individuen und wurden von 35,480 Personen 260,526 Gegenstände gewaschen. Mehr als 9000 Individuen kamen 2—5 Meilen weit, und mehr als 1300 hatten in der vergangenen Nacht 5—25 Meilen entfernt geschlafen. Die durch das Baden und Waschen veranlassten Kosten betrugen, incl. der Lieferung von Seife und Soda, 377 L. 17 Sh. 9 P., was noch nicht 1½ P. auf den Kopf beträgt, das Plätten kostete nicht ¼ P. pro Kopf. Im zweiten Jahr stieg die Gesammtanzahl um 14,940 Individuen, und die Betriebskosten verminderten sich um 60 L. 15 Sh. 4 P. Es badeten 34,843. Es wuschen 38,445 Personen 254,446 Gegenstände, 11,296 plätteten. Die Kosten betrugen 1 P. pro Kopf. Im dritten Jahr badeten 33,655, wuschen und trockneten 34,843, plätteten 12,610.

Leute, welche nur den Anzug besassen, welchen sie auf dem Leibe hatten, erhielten, während sie sich und ihre Effecten reinigten, Kleidung geliefert.

Noch eine andere Einrichtung ist mit der Anstalt verbunden. Es werden Besen, Scheuerlappen etc. und warmes Wasser geliefert solchen, die damit ihre Wohnungen reinigen wollen. Der Begehr dieser Unterstützung war reissend im Steigen, und besonders von den in der Nachbarschaft des Instituts Wohnenden benutzt. Die Kosten beliefen sich auf 6 P. für jedes Zimmer.

Endlich wurde noch bemerkt, dass sich viele junge Personen durch die Wäsche ihrer und anderer Familien zu sehr tüchtigen Waschfrauen ausbildeten und ihren Unterhalt weiter suchen konnten.

Wenn wir auch nicht meinen, dass sich diese Einrichtungen wörtlich ins Deutsche übersetzen lassen, da bei uns gerade die Errichtung solcher Institute schwerer fallen wird, weil Bauplätze, die innerhalb der bevölkertsten Distriete der Stadt gelegen sein müssen, und Ingenieurarbeit verhältnissmässig höher im Preise stehen, als in London, und weil, wenn es auch oft vorkommt, wie wir aus Erfahrung wissen, dass in den Zimmern gewaschen und getrocknet wird, es doch nicht allgemeine Sitte unter den „Armen" ist, so können wir doch, abgesehen von allem Anderen, eine wichtige Erfahrung uns aus dieser Mittheilung entnehmen:

> dass man sich nicht abschrecken lassen müsse durch den Indifferentismus und die Demoralisation der Armuth, als sei Zeit und Mühe an ihnen verloren; dass zweckmässig gewährte Hülfe nicht erschlafft, sondern bessert und aus der Versunkenheit aufrichtet.

Zeit hat dieser rohen, unwissenden Deutung den Stab gebrochen; der Arzt kommt mit dem so lieben Ausdruck: „das kommt vom Zahnen, das von Würmern", nicht mehr durch; die Wissenschaft fordert Beweise, keine vagen Worte.

Der Jahresbericht des Dr. Mauthner in Wien vom Jahre 1847 weist unter 6040 kranken Kindern nur 16 nach, die an Helminthen gelitten; wir haben von 1200 Kindern 9 an Wurmkrankheiten behandelt, obwohl wir eine Menge von Kindern, die angeblich an Würmern leiden sollten, und bei denen ihr Zustand auch sehr oft die bekannten Wurmsymptome darbot, bei genauer Betrachtung und Untersuchung an ganz andern Leiden zu behandeln hatten. Von den 9 Fällen, die wir zu behandeln hatten, litten 5 an *Ascar. lumbricoid.* und 3 an *Ascar. vermicul.*, 1 an *Taenia solium*. Alle diese Kinder waren über 3 Jahre, das Mädchen, das an Taenia litt, 11 Jahre alt. Zu den bekannten Symptomen, die der Wurmkrankheit zugeschrieben werden, war in unseren Fällen der unregelmässige Appetit, Heisshunger mit gastrischen Beschwerden abwechselnd, harter Unterleib mit kolikähnlichen Schmerzen in demselben, Stuhlverstopfung und Diarrhöen, und ein bleiches, erdfahles Aussehen der Kranken zugegen. Im ersten Fall waren epileptische Insulte, in einem anderen leichte Gehirnreize, namentlich heftiges Aufschrecken in der Nacht mit einem eigenthümlichen Blicke und sehr erweiterter Pupille zugegen.

Ueber die Entstehungsweise der Würmer im Körper des Menschen herrschen verschiedene Ansichten; die *Generatio aequivoca*, der man in früheren Zeiten hold war, muss in der Neuzeit einer besseren Deutung Platz machen, und man ist zu der Ansicht gekommen, dass sich die Würmer aus Insecten-Eiern, die auf diese oder jene Weise in den Körper gelangen, herausbilden. Freilich ist die Art und Weise des Hervorbringens der verschiedenen Wurmgattungen in den verschiedenen Organen des Menschen (Hauptsitz ist der Darmkanal) nicht erklärt. Eine Disposition des Individuums muss man daher immer voraussetzen, die namentlich im kindlichen Alter einer solchen Erzeugung am geneigtesten erscheint. Wir sind in unseren Fällen gewöhnlich durch Laxantia: *Calom. c. Jalap.*, dem wir öfters *Pulv. rad. Valerian.* oder *Pulv. sem. Cyn.* beisetzten, zum Ziele gekommen, und das wirkliche Abgehen der Würmer überzeugte uns von der Wahrheit der Diagnose. Das Mädchen, das an *Taenia solium* litt, wurde anfänglich mit Laxantien und dann mit *Extr. fil. mar.* behandelt, und wir sahen den Wurm nach einem nur geringen Verbrauch abgehen. Die Nachbehandlung, die hier unbedingt nothwendig wird, leiten wir durch *Tonica amara*, *Rheum*, *Gentian*. *Quassia* ein. Eine richtige Diät muss aber vor Allem lange Zeit beobachtet werden.

NB. Wir gaben alle 2 Stunden 15 gtt. *Extr. fil. mar.* auf Zucker geträufelt und zwischen durch immer einen Esslöffel voll *Ol. Ricin.* Nach 10 Stunden ging der Wurm ab. Die Vorbereitung zur Kur bestand in strenger Diät, das Mädchen bekam 8 Tage nur leere Fleischsuppe, am 2. Tage Abends erhielt es überdies noch ein Laxans aus *Calom. c. Jalap.*, am 8. Tage wurde sodann die eigentliche Kur begonnen.

Skrofeln.

Wir haben mehrere Hundert Kinder an Skrofeln behandelt. Da das Wesen und der Ursprung dieser leider nur zu oft vorkommenden Krankheit von den Aerzten auf so verschiedene Weise erklärt wird, und selbst die pathologische Anatomie durch ihre Untersuchungen nichts ganz Bestimmtes über diese Krankheit darzuthun vermag, aber durch sie festgestellt zu sein scheint, dass ein Missverhältniss der einzelnen Bestandtheile des Blutes, mag es nun ererbt oder durch äussere schädliche Einflüsse entstanden sein, stattfinde, sohin die Skrofeln in ihrer höchsten Ausbildung eine eigenthümliche Blut-Dyskrasie zur Unterlage haben, so beschränken wir uns hier nur auf unsere therapeutischen Erfahrungen. Schon lange darüber im Reinen, dass eine Verderbtheit der Säftemasse unmöglich durch Laxantia und Queeksilber-Präparate, die in früherer und sehr oft auch in unserer Zeit eine Hauptrolle unter den unzähligen Mitteln gegen die Skrofeln bildeten, geheilt werden könnte, suchten wir, wenn es nur die Verhältnisse der Kranken erlaubten, pro primo eine gänzliche Umänderung in den jeweiligen Verhältnissen der Kranken herbeizuführen; die Kost, die Wohnung, die Lebensweise des Kranken — die natürlich zur Unterhaltung und vollständigen Ausbildung dieser Krankheit am meisten beitrug — wurde geändert, und wir können durch dieses unser consequent durchgeführtes Verfahren bei skrofulösen Kindern, die wir im Spitale behandelten oder bei solchen Eltern, die vernünftig genug waren, unseren Verordnungen nachzukommen, die günstigsten Resultate nachweisen.

Wie viel wir nun pro secundo unsern Heilmitteln, die bei allen unter der Rubrik Scrofulosis aufgeführten Kindern — es mochten sich nun die Skrofeln in diesem oder jenem Theile äusserlich zeigen, die Kinder mochten Ophthalm., Otorrh., sogenannte Respirations- oder Nutritions-Skrofeln haben — angewendet wurden, zuschreiben dürfen, wagen wir nicht auszusprechen, gewiss aber viel, wenn man die Wirksamkeit dieses Mittels bei richtiger Indication kennt.

Zum Beginne der Cur waren wir nicht abgeneigt, Kindern ein Abführmittel, und zwar aus *Jalap. c. Col.* oder *Spec. purgant.* zu geben; hierauf wird das Kind auf die Normalkost gesetzt, d. h. es bekommt Morgens eine Schaale voll Eichelkaffee mit Semmelschnitten, Mittags eine kräftige Fleischbrühe aus Reis, Gerste, Sago oder Haferschleim, eine Portion gebratenen, gesottenen oder in der Sauce gekochten Kalbfleisches, abwechselnd mit Kalbsragout und Semmelbrod, Abends eine Fleischsuppe mit Semmelschnitten; jeden zweiten, später jeden dritten Tag wird das Kind in ein Bad, aus Heublumen bereitet, von der Temperatur von 23—24 Gr. R. gesetzt, und sodann zu Bette gebracht, und ihm sogleich die Medicin gegeben, die wir immer *pro die* bereiten, so dass das Kind die erste Lösung von Jodkali (wir geben nur dieses Präparat) *pro die* beginnend mit gr. viij—℈β, sofort in Intervallen von 2 Stunden nimmt. Täglich wird mit der Dosis gestiegen und gewöhnlich zu einer Höhe von ʒβ *pro die* gegangen. — Immer vertrugen die Kinder bei obiger Kost das Jod sehr gut, und erhielten selbst im Winter, wo wir natürlich die Bewegung, die wir im Sommer im Freien machen liessen, aussetzen mussten, im Zimmer, ja selbst im Bette das beste Aussehen, nahmen an Stärke und Lebensfrische zu; Geschwülste, Augenentzündung und Ausschläge, Ohrenflüsse verschwanden. Grössere Kinder liessen wir auch mit Vortheil das Heilbronnerwasser trinken, müssen aber bemerken, dass hier grössere Vorsicht wie bei Jodkali nothwendig ist, und die Gabe nur klein sein darf, 1—2 Weingläser voll des Tags.

Nur selten sind uns Rückfälle vorgekommen, und wenn sie vorkamen, so war es natürlich die gänzliche Nichtbeachtung von Seiten der Angehörigen in Kost, Wohnung etc. Dass die Behandlung grosse Geduld und unendliche Ausdauer verlangt, liegt am Tage, und man muss nicht erwarten, in einigen Wochen ein constitutionelles Leiden heilen zu wollen.

Zur Nachkur sind Flussbäder, kalte Douche, viele Bewegung in freier Luft und lange Zeit grosse Sorgfalt hinsichtlich der Kost, Kleidung und Wohnung unbedingt nothwendig.

Ol. jecor. asell. haben wir eben wegen seines Jodgehaltes und zugleich, wie man glauben sollte, ernährender Bestandtheile in vielen Fällen Monate lang gegeben, aber stets ohne Erfolg, sehr oft zum Schaden; wir mussten dies seiner nachtheiligen Wirkung auf die Digestionsapparate zuschreiben und sind nun von diesem Mittel, das so viele Jahre eine so grosse Rolle in dieser Krankheit spielte, gänzlich abgekommen.

Rhachitis.

Wir hielten diese Krankheit, wenn auch nicht für identisch mit den Skrofeln, doch sehr intim verwandt mit denselben, und daher unsere gleiche Therapie. Indessen gab uns die völlige Wirkungslosigkeit obiger Mittel gegen diese Krankheit den Beweis, dass die Rhachitis eine eigenthümliche Krankheit des kindlichen Alters ist und mit den Skrofeln gar nichts oder nur äusserst wenig gemein hat, vielleicht nur, dass durch dieselben ungünstigen Lebensverhältnisse in diesem Individuum die Skrofeln, in diesem die Rhachitis erzeugt wird, was eben nur auf die schon vorhandene Krankheitsanlage ankommt. Thatsächlich scheint es aber zu sein, dass Rhachitis weniger angeboren, aber eher erworben wird, als Skrofeln.

Der Aetiologie und dem Wesen nach besteht die Rhachitis in einer krankhaften Reproduction des Knochensystems (mangelhafte Absonderung der erdigen Bestandtheile), daher die Schwäche der Knochen, die fehlerhafte Formation derselben. Wer kennt nicht rhachitischen Schädel- und Thoraxbau, die rhachitischen Extremitäten der Kinder und die Bildungsstufen, die diese Krankheit durchläuft? Ebenso ist bekannt, dass der Charakter der Rhachitis sich als Atonie des gesammten Lebensprocesses zu erkennen giebt, und auf Störung in der Assimilation besteht, und endlich diese Krankheitsvorgänge als Erweichung der Knochen in letzter Instanz endigen.

Dass die Rhachitis viele Complicationen eingeht und gewöhnlich durch diese tödtet, ist eben so bekannt. Leiden des Magens, der Gedärme, der Leber sind nur zu oft zugegen, und tödten das schwache Kind durch Diarrhöen. Nach dem Hauptsitze dieser Krankheit wäre die Indication, ein Heilmittel zu finden, das auf die Knochenmasse selbst einwirkte, und in der That gab es Aerzte, die solche Mittel zu besitzen glaubten, und sohin zur Anwendung brachten; ich nenne hier nur die Färberröthe etc.

Da wir aber in der That keine derartigen Mittel besitzen, so wird es Aufgabe des Arztes, die Assimilation und Reproduction zu bessern und auf diesem Umwege die Blutmasse zu ändern, und mit ihr die fehlerhafte Formation der Knochen. Eben weil uns bei an der sogenannten englischen Krankheit leidenden Kindern, wie schon bemerkt, das Jod nichts nützte, die animalische Kost weniger zusagte,

als Milch, länger fortgesetzte Purganzen aber, namentlich aus der Klasse der Vegetabilien, in Form von Species gute Dienste leisteten, kamen wir von der Anwendung dieser Mittel und von der Meinung, dass die Rhachitis eine ähnliche Krankheit wie die Skrofeln sei, nur ein anderes Organ zu ihrem Sitze wähle, ganz ab.

Je nach dem Alter nun erhielt das Kind im Beginne unserer Behandlung ein Abführmittel, in der Regel eine *V. laxat. Viens.*, öfter aber, und vorzüglich wenn das Kind in keiner schlechten Kost und Pflege stand, und im Alter schon weiter vorgerückt war, die *Spec. purgant.* mehrere Tage hindurch Morgens und Abends ein Weinglas voll zu trinken [1]). In den ersten Tagen wurden die Kinder auf Diät gesetzt, später erhielten sie eine gemischte Kost von Milch- und Fleischspeisen, letztere wurden aber bald ganz weggelassen, da wir uns überzeugten, dass gesunde kräftige Milch und leichte Milchspeisen, Reis, Gerste, Brei in dieser verkocht, Kindern, die an Rhachitis leiden, besser anschlagen, als Fleischkost. Zugleich wurden solche Kinder in der Woche 4 Mal in ein Malzbad gesetzt, darauf ins Bett gebracht, das Bett muss hier aus harter Unterlage (Seegras- oder Rosshaarmatratze) sein, und an den Extremitäten und am Rücken mit Kornbranntwein stark eingewaschen, was wegen des häufigen und starken Schweisses geschah, dem rhachitische Kinder weit mehr ausgesetzt sind, als skrofulöse. Nach Anwendung dieses Verfahrens während mehrerer Wochen trat in den Kräften, im Aussehen der Kinder gewöhnlich eine Besserung ein, und wir gingen nun zum kalten Wasser über, das wir anfänglich als kalte Waschungen, später als kalte Douche zur Anwendung brachten.

Wir können durch diese unsere einfache Behandlung viele Heilungen an Kindern nachweisen, die für unheilbar erklärt waren, Monate lang mit sogenannten Specificis und antirhachitischen Mitteln umsonst gequält wurden. Die Nachkur muss natürlich vernünftig eingeleitet werden und auf richtige Kost, so wie auf angemessene Bewegung im Freien, die in späteren und in passenderen Jahren in gymnastischen Uebungen bestehen soll, muss genau geachtet werden, und sicher bleiben die günstigen Resultate nicht aus, und ein krüppelhaftes Wesen wird auf diese Weise ein kräftiger Mensch.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen aus dem Charité-Krankenhause zu Berlin.

Von

Dr. Traube.

Vom Einfluss der Blutentziehungen auf die Körpertemperatur in fieberhaften Krankheiten.

(Schluss aus No. 9.)

Fall II. Leichter Abdominal-Typhus. Aufnahme am 14. Tage der Krankheit. Schwache kritische Ausscheidungen zwischen dem 17. und 20. Tage, wobei die Temperatur bis nahe auf die normale zurückgeht. Vom 21. Tage Exacerbation des Fiebers und Entwickelung einer secundären Lungenentzündung. Die Temperatur steigt in der Exacerbationszeit des 23. Tages auf 41°,4, in der Remissionszeit des 24. auf 41°,25 und sinkt an diesem letzteren Tage, nach einer Blutentleerung durch 6 Schröpfköpfe, auf 40°,4.

Wilhelm Fürstenow, Bedienter, $17\frac{1}{2}$ Jahre alt, wurde am 26. Januar 1851 in die Charité aufgenommen. Er ist seit dem 13. bettlägerig, nachdem er schon einige Tage vorher sich unwohl gefühlt und über leichten Kopfschmerz, Mattigkeit, Frösteln und Appetitlosigkeit zu klagen gehabt hatte. Wahrscheinlich am 13. selbst wurde er von einem intensiven Frost befallen, und von demselben Tage an wurde der Kopfschmerz heftiger. Später gesellten sich Schwindel und Ohrensausen dazu. — In den letzten 14 Tagen will Pat. nur eine einzige Darmentleerung gehabt haben.

Status praesens am 27. Jan. Vormittags nach 9 Uhr (XV. Tag der Krankheit): Wenig muskulöses Individuum mit flachem Thorax. Mässige Abmagerung. Grosse Muskelschwäche. Stupider Gesichtsausdruck, aber völliges Bewusstsein. Gelinder Kopfschmerz, Schwindel beim Aufrichten. Summen vor den Ohren.

70 einfache, grosse, mässig gespannte Pulse. Gesicht wenig geröthet, Temperatur = 38°,175. Resp. 24. Haut trocken. Urin dunkelroth, klar, intensiv sauer, nicht albuminös, mit Essigsäure nicht sedimentirend. Zunge in der Mitte gelblich belegt, feucht.

Gestern Abend, in Folge eines Clysma, eine feste, fäculente Darmentleerung. Abdomen aufgetrieben, mässig gespannt, hell tympanitisch schallend, in der Cöcalgegend gegen Druck empfindlich.

Percussionsschall der Milz von der 7. Rippe beginnend und nach vorn bis an den Rippenrand reichend. Das untere Ende der Milz deutlich fühlbar. Zahlreiche deutliche Roseolaflecke am Rumpfe. Am Halse und in den Infraclaviculargegenden Miliaria.

Herztöne normal. Der Spitzenstoss stellt eine Elevation dar, welche sich im 4. Intercostalraum in der Parasternallinie befindet. Die Herzdämpfung von der 4. Rippe beginnend und $2\frac{3}{4}$ Zoll breit. Percussionsschall auf dem Sternum hell.

Percussionsschall an der Vorderwand des rechten Thorax von der 6. Rippe, in der rechten Seitenwand von der 7. Rippe, hinten beiderseits von der 11. Rippe ab gedämpft. Die Auscultation ergiebt hinten beiderseits schwaches, unbestimmtes Athmen ohne Aftergeräusche. Verordnung: *Solut. gummos.*

Abends nach 5 Uhr: 85 doppelschlägige, grosse, ziemlich gespannte Pulse. Temperatur = 40°,325. Resp. 30. Etwas Epistaxis. Ein wässriger Stuhl. — Sonst Zustand unverändert. —

Von da bis zum 2. Febr. (incl.) wurden folgende Veränderungen an dem Patienten beobachtet:

Tag der Krankheit.	Remissionszeit.		Exacerbationszeit.	
	Pulsfreq.	Temper.	Pulsfreq.	Temper.
XVI.	81	39°,22	88	40°,775
XVII.	82	38°,3	89	40°,825
XVIII.	76	38°,7	95	40°,750
XIX.	92	39°,575	88	40°,575
XX.	88	37°,725	—	39°,6
XXI.	68	37°,8	—	39°,925

Während dieser ganzen Zeit starke Zunahme der Gesichtsröthe in der Exacerbationszeit, und fast täglich Epistaxis, mehrere Male bis zum Belange einer halben Unze.

Die Haut, immer trocken, bedeckte sich zum ersten Male am Morgen des 29. Jan. (XVII. Tag der Krankheit), aber nur im Gesicht und am oberen Theile der Brust, mit Schweiss. Dasselbe Phänomen zeigte sich in der Nacht vom 29. auf den 30. Jan. Von da ab wieder continuirliche Trockenheit der Haut bis zum 31. des Abends. Erst in der Nacht vom 31. Jan. zum 1. Febr. (vom XIX. auf den XX. Tag der Krankheit) erschien von Neuem ein gelinder Schweiss von kurzer Dauer, der sich ebenfalls in der folgenden Nacht wiederholte.

Der Urin immer dunkelroth, klar, intensiv sauer, mit Essigsäure nicht sedimentirend, erhielt zum ersten Male am 1. Febr. (am XX. Tage der Krankheit) eine hellere Farbe, ohne jedoch die anderen Eigenschaften zu verändern.

Die Zungenschleimhaut war fortwährend feucht und sehr dünn graugelblich belegt. Dabei fast fortdauernde Stuhlverstopfung, so dass mehrere Male mit Klystieren (aus kaltem Wasser) nachgeholfen werden musste. Das auf diesem Wege Entleerte war theils breiig, theils fest und von normaler Farbe. Die Bauchdecken blieben stark gewölbt und ziemlich gespannt, ohne jedoch eine abnorme Empfindlichkeit gegen Druck zu zeigen.

Die Roseola war schon am 31. Jan. stark erblasst.

Die Anzahl der Respirationen war am 31. Jan. auf 28 herabgesunken.

Die Percussion des Thorax ergab, mit Ausnahme der Milzgegend, nichts Abnormes. Die Auscultation am 30. Jan. hinten rechts in der unteren Hälfte ziemlich lautes, fast vesiculäres Athmen, links an der entsprechenden Stelle schwaches, unbestimmtes Athmen; am 2. Febr. Vormittags: hinten beiderseits Pfeifen, dabei links in der unteren Hälfte kein Athmungsgeräusch, rechts unbestimmtes Athmen. Zeitweise spärliche, schleimig-eitrige Sputa.

Meist guter Schlaf. Immer völliges Bewusstsein. Der Gesichtsausdruck mässig stupide. Kopfschmerz und Schwindel in mässigem Grade bis zum 2. Februar fortdauernd. Die Muskelschwäche unvermindert.

3. Febr. Vormittags nach 9 Uhr (XXII. Tag der Krankheit): In der Nacht gut geschlafen; geringe Epistaxis. Puls 72. Temperatur = 38°,5. Im Gesicht mässiger Schweiss. Urin röthlich gelb, sonst unverändert. Zunge wie früher. Eine dickbreiige Darmentleerung. Abdomen wie am vorhergehenden Tage. Kopfschmerz, Schwindel beim Aufrichten.

Abends gegen 5 Uhr: Puls 88. Gesicht stark geröthet. Temperatur = 40°,075. Haut trocken. Urin wie am Vormittage. Ebenso die anderen Erscheinungen. Kein Stuhl.

4. Febr. Vormittags nach 9 Uhr (XXIII. Tag): In der Nacht geringe Epistaxis, kein Schweiss. Puls 88, gross, weich. Temperatur = 38°,325. Ein dünnbreiiger Stuhl. Die übrigen Erscheinungen unverändert.

Abends nach 5 Uhr: Puls 107, gross, weich. Gesicht in grosser Ausdehnung intensiv geröthet. Temperatur = 41°,4. Haut trocken. Urin wie am Vormittage. Resp. 40. Spärlicher, schleimig-eitriger Auswurf. Percussionsschall hinten rechts in der unteren Hälfte schwach ge-

[1]) In einigen Fällen nützte uns auch *Ol. jecor. asel.*, das uns in der Skrofulosis nur Nachtheil brachte.

dämpft, daselbst unbestimmtes Athmen mit spärlichem, tiefem, grossblasigem Rasseln. Klage über Schmerz in der oberen Hälfte der linken Vorderwand des Thorax. Der linke Pectoralis gegen Druck empfindlich.

5. Febr. Vormittags (XXIV. Tag): In der Nacht gut geschlafen, nicht geschwitzt. Etwas Epistaxis. Puls 108, gross, ziemlich stark gespannt. Gesicht mässig geröthet. Temperatur = 41°,25. Haut trokken. Seit gestern ein Quart röthlich gelben, trüben, sauren Urins. Zunge weich, feucht, dünn weisslich belegt. Eine spärliche, dünnbreiige Darmentleerung. Resp. 36. Viel Husten mit spärlichem, schleimig-eitrigem Auswurf. Die Schmerzen im linken Pectoralis, welche auch bei tiefen Inspirationen erscheinen, fortdauernd. Percussionsschall hinten rechts in der unteren Hälfte stärker gedämpft als gestern. Die Auscultation ergiebt ebendaselbst unbestimmtes Athmen mit spärlichem, tiefem, grossblasigem Rasseln. — Der erste Herzton geräuschähnlich; sonst aber nichts Abnormes am Herzen. — Percussionsschall der Milz von der 8. Rippe beginnend. — Verordnung: Sechs blutige Schröpfköpfe in den Rücken.

Abends kurz nach 6 Uhr: Die Schröpfköpfe sind Nachmittags gegen 4 Uhr applicirt worden, aber durch Missverständniss nicht in den Rücken, sondern in die Kreuzbeingegend. Jetzt: Puls 103, gross, weich. Temperatur = 40°,4. Gesicht noch stark geröthet. Haut trocken (auch vorher kein Schweiss). Urin stark röthlichgelb, sauer, mit Essigsäure nicht sedimentirend. — Eine dünne Darmentleerung. — Resp. 36. Husten mässig häufig, ohne Auswurf.

6. Febr. Vormittags gegen 10 Uhr (XXV. Tag): Wenig geschlafen; nicht geschwitzt. Puls 86. Gesicht bedeutend weniger geröthet, als gestern Morgen. Temperatur = 38°,2. Haut trocken. Urin ein Quart in 24 Stunden, röthlichgelb, nicht albuminös, mit Essigsäure nicht sedimentirend, sauer. — Kein Stuhl. Resp. 36. Viel Husten ohne Auswurf. Percussion und Auscultation ergeben an der hinteren Wand des rechten Thorax die gestrigen Resultate. — Die Schmerzen im linken Pectoralis noch vorhanden, aber nicht mehr bei tiefen Inspirationen erscheinend.

Abends nach 5 Uhr: 108 grosse, weiche, doppelschlägige Pulse. Temperatur = 40°,2. Häufige Hustenstösse ohne Auswurf. Resp. 36.

Vom 7. bis 14. Febr. (incl.) wurden folgende Veränderungen an dem Patienten beobachtet:

Tag der Krankheit	Remissionszeit.		Exacerbationszeit.	
	Pulsfreq.	Temper.	Pulsfreq.	Temper.
XXVI.	89	38°,3	102	40°,1
XXVII.	82	39°,4	92	39°,8
XXVIII.	84	38°,6	98	39°,875
XXIX.	96	39°,3	96	39°,350
XXX.	92	39°,2	80	38°,625
XXXI.	72	38°,15	88	38°,1
XXXII.	84	37°,7	88	38°,275
XXXIII.	74	37°,45	77	37°,575

Die Gesichtsröthe bis zum 9. (incl.), namentlich in der Exacerbationszeit, noch immer ziemlich intensiv, von da ab sich mindernd. Der Puls immer gross, weich und meist doppelschlägig.

Die Haut fortdauernd trocken. — Der Urin bis zum 9. röthlichgelb, von da ab blassgelb; immer schwach sauer und leicht alkalescirend; nie mit Essigsäure sedimentirend. — Die Zunge immer feucht und sehr schwach weiss belegt. — Der Meteorismus begann sich seit dem 13. zu verlieren. — Der Stuhlgang träge, entweder dickbreiig oder fest.

Der Auswurf immer spärlich, seit dem 10. mehr grauweiss, schleimig. Der Percussionsschall an der hinteren Wand des rechten Thorax am 13. nur noch sehr schwach gedämpft. Die Auscultation ergab zur selbigen Zeit an der gedämpften Stelle reichliches, helles, grossblasiges Rasseln.

Die sogenannten nervösen Symptome verschwanden seit dem 9., die Schmerzen im linken Pectoralis schon am Tage vorher.

Der Kranke verliess am 26. Febr. völlig gesund, bei ziemlichem Volumen und mässigen Muskelkräften, die Anstalt. Die an diesem Tage (kurz vor dem Mittagessen) mit ihm vorgenommene Messung ergab eine Temperatur von 37°,6. Die Pulsfrequenz war in den vorhergegangenen Tagen meist 60 gewesen. —

Dass dieses Individuum, welches den Gegenstand der vorstehenden Krankheitsgeschichte bildet, bei seiner Aufnahme in die Anstalt an einem Abdominal-Typhus litt, bedarf dem kundigen Leser gegenüber keiner näheren Begründung. Und da sich zu dieser Zeit kein pathologisches Moment auffinden liess, welches dem Leben unmittelbar Gefahr drohte, so gehörte der Fall in die Kategorie „der leichten".

Die erste der in der Krankheitsgeschichte enthaltenen Tabellen in Verbindung mit dem ihr zugehörigen Commentar zeigt, wie ich glaube, deutlich genug, dass das Fieber sich zwischen dem XVII. und XX. Tage seiner Dauer günstig zu entscheiden im Begriff war. Denn wir sehen erstens, dass nach dem ersten Schweissausbruch, welcher am Morgen des 17. Tages stattfand, die Exacerbations-Temperatur bis zum 20. Tage (incl.) in stetigem Sinken begriffen war, zweitens dass nach dem letzten Schweissausbruch, welcher in der Nacht vom 19. auf den 20. Tag vor sich ging, auch die Remissions-Temperatur bis nahe auf die normale zurückging, und endlich drittens, dass der Harn am 20. Tage, statt der bis dahin dunkelrothen, eine röthlichgelbe Farbe annahm [1]).

Indess die durch diese Erscheinungen erregten Erwartungen gingen, wie die Schilderung der folgenden Ereignisse lehrt, nicht in Erfüllung. Das Fieber ging, nach der stattgefundenen *Crisis incompleta*, von Neuem in die Höhe, und es kam zur Entwickelung einer neuen Affection, einer rechtsseitigen Lungenentzündung.

Der Zeitpunkt, an welchem diese ungünstige Veränderung eintrat, war offenbar die Exacerbationszeit des XXI. Krankheitstages; denn um diese Zeit begann die bis dahin im Sinken begriffene Körper-Temperatur wiederum entschieden sich zu steigern. Ein auch nur oberflächlicher Blick über die erste unserer Tabellen genügt, um die Richtigkeit dieser Behauptung darzuthun.

Bezüglich der Diagnose der Lungenentzündung verweise ich auf meine diesen Punkt betreffenden Bemerkungen in den Charité-Annalen (Bd. I. Heft 2). Sie stützt sich in dem vorliegenden Falle auf folgende Momente. Die am 23. Krankheitstage zum ersten Male constatirte Dämpfung an der hinteren Wand des rechten Thorax konnte a priori allerdings eben so gut von einem pleuritischen Exsudate, als von einer entzündlichen Infiltration des Parenchyms herrühren; allein gegen das erstere und also für die letztere sprach der Umstand, dass der im vollen Besitze seines Bewusstseins befindliche Kranke jegliche Schmerzempfindung in der rechten Brusthälfte in Abrede stellte, und dass, in Uebereinstimmung mit seinen Aussagen, auch die Intercostalräume dieser Seite keine abnorme Empfindlichkeit gegen Druck darboten. Dazu kommt die allbekannte Erfahrung, dass die Lungenentzündung eine häufige, die Pleuritis eine überaus seltene Nachkrankheit des Abdominal-Typhus ist. Den sichersten Ausschlag freilich hätte der Pectoral-Fremitus geben können, doch die Benutzung dieses Zeichens war in unserem Falle, wie in so vielen anderen, durch die Schwäche der Stimme des Patienten unmöglich gemacht.

Von der Geschwindigkeit, mit welcher das diese Lungenentzündung begleitende Fieber in die Höhe stieg, und von seiner Intensität, wird sich der Leser am besten durch die Anschauung der folgenden Tabelle unterrichten, in welcher die Temperatur- und Pulszahlen vom 21. bis zum 26. Tage nach dem bereits benutzten Schema zusammengestellt sind.

Tag der Krankheit.	Remissionszeit.		Exacerbationszeit.	
	Pulsfreq.	Temper.	Pulsfreq.	Temper.
XXI.	68	37°,8	—	39°,925
XXII.	72	38°,5	88	40°,075
XXIII.	88	38°,325	107	41°,4
XXIV.	108	41°,25	103	40°,4
XXV.	86	38°,2	108	40°,2
XXVI.	89	38°,3	102	40°,1

Wir ersehen aus dieser Tabelle erstens, dass die Differenz zwischen den Exacerbations-Temperaturen des 23. und 22. Tages mehr als acht Mal grösser ist, als die Differenz zwischen den gleichnamigen Temperaturen des 22. und 21. Tages; zweitens dass die Differenz zwischen der Remissions- und Exacerbations-Temperatur des 23. Tages fast doppelt so gross ist, als die gleichnamige Differenz am 22. Tage. Nehmen wir hierzu die enorme Steigerung der Pulsfrequenz in der Exacerbationszeit des 23. Tages, so folgt, dass das Fieber gegen den Abend des 23. Tages mit bedeutend beschleunigter Geschwindigkeit in die Höhe ging, und, wenn wir die an diesem Abend beobachteten Zahlen für sich betrachten, dass es an diesem Abend einen ungewöhnlich hohen Grad erreichte.

Die zunächst zu beantwortende Frage wäre nun: ob dieses Fieber am 24. Tage, an welchem die in der Krankheitsgeschichte erwähnten 6 blutigen Schröpfköpfe zur Anwendung kamen, bereits im spontanen Rückschreiten begriffen war oder nicht. Auch hier genügt ein

[1]) Ich weiss wohl, dass die an dieser und an einer früheren Stelle gemachten Aeusserungen in Betreff der „Krisen" und „kritischen Tage" bei Manchen, vielleicht Vielen, Anstoss erregen werden. Für Diese bemerke ich, dass ich in Kurzem eine ansehnliche Reihe von Beobachtungen zu veröffentlichen gedenke, aus welchen mit Sicherheit hervorgeht, dass die hieher gehörigen Erfahrungen der Alten grösstentheils wohl begründet sind; gleichzeitig hoffe ich dann die Quellen nachweisen zu können, aus denen die gegenwärtige Verachtung der alten Kriseolehre fliesst.

nur oberflächlicher Blick auf unsere letzte Tabelle, um zuversichtlich mit „nein“ zu antworten. Das Fieber war nicht nur nicht im Rück-, sondern sogar in weiterem Fortschreiten begriffen. Denn, um es mit einem Wort zu sagen, die Remissions-Temperatur des 24. Tages hatte nahezu dieselbe Höhe erreicht, als die schon für sich ungewöhnlich hohe Exacerbations-Temperatur des 23. Tages, und die Pulsfrequenz hatte sogar die gleiche Grösse, als die Pulsfrequenz des vorhergegangenen Abends.

Was wir demgemäss in der Exacerbationszeit des 24. Tages zu erwarten hatten, liegt auf der Hand. Die Temperatur musste, wenn das Fieber seinen natürlichen Lauf verfolgte, am Abend dieses Tages noch über den Punkt hinausgehen, auf welchem wir die Exacerbations-Temperatur des 23. Tages angetroffen hatten; sie musste höher als 41°,4 zu stehen kommen. Ein abermaliger Blick auf unsere Tabelle lehrt, dass gerade das Umgekehrte der Fall war. Die Temperatur sank, statt zu steigen; sie sank so weit, dass sie um 1° weniger betrug, als die Exacerbations-Temperatur des 23., und um 0°,75 weniger als die Remissions-Temperatur desselben Tages. Da nun inzwischen in den Verhältnissen des Patienten sich nichts geändert hatte, als dass seine Blutmenge um etwa 6 Unzen vermindert worden war, so bleibt uns offenbar auch hier nichts übrig, als das eben erwähnte Resultat auf Rechnung der stattgehabten Blutentleerung zu bringen. Wir kommen abermals zu dem Schlusse:

> „dass Blutentleerungen im Verlaufe fieberhafter Krankheiten die abnorm erhöhte Körper-Temperatur rasch zu vermindern vermögen.“

Dass dieses Resultat sich nicht bloss auf die beiden hier angeführten Fälle stützt, bedarf wohl kaum der Erwähnung. Anderweitige Belege dafür finden sich bereits in dem nächstens erscheinenden vierten Hefte des 1. Bandes der Charité-Annalen. Mehrere seitdem gesammelte, noch in anderer Beziehung interessante Fälle hoffe ich ebenfalls in Kurzem veröffentlichen zu können.

Fragen wir schliesslich nach dem Vorgange, durch dessen Vermittelung die Blutentleerung eben jenen Temperatur-mindernden Einfluss übt, so ergeben sich uns offenbar nur drei Möglichkeiten.

Die Temperatur könnte vermindert werden:

a) entweder dadurch, dass mit gewissen Blutbestandtheilen ein Theil der die Sauerstoff-Aufnahme und Abgabe vermittelnden Elemente verloren geht; oder

b) dadurch, dass in Folge der Verminderung, welche die Geschwindigkeit des Blutstroms durch die Blutentleerung erleidet (Volkmann), in einer gegebenen Zeit weniger Sauerstoff zu den brennbaren Körperbestandtheilen gelangt; oder endlich

c) dadurch, dass in Folge der Blutentleerung die Fieber-erregende Ursache selbst eine Verminderung erleidet.

Die letztere Möglichkeit zerfällt bei näherer Betrachtung in zwei speciellere zu fassende:

α) Nimmt man ein mit dem Blute circulirendes materielles Moment an, welches durch Vermittelung des Nervensystems einerseits als Fieber-erregende, andererseits als Entzündung-erregende Ursache wirkt, so könnte die Blutentleerung dadurch vermindernd auf die Temperatur wirken, dass mit dem entleerten Blute ein Theil der Fieberursache verloren geht, und somit die Intensität ihrer Einwirkung auf das Nervensystem geschwächt wird [1]).

β) Betrachtet man dagegen als Fieber-erregende Ursache einzig und allein die Entzündung in dem leidenden Organe, so liesse sich der Temperatur-vermindernde Einfluss der Blutentleerung durch die heilsame Wirkung erklären, welche die Entleerung auf den entzündeten Theil selbst ausübt.

Für jetzt, glaube ich, kann man auf alle diese Hypothesen nur soviel antworten, dass die Hypothese *a.* und *c. α.* das Wenigste für sich haben.

Was die Hypothese *a.* anbetrifft, so spricht gegen sie der Umstand:

> „dass in der Mehrzahl der von mir beobachteten Fälle die Temperatur-vermindernde Wirkung der Blutentziehung eine schnell vorübergehende war.“

Es ist aber ganz unwahrscheinlich, dass bei einem fieberhaften Individuum, welches nur wenig Nahrung aufzunehmen und noch weniger zu assimiliren vermag, die verloren gegangene Menge der Sauerstoff-bindenden und abgebenden Blutelemente sich mit derselben Schnelligkeit wieder ersetzen sollte, mit welcher die Temperatur nach der Blutentziehung von Neuem in die Höhe geht.

Derselbe Umstand spricht offenbar auch gegen die Hypothese *c. α.* Denn da, wo trotz der Blutentleerung die Temperatur wieder auf ihren alten hohen Stand zurückkehrt, müsste der genannten Hypothese zufolge eine Regeneration des verloren gegangenen Theils der Fieberursache stattfinden. Eine solche Regeneration aber erscheint offenbar unstatthaft in Fällen, wo das erkrankte Individuum sich zuverlässig nicht von Neuem den Krankheit-erregenden Schädlichkeiten ausgesetzt hat.

[1]) Dass die in diesem Satze enthaltene Ansicht „von der Natur der Fieber-erregenden Ursache“ für viele Krankheiten die einzig richtige sei, wird Niemand leugnen können. Nur sie allein kann auf Geltung Anspruch machen in allen Affectionen, welche miasmatischen und contagiösen Ursprungs sind, und in allen denjenigen Fällen, wo das Fieber entschieden der Entzündung vorhergeht. Ich brauche aber kaum zu bemerken, dass eben diese „uralte“ Ansicht von der Natur der Fieber-erregenden Ursache Nichts mit den Humoral-Hypothesen der neueren Zeit, diesen plumpen Producten „undisciplinirter“ Geister, gemein habe. Der Enthusiasmus, welchen diese Hypothesen auch jetzt noch sogar bei gebildeten Aerzten erregen, ist lediglich ein Beweis, dass wir neben vielen Fortschritten auch manchen bedeutenden Rückschritt gemacht haben.

Miscellen.

Correspondenzen.

Breslau. Ueber die Wiederbesetzung der Remer'schen Stelle hört man noch nichts Gewisses, oder, besser gesagt, man möchte gern, dass das, was als Gewisses verlautet, in letzter Instanz noch abgeändert würde. Die Facultät soll, auf Vorschlag des Hrn. v. Siebold, als vorzugsweise geeignet den dirigirenden Arzt des grossen Hospitals zu Danzig, Hrn. Dr. Götz, dem Ministerium präsentirt haben. Nun wissen freilich die Bewohner Danzigs wahrscheinlich, wer Hr. Götz ist, und ebenso werden das seine Coëtanen wissen, die Wissenschaft aber hat, soweit wir das überschauen können, noch nichts von ihm oder über ihn vernommen. Was also Hr. v. Siebold Empfehlendes zu seinen Gunsten sagen könnte, dürfte der Wahrscheinlichkeit nach darauf hinauslaufen, dass er ein recht tüchtiger Arzt, vielleicht auch in specie ein recht tüchtiger Hospitalarzt ist. Genügt das wohl zur Empfehlung an die klinische Lehrstelle einer der ersten preussischen Universitäten, und wurde es den übrigen Facultäts-Mitgliedern wirklich so schwer, diesem Concurrenten andere entgegenzusetzen, deren Namen den besten Klang in der wissenschaftlichen Welt haben, und über deren Bereitwilligkeit, den erledigten Lehrstuhl einzunehmen, Zweifel kaum erhoben werden konnten? Ein solches Armuthszeugniss wird die medicinische Facultät der Universität Breslau doch wohl schwerlich der deutschen klinischen Medicin, oder ihrer Kenntniss der Persönlichkeiten ausstellen. Wo also liegen die Gründe? Wenn die Mittel der Universität nicht erlaubten, eine der ersten Notabilitäten zu berufen, wenn man von den jüngeren Kräften Breslau's Niemand für die Stelle würdig oder geeignet hielt, giebt es nicht so viele strebsame, tüchtige Privatdocenten auf anderen deutschen Hochschulen, die ihren Namen hinlänglich bekannt gemacht haben, um Garantien für die Zukunft zu bieten, sobald ihnen zu ausgebreiteter klinischer Thätigkeit Gelegenheit geboten wird? Bietet der praktische Arzt, der in seinem Wirkungskreise recht tüchtig sein mag, der aber nicht einmal dafür Beweise geliefert hat, dass er das reiche Material eines grossen Hospitals einigermaassen für die Wissenschaft auszubeuten und einem grösseren Publicum zugänglich zu machen versteht, in der That dafür mehr Garantie, als jene? Wer wird noch die Lust und den Muth behalten, sich der akademischen Carriere zu widmen, wenn die Facultäten und die Regierung bei den selten eintretenden Vacanzen sich geflissentlich nicht unter der kräftigen Jugend voll wissenschaftlichen Eifers und Dranges umsehen, sondern künstlich in Kreisen suchen und wählen, deren Thätigkeit in Nebel und Dunkelheit verborgen liegt? Von jenen kann man die Ueberzeugung erhalten, ob sie neben ihren Fähigkeiten auch die Kunst zu lehren verstehen, im letztern Falle wählt man auf das glückliche Ungefähr hin, und lässt es darauf ankommen, ob für ein Jahrzwanzig, und länger vielleicht, die Schüler gezwungen sein werden, einem Lehrer zu folgen, dem diese Kunst vielleicht ganz abgeht. Wir sprechen hier nicht aus persönlichen Gründen gegen Herrn Götz, den wir eben nicht kennen; wir tadeln das Princip und tadeln, dass man eben jenen wählt, den nur Herr v. Siebold kennt. Einem Gerüchte zufolge hat sich ein einflussreicher Vertreter der Wissenschaft in Berlin mit einer Vorstellung an das Ministerium gewandt, man möge doch versuchen, einen Pact Seitens der Universität mit den städtischen Behörden zu schliessen, durch den auch diese etwas thäten, die Stelle des klinischen Lehrers zu verbessern und so für das Allerheiligen Hospital einen tüchtigen Arzt zu gewinnen. Käme ein solcher Pact zu Stande, so würde man in der Lage sein, einer Notabilität die Stelle anzutragen, ohne mit Gewissheit einen Refus erwarten zu müssen. Geht das Ministerium auf diesen zweckmässigen Vorschlag ein, nun so wird vielleicht noch eine andere Wahl getroffen, sonst aber ist alle Aussicht vorhanden, dass, trotz vielen namhaften Männern, die als Bewerber aufgetreten sind, die Wahl des Herrn Götz zur Wahrheit werden wird. —n.

Sonnabend, № 11. 15. März 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Einige Beiträge zur Lehre von den Herztönen (*a.* musikalische Bestimmung, *b.* Fortleitung derselben) und von den Nonnengeräuschen, nebst einigen Bemerkungen zu und gegen Valentiner's neueste Mittheilungen über Bleichsucht.

Von
Dr. Küchenmeister,
prakt. Arzt in Zittau.

(Fortsetzung aus No. 10.)

Nach diesen Vorbemerkungen wenden wir uns zur Beantwortung folgender Fragen:

I. Sind die über den grossen Gefässen vernommenen Töne fortgeleitete, und zwar vom Herzen aus fortgeleitete?

II. Geschieht die Fortleitung durch die Knochen? oder durch die Gefässe? oder durch beide? und von beiden in gleicher Ausdehnung oder nicht?

I. **Sind die über den grossen Gefässen vernommenen Töne fortgeleitete, und zwar vom Herzen aus fortgeleitete?**

Kürschner sagt in R. Wagner's Handwörterbuch (Art. Herzthätigkeit, Bd. II. S. 101 seq.): „Das normale Lungengewebe leitet die Geräusche nicht, weil man z. B. bei einer starken Inspiration bei einem gesunden Manne die Herzgeräusche (soll heissen Herztöne, K.) dumpfer hört.“ Dieses Dumpferhören dürfte wohl vielmehr davon abhängen, dass überall der stärkere Ton den schwächeren deckt oder mindert, und selbst wenn ersterer entfernter ist, doch der nähere durch ihn verdunkelt werden kann. Ist hier schon dem Lungengewebe aus einem Grunde, dessen Herbeiziehung wir gar nicht begreifen, — indem bei einem normalen Verhältnisse die Lunge gar nicht zwischen Herz und Sternum sich eindrängt, also von einer Fortleitung der Herztöne durch die Lungen an der gewöhnlichen Auscultationsstelle gar nicht die Rede sein kann — die Fortleitung der Herztöne abgesprochen, so kommt ferner auch noch ein Umstand in Betracht, der bisher gar nicht gewürdigt zu sein scheint, und diese Dumpfheit der Herztöne gar leicht, wie mir scheint, erklären lässt. Doch müssen wir, um dies zu versinnlichen, von weiter her ausholen. Man würde meines Erachtens noch am besten thun, wenn man den Mechanismus des Herzens im Brustkasten mit einem Fortepiano vergliche. Die Kraft, welche die Saiten, oder hier die schwingenden Körper (Klappen), in Bewegung setzte, wären die bekannten diastolischen und systolischen Blutbewegungen; der Resonanzboden wäre das knöcherne, hintere Brustgewölbe; der mit dem Resonanzboden in Verbindung stehende Instrumentdeckel, freilich ohne den Mechanismus des Auf- und Zumachens (also stets geschlossener Deckel), das Sternum und die vordere Brustwand. In Betreff der Deckung der Herztöne bei der Inspiration, also eines Piano der Herztöne, müssen wir uns die Einrichtung des Piano am Pianoforte versinnlichen. Um das Piano zu erzeugen, finden wir folgende Vorrichtungen am Instrumente, entweder: 1) es lagert sich zwischen Hammer und Saite ein Stück Tuch, um die in Schwingung versetzende Kraft zu mindern, oder 2) es verschiebt sich die Claviatur so, dass nur die Hälfte der Saite vom Hammer getroffen wird, oder endlich

Feuilleton.

Medicinische Statistik von Paris im Jahre 1851.

Am 1. Jan. 1849 gab es in Paris 1389 promovirte Aerzte, 53 weniger als im Jahre 1847, in diesem Jahre hat sich die Zahl auf 1351 vermindert. Von 1847—1849 waren 56 Aerzte gestorben, in den letztverflossenen Jahren sind es deren 65. Es hat in letzterer Beziehung überhaupt eine Steigerung stattgefunden. Von 1843—1847 war die mittlere Sterblichkeit unter den Pariser Aerzten wie 1 : 75; von 1848—1849 wie 1 : 50, dann wie 1 : 42. Ausgewandert sind in den letzten beiden Jahren 86 Aerzte, darunter 12 nach Californien, und 6 in den Schuldthurm zu Clichy. Seit dem 1. Jan. 1849 haben sich neu in Paris niedergelassen 113 Doctoren, in den beiden vorhergehenden Jahren waren es 114. Die Zahl der Officiers de santé ist seit 1849 von 156 auf 178 gestiegen.

Die Zahl der Apotheker hat sich trotz der Revolution, trotz der Abnahme der Bevölkerung und der Aerzte vermehrt, und zwar war ihre Zahl in den Jahren 1847—1849 von 345 auf 363, und in den letzten beiden Jahren bis auf 381 gestiegen. Glücklicher Weise hat sich dagegen die Zahl der Hebeammen seit 1849 von 385 auf 350 vermindert; im Jahre 1847 gab es deren 480.

Universitäts-Statistik.

Nach einer aus verschiedenen amtlichen Mittheilungen gewonnenen Uebersicht beträgt die Zahl der auf sämmtlichen deutschen (ausser-österreichischen) Universitäten — mit Ausnahme von Königsberg, Rostock und Kiel, deren Zahlen nicht bekannt wurden — im gegenwärtigen Winterhalbjahr immatriculirten Studenten 11,945. Der Frequenz nach folgen sich sämmtliche Hochschulen in folgender Ordnung: Berlin, München, Bonn, Leipzig, Breslau, Tübingen, Göttingen, Würzburg, Halle, Heidelberg, Giessen, Erlangen, Freiburg, Jena, Marburg und Greifswalde. Berlin zählt — einschliesslich aller an den Vorlesungen Theilnehmender, auch der nicht immatriculirten Zuhörer — 2107, Greifswalde 189 Studirende. Theologie studiren zur Zeit 2539, Jurisprudenz 3973, Staatswirthschaft 549, Medicin 2146, Philosophie, Philologie etc. 2357. Die im Verhältniss zur Studentenzahl meisten Theologen besitzt Halle (330 unter 597), die meisten Juristen Heidelberg (349 unter 557), die meisten Mediciner Würzburg (271 unter 672), die meisten Philosophen Jena (132 unter 358). Absolut die meisten Theologen zählt Halle, die meisten Juristen München (800), die meisten Mediciner sowohl (414) wie die meisten Philosophen (503) Berlin.

Hufeland'sche Stiftung.

Die hier seit 20 Jahren bestehende Hufeland'sche Stiftung zur Unterstützung nothleidender Aerzte hat jetzt ihren zwanzigsten Jahresbericht erstattet. Nach Inhalt desselben betrug der Kassenbestand der Gesellschaft beim Schluss des Jahres 1849 in geldwerthen Papieren 46,900 Thlr., in Golde 20 Thlr., und in Courant 1156 Thlr. 5 Sgr. 7 Pf. Im Jahre 1850 flossen hierzu 23 Thlr. in Golde und 4340 Thlr. 12 Sgr. in Courant mit Einschluss von 1769 Thlr. 17 Sgr. Zinsen. 56 hülfsbedürftige Aerzte wurden im Jahre 1850 mit 2330 Thlr. unterstützt, die Verwaltungs- und andere unvermeidliche Kosten

3) es lagert sich der Dämpfer ganz fest von oben her auf die Saite, um ihre Schwingungen bei gleich bleibendem Anschlag und in Schwingung versetzender Kraft zu mildern [1]). — Man kann beim Herzen wohl schwerlich von einem Mechanismus sprechen, wie er hier sub 1 und 2 angegeben ist, was aber den Punkt 3 anlangt, so findet sich das Analogon auch beim Herzen, dessen Action mit einer Inspiration coincidirt. Es drücken nämlich theils die durch Inspiration gefüllten Lungen vom Rücken nach dem Sternum zu, theils die ihre Richtung und Lage bei Inspiration verändernden Rippen von vorn her das Herz selbst zusammen. Daraus resultirt aber weiter, dass der Herzmuskel selbst gegen seine Klappen andrückt, und bei gleichbleibender Stosskraft dennoch die Klappenschwingungen beeinträchtigt. Durch diesen Druck des Herzmuskels auf die schwingenden Klappen entsteht das Piano des Tones des Herzens, und sind somit auch die Herztöne bei Coincidenz mit Inspiration nicht etwa deshalb dumpfer und schwächer zu hören, weil das Lungengewebe schlecht leitet, sondern weil sie in der That Pianotöne sind. Man müsste sonst, wenn die Töne nicht absolut schwächer wären, eher glauben, dass bei dieser Coincidenz die Töne stärker gehört würden, indem die Fortleitung auf den Ort, wo wir zu auscultiren pflegen, durch eine so innige Berührung des Herzens mit dem Thorax, wie sie bei coincidirender Inspiration stattfindet, nur begünstigt werden müsste.

Ich will zugleich hier, da ich keinen anderen Ort weiss, wo ich passend über diesen Gegenstand handeln könnte, noch erwähnen, wie es vielmehr zu verwundern wäre, wenn man die Herztöne nach abgenommenem Brustbeine nicht stärker hört, als bei belassenem Brustbeine und Rippen, während es doch eine bekannte Sache ist, dass man bei geschlossenem Instrumentendeckel die Töne schwächer vernimmt, als bei geöffnetem! Soviel ich weiss, ist jedoch nicht von einem Stärkerhören, sondern nur von einem Ebensoguthören, als bei belassenen Rippen, bisher in der Physiologie die Rede gewesen. Ich selbst kann kein entscheidendes Urtheil hierüber abgeben, da mir die experimentelle Erfahrung fehlt.

Kürschner sagt weiter: „Man hört aber bei vollkommen gesunden Lungen die Herztöne weit am Thorax verbreitet, und für diese Fälle muss man eine andere Erklärung suchen. Die Tonleitung durch die Thoraxwände hat grosse Schwierigkeiten. Einmal sind die Thoraxwandungen nur im Anfang der Systole mit dem Herzen in Berührung, und es möchte nach physikalischen Gesetzen nicht leicht zu begreifen sein, wie z. B. das zweite Geräusch auf die Brustwand durch die Arterien übertragen werde." Was die Fortleitung der Töne durch den knöchernen Brustkorb anlangt, so ist hier noch nicht auf die Stärke der Fortleitung bei osteomalacischen Brustknochen geachtet worden, und ist dies *pium desiderium* noch auszufüllen. Was die Angabe Kürschner's anlangt, dass das Herz nur im Anfange der Systole mit den Thoraxwänden in Berührung stehe, so ist diese Angabe wohl nicht genau. Man mag mit Kiwisch eine grössere Anlagerung des Herzens an den Thorax während der Systole, oder mit Valentin ausser dieser eine gleiche Spitzenhebung des Herzens annehmen: in allen Fällen wird man eine stätige Anlagerung des Herzens annehmen müssen, und sei sie auch nur an einem kleinerem Punkte, wie dies auch aus einer Zeichnung in Valentin's Grundriss der Physiologie S. 194. Fig. 113. im Punkte *i.* ersehen werden kann. Wenn nur in jeder Lage und Stellung dieser Punkt den Brustkasten berührte, so wäre hinreichende Vermittelung geboten. Was aber für die Fortleitung durch das knöcherne Gerüst des Thorax am meisten spricht, das ist unser Experiment mit der Messingplatte und Messingdraht. Wir vernehmen hierbei die Töne ganz gut, vernahmen sie auch bei Anwendung einer elastischen Röhre, wenn wir sie mit Luft gefüllt liessen, konnten aber nichts mehr vernehmen, wenn wir die Röhre mit Wasser füllten. Daraus ergiebt sich doch wohl, was sich von selbst eigentlich verstehen sollte, dass die besten Leiter die festen (knöchernen) Theile am Körper sein müssten, die flüssigen Theile jedenfalls, selbst wenn mein Experiment in soweit falsch wäre, dass doch auch einmal schwache Töne dadurch vernommen würden, schwächer auch hier leiten müssen, als die knöchernen. Den flüssigen Theilen kommt einzig und allein am Körper nur der Umstand zu Gute, dass die Herztöne innerhalb der flüssigen Theile (Blut) entstehen, indem die Klappen in ihnen schwingen; bei den festen Theilen aber kommt in Betracht, dass die Klappen vom Herzmuskel aus Muskelfasern erhalten, die Mittheilung auf den Herzmuskel selbst ebenfalls eine sehr innige und directe ist, und durch ihn den Knochen des Thorax unschwer mitgetheilt werden kann.

Endlich nun setzt Kürschner, nachdem er die Fortleitung der Töne in der Brust durch Knochen und Lungengewebe widerlegt zu haben vermeint, „die Fortleitung in die Aeste der Lungenarterie". Bei dieser Annahme wird willkürlich auf die anatomische Lage und Verbreitung der Lungenarterie das Fortleitungsphänomen gebaut, und doch hat uns Hr. Kürschner nicht die Zweifel darüber gelöst:

1) Warum der erste oder systolische Ton, der doch fern von der *Arteria pulmonalis* entsteht, und, mindestens was die Mitralklappentöne anlangt, keinen directen Uebergang des Tones auf den rechten Ventrikel gestattet, eben so stark, ja für gewöhnlich und im gesunden Zustande stärker gehört wird, als der zweite diastolische,

[1]) Wenn ich die Herztöne bei dieser Coincidenz deshalb für schwach wahrnehmbar halte, weil sie absolut schwächer sind und im Piano erklingen, welcher aber behaupte, dass die Klappen in der Energie ihrer Schwingungen, und ebendaher ihrer Tonerzeugung, dadurch behindert werden, dass der von der inspirirenden Lunge gepresste Herzmuskel wiederum auf die Herzklappen durch Druck bewegend einwirkt, so dürfte diese Erklärungsweise wohl um so weniger gewagt sein, da wir die directen Versuche des unstreitig bedeutendsten jüngeren Physiologen unserer Zeit, wo nicht der ersten Autorität über Circulationserscheinungen, eines Ludwig, mit dieser Deutung in schönster Harmonie erblicken. Ludwig sagt: „dass die Zusammenziehungen des Herzens während des Einathmens etwas langsamer erfolgen, als während des Ausathmens; selbst beim Menschen sieht man, dass beim tiefen angehaltenen Einathmen der Puls langsam, klein und nicht selten ganz unmerklich wird." Diese Beobachtungen sind ein deutlicher Beweis dafür, dass man die Herztöne bei dieser Coincidenz nur pianissime hört, weil sie nur pianissime entstehen. Und dass hierbei eben jener Druck auf die Herzwände mitwirke, ist in der That nicht allzu unwahrscheinlich.

---

betrugen 390 Thlr. 20 Sgr. 3 Pf. und für 1905 Thlr. 28 Sgr. 9 Pf. wurden 2000 Thlr. Staatspapiere angekauft. Zur Erzielung eines höheren Zinsfusses wurden 45,050 Thlr. 3½ Proc. Zinsen gewährende preuss. Staatsschuldscheine veräussert und aus dem Erlöse 38,600 Thlr. 4½ proc. Zinsen tragende preuss. Anleihe von 1850 erworben, so dass am letzten December 1850 der Kassenbestand 42,450 Thlr. in geldwerthen Papieren, 43 Thlr. in Golde und 936 Thlr. 6 Sgr. 7 Pf. in Courant betrug. — In Stelle des Geh. Ober-Medicinalraths Dr. Trüstedt, welcher Berlin verlassen hat, wurde der Geh. Ober-Medicinalrath Dr. v. Stosch zum Mitgliede des Vorstandes des ärztlichen Hülfsvereins gewählt und diese Wahl den Statuten gemäss von dem Ministerium für die Medicinalangelegenheiten bestätigt. — Das Directorium besteht gegenwärtig also aus den Geh. Medicinalräthen Dr. Barez, Dr. Busse, Dr. Horn, Dr. Klug und Dr. v. Stosch.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 17. Februar 1851.

Hr. Dr. Seidl hält seinen angekündigten Vortrag über das Verhalten der ägyptischen Augenentzündung in der österreichischen Armee. Eine mehr als 1½jährige chefärztliche Praxis in einem der grössten Garnisonsspitäler Deutschlands berechtigt den Hrn. Vortragenden zu einer Mittheilung über diesen Gegenstand.

Die Rückkehr der englischen und französischen Armeen aus Aegypten im Jahre 1802, wo sie eine grosse ophthalmo-blennorrhoische Epidemie durchgemacht hatten, war Anlass zu dem Namen der von ihnen mitgebrachten Krankheit. — Die Ansicht Oken's, dass das Auge als ein Widerspiel aller Gewebe des Körpers zu betrachten sei, war Veranlassung zu der Vernachlässigung der anatomisch-physiologischen Verhältnisse der pathologischen Anatomie und Mikroskopie bei Behandlung von Augenkrankheiten. Die einzelnen Theile der Conjunctiva, welche Hr. Seidl kurz erörtert, geben das Recht zu folgender Eintheilung der Bindehautentzündungen: Katarrh, Blennorrhöe, Granulationsprocess, croupöse Entzündung. Erstere ist vorzugsweise katarrhalische Affection der Oberfläche, während Blennorrhöe mit Eiterbildung und Schwellung der Bindehaut, die Granulation erst mit Eiterbildung in Folge des unter der Bindehaut gesetzten Exsudats verbunden ist, und croupöse Entzündung einen diphtheritischen Process darstellt. Der Granulationsprocess ist wesentlich eine mit Ablagerung von Faserstoff unter der Bindehaut einhergehende Entzündung; sie begreift besonders drei Stadien, ein katarrhalisch-hyperämisches, welches kaum einen Unterschied von einem gewöhnlichen Katarrh darbietet; allmälig entwickeln sich kleine, über das Niveau der Bindehaut erhabene Bläschen, die ihre Farbe verändern, erst gelblich, dann graulich, röthlich werden. Verläuft der Process acuter, so entsteht ein Wulst, aus dem diese Bläschen hervorgehen. Am Tarsaltheil sind sie klein, weil das Bindehautgewebe hier kleinmaschig ist, auch am Bulbus, selbst auf der Hornhaut kommen sie vor. Beim Eintreten schädlicher Momente geht das Exsudat in Eiterung über, und erst nach Abstossung des Epitheliums tritt der Eiter an die Oberfläche; kommt es zur höheren Organisation, so werden die Granulationen immer grösser, verdrängen die Follicularkörper und gehen in eine Neubildung, Narbengewebe etc. über. Dieser Vorgang führte zu der Annahme einer trachomatösen Dyskrasie, welche mit Erweichung und Atrophie des Knorpels zu En- und Ectropium führte. Die Folgen dieses Processes, der übrigens ohne Dyskrasie lediglich durch die pathologischen Veränderungen erklärt werden kann,

zur einen Hälfte, so zu sagen, in der *Arteria pulmonalis* selbst entstehende Ton;

2) wie er den Widerspruch lösen wolle, dass er, obgleich er an der Brust das ganze Aortensystem übergangen hat, am Halse doch die Töne in den Carotiden als fortgeleitete Herztöne betrachtet?

3) wer Hrn. Kürschner gesagt hat, dass so kleine Zweige, als die feinsten Lungenarterienzweige, die nothwendig hier mit in Betracht kommen müssten, noch Töne zu leiten im Stande sind?

Auch Kiwisch setzt die an entfernteren Stellen des Körpers wahrnehmbaren, den Herztönen analogen Töne in die Gefässe. Ich weiss nicht, wie gross nach seiner Ansicht Gefässe sein müssen, um die Töne fortzuleiten. Meiner Ansicht nach hat man hier viel zu willkürlich verfahren, und die unzähligen Hindernisse der Tonfortleitung im Gefässsystem nicht beachtet. Dass ein Theil der Töne, und alle die Töne, welche über grossen Arterien im Rhythmus des Herzens hörbar sind, in den Gefässen fortgeleitete Herztöne sind, will ich am allerwenigsten leugnen, da ja erstens die Herztöne innerhalb der Blutflüssigkeit entstehen, also die ungeschwächteste Fortleitung auch im Gefässsysteme möglich sein muss, ferner gänzliche Atresien der grossen Gefässe (Aorta) die Tonfortleitung unterbrechen, aneurysmatische Erweiterungen bald den Ton verändern, bald ganz aufheben, und da endlich drittens selbst über den Carotiden die Töne in kleiner Terz (cfr. §. 1.) zu hören sind. Dass aber der Ton durch die von den grösseren Gefässen unter allen Richtungen abgehenden Zweige so mannigfach gebrochen, so bedeutend geschwächt werden muss, dass man ihn in Arterien kleinen Kalibers nicht mehr zu hören vermag, wer will mir dies widerlegen? Das Hören der eigenen Herztöne im eigenen Ohre ist kein Gegenbeweis gegen meine Ansicht, denn der Umstand, dass durch die inneren Gehörarterien die Töne zum Ohre geleitet würden, und dass trotz der Kleinheit der Arterie hier doch der Ton vernommen werden könnte, indem die kleine Arterie die Gehörorgane selbst in ihrem Innern auskleide und durchziehe, und somit unmittelbar berühre, kann deshalb nicht als Gegenbeweis erkannt werden, weil, wie wir oben dargethan haben, die akustische Erscheinung des Selbsthörens der Herztöne im eigenen Ohre den Gesetzen der Schallfortleitung in festen Theilen (Knochen) folgt.

Ob das von Oppolzer zuerst gewürdigte Ohrensausen Chlorotischer auch hierher gehört, ob es nur im Stehen oder Liegen der Patienten auftritt, darüber habe ich keine Erfahrung, weil ich bei keiner meiner Kranken über dieses nicht allzuhäufige Symptom klagen gehört habe.

Es bleibt mir noch übrig, zu fragen, warum man wohl, trotz des grossen Kalibers der Crurales, so selten an ihnen die doppelten Herztöne wiederhört? Man kann sich diese Erscheinung nicht leicht aus dem physikalischen Gesetze allein erklären, dass die Intensität des Schalles abnimmt in gleichem Verhältnisse, als die Quadrate der Entfernung zunehmen. Sei der Grund aber, welcher er immer wolle, mag dabei vielleicht ein Umstand mitwirken, den ich sogleich nennen will, immer aber scheint das mit Gewissheit angenommen werden zu müssen, dass die wahrnehmbare Fortleitung im Ganzen auf eine kleine Strecke und geringe Anzahl von Gefässen beschränkt bleibt.

Fassen wir Alles zusammen, so möchten wir also Folgendes über die Fortleitung der Herztöne im Körper behaupten:

1) Die Fortleitung durch das Gefässsystem ist eine sehr beschränkte, und scheint theils an das Kaliber des Gefässes gebunden zu sein, theils vielleicht auch an den mehr geradlinigen Verlauf des Gefässstammes, indem der Schall durch jeden unter einem Winkel abgehenden Ast nicht unbeträchtlich gebrochen wird. So könnte man vielleicht sagen, im Stamme der Carotis, der ziemlich senkrecht aus der Höhe des Aortenbogens oder der Subclavia entspringt, pflanzen sich eben deshalb die Töne leichter fort; in den Crurales aber treten, trotz grösseren Kalibers, die Töne doch mehr zurück, weil hier die gabelförmige Theilung der *Aorta abdominalis* in die beiden *Iliacae communes*, und die neue gabelförmige Theilung dieser in die *Iliaca externa* und *interna* den Schall bedeutend schwächen. Endlich scheint auch die Entfernung des Gefässes vom Herzen seinen Antheil zu haben.

2) Demnach überwältigen die Schallhindernisse im Körper viel eher und behindern mächtiger die Fortleitung der Schallwellen, als die entsprechenden Hindernisse der Flüssigkeitswellen nachtheilig auf die Fortpflanzung der Flüssigkeitswellen und ihre Effecte (Puls) einwirken.

3) Der grösste Theil der Fortpflanzung der Herztöne im Körper geschieht durch das knöcherne Gerüste. Dies gilt:

a) von dem ganzen Thorax, ausgenommen jene Stellen, wo die Hauptstämme der grossen Arterien nahe am Thorax liegen, wo beide Arten Fortleitung concurriren;

b) von den Tönen, die man im eigenen Ohre, analog dem Rhythmus der Herztöne, wahrnimmt.

4) Ausserdem leiten die Gefässe, die häutigen Theile (Wandungen der Brust) und die Lunge selbst. Und gerade an der Lunge ist der Mechanismus der Fortleitung am ausgeprägtesten, indem durch den Bau der Lunge eine möglichst innige Berührung der festen und gasigen Theile gegeben ist. Hauptsächlich wirkt hierbei der Spannungsgrad der Lungenzellen. An vielen Stellen hält es schwer, zu entscheiden, welche von den Arten der Fortleitung hier prävalire. Ausser von den genannten Stellen am Thorax, gilt dies auch von der Wahrnehmung der Herztöne längs der Wirbelsäule, wo die Aorta und die Wirbelsäule beide Antheil haben können. Hätten wir am Becken ein Gehörorgan, das so innig mit dem Knochengerüste zusammenhinge, als das Gehörorgan am Kopfe, so könnten wir diese Frage leichter entscheiden, wenn wir den Vergleich machten über die Tonerscheinungen beim Liegen und Aufrechtstehen, i. e. bei Begünstigung der Schallleitung in festen Theilen und ohne dieselbe. Was die Erscheinung anlangt, dass man die Herztöne über den Carotiden sehr intensiv, im Nacken schwächer hört, so erklärt sich dies daraus, dass allerdings in den Carotiden die directen durch Gefässleitung mitgetheilten Töne, eben der directen Mittheilung und Nähe des Herzens wegen, sowie der hier nur schwach vorhandenen Hindernisse wegen stärker vernommen werden. Die am

---

sind bei langsamem Verlauf Symblepharon, Trockenheit der Conjunctiva, Xerophthalmus, bei schnellem Verlauf Erweichung durch Eiterung, Berstung der Hornhaut, Staphylom, Atrophie. — Die Ursachen anlangend, so erklärt Hr. Seidl zunächst, dass dieses Uebel eben so local sei, wie Katarrh und Blennorrhöe. Die kräftigsten Personen leiden daran, und etwa vorhandene Dyskrasie, Syphilis, Gicht seien Complicationen, aber ohne Einfluss auf den Verlauf. Ein oberflächlicher Reiz bringt einen vorübergehenden Katarrh hervor; in höherem Grade erzeugt derselbe Reiz Eiterbildung, und erst bei längerer Einwirkung entsteht ein Exsudat von Faserstoff, dessen Erweichung erst nach Durchbrechung des Epitheliums eitrig an der Oberfläche erscheint. In einzelnen Fällen ist freilich ein Contagium nicht zu leugnen, doch haben Impfversuche bewiesen, dass mitunter nur ein einfacher Katarrh, mitunter Granulationen entstanden.

Hr. Seidl übernahm sein Spital mit etwa 50 trachomatösen Augenkranken. Die meisten genasen durch Reinlichkeit, kalte Waschungen, gute Luft, kräftige Diät, andere durch kaustische Mittel. An 500 Kranken hat er kein Auge verloren, dagegen bei einer blennorrhoischen Epidemie (durch Gonorrhöe) an jedem dritten Kranken ein Auge. Das erste Stadium der granulösen Ophthalmie findet man nicht in Spitälern, sondern in den Marodezimmern der Kasernen; es ist durch leichte Antiphlogose, Purganzen, kalte Waschungen und reine Luft zu heilen. War der Process stürmischer, so ist Blutentziehung, Calomeleinstreuung, selten Höllenstein nöthig. Grosse Reinlichkeit ist aber durchaus erforderlich, denn das Secret bringt das Epithelium der Hornhaut zur Erweichung, befördert die Infiltration, und in deren Folge tritt Durchbrechung der Hornhaut ein. Dieser Verlauf wird durch Höllenstein begünstigt. Bei Zerstörungen der Conjunctiva aber ist *Cupr. sulph.* unzureichend, und Höllenstein mit Nitrum versetzt (1:2, 1:1, 2:1) zu empfehlen, nicht aber rein.

Die Prognose ist nicht so schlecht, als man bisher geglaubt hat. Beweis die Statistik. Im Jahre 1850 litten 7401 Kranke an der ägyptischen Ophthalmie. Davon 2157 in Italien; von diesen erblindeten 21 auf beiden, 23 auf einem Auge. In Galizien 3845, von denen 3 auf beiden Augen erblindeten. Von den 286 in Ungarn, 584 in Kärnthen und Steiermark 529, erblindete Keiner. In Italien wurde durchgehends touchirt. Verhältniss wie $200^{1}/_{47}$: 1. — Die französische Armee zählte unter 5600 Granulösen 14 auf beiden, 12 auf einem Auge Erblindete; Verhältniss wie $215^{10}/_{26}$: 1. — England unter 1836 Granulösen 52 auf beiden, 56 auf einem Auge Erblindete; Verhältniss wie 17 : 1. — Preussen von 1813—1816 unter 25,000 Granulösen 350 auf beiden, 150 auf einem Auge Erblindete; Verhältniss wie 50 : 1. — Russland von 11,373 Granulösen 40 auf beiden, 65 auf einem Auge Erblindete; Verhältniss wie $105^{35}/_{105}$: 1. — Belgien zählt im Laufe von 15 Jahren 10,000 Erblindete auf beiden, 4000 auf einem Auge. — In Mainz erblindeten im Jahre 1838 von 1404 Kranken 59 auf beiden Augen; Verhältniss wie $25^{29}/_{59}$: 1. — In Neapel unter 400 Kranken 267 Blinde; Verhältniss wie $1^{133}/_{267}$: 1. — In Oesterreich im Jahre 1832 unter 1361 Kranken 41 auf beiden, 34 auf einem Auge Erblindete, also 18 : 1; 1833 und 1834 unter 746 Kranken, 2 auf beiden, 1 auf einem Auge Erblindeter, also 315 : 1. — Hieraus geht hervor, dass Isolirung der Kranken, überhaupt Rücksicht auf äussere Momente, das Wichtigste bei der Behandlung sind.

Hr. Körte bemerkt, dass man in Berlin das *Argent. nitr.* bei blennorrhoischen Ophthalmien allgemein, und zwar mit gutem Erfolg anwende. Hr. Seidl aber glaubt, dass nicht dem Lapis, sondern der

Nacken vernommenen Töne sind indirect dem Knochengerüste mitgetheilte Töne, die für den Andern aus leicht begreiflichen Gründen schwerer vernehmbar sind, im eigenen Ohre aber deutlich und stark sich wiederholen bei Lagerung auf den Seiten.

5) Das Hören der eigenen Herztöne im eigenen Ohre ist eine Erscheinung, die nicht der Fortleitung durch die Gefässe zugeschrieben werden kann, sondern auf Rechnung der Schallfortleitung durch die Knochen gesetzt werden muss.

Was nun endlich die Frage anlangt, ob Arterien selbstständig Töne erzeugen können, so muss man hier noch daran sich erinnern, dass ausser den schon oft genannten Gründen gegen Tonerzeugung innerhalb und durch die Arterien noch folgende dagegen sprechen.

1) Die Töne an den Carotiden wechseln dem Rhythmus und der Stärke nach in gleichem Verhältnisse, als die Herztöne;

2) sie stehen überall da in der kleinen Terz, wo das Herz selbst normal ist, auch in den grossen Gefässen;

3) bei Herzfehlern der Mitralklappe hört man zuweilen, wenn die Insufficienz noch klein ist, an den Carotiden, statt zwei Tönen, zwei Töne und ein Geräusch. Ich erkläre mir dies so, dass die Carotis das systolische Blasen des ersten Tones schwach als Geräusch wiedergiebt, und der vom rechten Ventrikel fortgeleitete Tricuspidalklappenton ebenfalls noch in den Carotiden zum Gehör kommt. Ich vernahm diese zwei Töne und ein Geräusch deutlich an den Carotiden meines Collegen Dr. R. in Dresden, den Oppolzer und Andere sämmtlich für Mitralklappen-krank erklärt haben.

Es gebührt Kiwisch das Verdienst, zuerst mit Sicherheit nachgewiesen zu haben, dass keines der grossen Gefässe selbstständig Töne erzeugen kann. Ueber die Entstehung der Geräusche in grossen Gefässen werde ich im nächsten Paragraphen mich auszusprechen Gelegenheit haben. (Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus dem Kinder-Hospital zu München.

Von

Dr. Hauner,

Director desselben und Privatdocent an der Universität.

(Schluss aus No. 10.)

Bleichsucht.

Wir erwähnen hier einer Krankheit, die eigentlich dem Kindesalter nicht angehört, und wie bekannt, in den Pubertätsjahren erst zum Vorschein kommt. Es war uns nämlich auffallend, 10 Mädchen in verschiedenem Alter, das jüngste von 6, das älteste von 12 Jahren, die keineswegs in ihrer Entwickelung so weit vorgeschritten waren, dass man hätte annehmen können, sie seien dem Kindesalter, trotz ihrer zarten Jugend, schon entwachsen, an einer wahren Bleichsucht zu behandeln. Alle diese Kinder gehörten armen Eltern an, wurden sohin schlecht genährt und verpflegt; alle boten aber vollkommen das getreue Bild dieser Krankheit dar. Wir untersuchten dieselben genau und konnten keine andere Complication entdecken, obwohl es bei zweien deutlich war, dass sie früher an Skrofeln gelitten hatten, die anderen waren, wenigstens dem Aussehen nach, frei von dieser Krankheit.

Veränderung der Kost, Bewegung und Beschäftigung im Freien und *Limat. ferr. c. Rheo* brachten in allen Fällen in kurzer Zeit Besserung oder Heilung zu Stande.

Skrofulöse Augenentzündung.

Keine Entzündung der Augen in allen Formen kommt bei Kindern öfter vor, als die skrofulöse, und gegen keine wird mit mehr Mitteln, die sich tagtäglich noch vermehren, zu Felde gezogen, als gegen diese lästige Zugabe, oder besser äusseren Abdruck, eines skrofulösen Leidens. Es ist aber auch gewiss nichts wahrer als die Behauptung, dass jede äussere Behandlung nicht nur unnütz, sondern sogar schädlich ist. Wir kennen kein äusseres Mittel, das hier hilft, und sind längst von jeder anderen Behandlung, als der kalten Douche (und diese wenden wir erst zur Nachkur an) abgekommen. Man rühmt die Blutegel und applicirt sie sehr oft; die Entzündung wird in der That auf einige Zeit gehoben, aber was ist die Folge? — dass die Recidive immer hartnäckiger werden. Kann man denn einem skrofulösen Individuum Blut mit Nutzen entziehen? Unmöglich. Gegen Photophobie, die für die skrofulöse Ophthalmie pathognomonisch ist, haben wir einigemal die Wiener Aetzpaste mit Erfolg angewendet, wenden sie aber nie mehr an, da sie eben so wenig zuverlässig hilft, als alle anderen äusseren Mittel, und dennoch ist die skrofulöse Ophthalm. zu heilen, ja wir haben sie geheilt, wo sehr lange Zeit von renommirten Augenärzten solche unglückliche Wesen mit allen möglichen Wässern, Pustelsalben und Vesicantien misshandelt wurden, die armen Geschöpfe in finstern Kammern der wohlthätigen Luft und dem göttlichen Sonnenstrahle (angeblich Gift für dieses Leiden) barbarisch entzogen wurden.

Wir behandeln und heilen die *Ophthalm. scroful.:*

a) durch Anwendung interner Mittel, und zwar Laxantia aus *Calom.* und *Jalap.* oder *Inf. Senn. compos.*, je nach der Körperkraft und dem Alter des Individuums;

b) durch Jod in der Form und Gabe, wie wir dasselbe unter Skrofulosis näher bezeichnet haben;

c) durch Einwirkung frischer Luft, Bewegung im Freien, selbst in sonnigen Plätzen, Aufenthalt in keinem verdunkelten Zimmer;

d) durch zweckmässiges Regime und

e) Anwendung kalter Waschungen und später solcher Douche der Augen.

Aufmerksamkeit, der flüssigen Reinigung des Auges der günstige Erfolg zuzuschreiben sei. *Arg. nitr.* tödte das Exsudat und bilde eine feine Kruste; alles Uebrige werde weggespült.

Hr. H. W. Berend bestätigt das von Hrn. Seidl Gesagte; er ist ebenfalls gegen die kaustischen Mittel, glaubt aber nicht, dass die Kunst die Kraft habe, die *Ophth. neon.* zu coupiren; in den meisten Fällen müsse man ihr die Zeit gewähren, sich abzuspinnen.

Hr. Seidl hat in Prag die Resultate von Hasner beobachtet, welcher eben so viele augenkranke Neugeborene ohne Höllenstein, wie der Primarius mit Lapis behandelt hat, und zu demselben Resultat gekommen ist.

Hr. Waldeck sen. hat noch nie den *Lapis inf.* angewandt, ist aber sehr glücklich in der Behandlung der *Ophth. neonat.* gewesen; kalte Umschläge, selten einmal ein Blutegel, Reinlichkeit und gute Luft reichen gewöhnlich aus. In dem Prager Findelhause komme die Krankheit seltener vor, seitdem man nicht mehr die Fenster verhänge. Im Ganzen tritt also Hr. W. der Ansicht des Hrn. Seidl bei.

Hr. H. W. Berend fragt, ob Jemand glaube, die *Ophth. neon.* überhaupt coupiren zu können.

Hr. Seidl erklärt, er sei nicht gegen die Anwendung von Lapis, sondern nur gegen die absolute.

Hr. Waldeck glaubt, die Kälte könne wohl die Ophthalmie coupiren; sei sie einmal ausgebildet, so lasse sie sich nicht mehr coupiren.

Hr. Prof. Boissonneau hält einen Vortrag über das Geschichtliche der künstlichen Augen, die Verbesserungen und Indicationen ihrer Einsetzung.

Man hat die künstlichen Augen seit langer Zeit angewendet, und jedenfalls mehrere Jahrhunderte vor Christus; Anfangs als metallische, goldene, silberne, kupferne Schalen, später bituminöse, emaillirte etc. So giebt es in Paris mehrere Mumien mit künstlichen Augen. Man hat ihnen später die Form eines halben Vogeleies gegeben, welches sich auf den Stumpf anlegen sollte. Die neueren Mumien zeigen dieselbe Form von künstlichen Augen, wie sie unter Ambros. Paré angewendet wurden. Die Ränder der metallischen Augen konnten aber nicht mit Email bedeckt werden und behielten immer ihre Schärfe. Man nahm dann Emails mit alkalischen Basen, welche aber von der Feuchtigkeit mehr angegriffen wurden. — Die Form des künstlichen Auges ist von grosser Wichtigkeit, weil jeder Reiz auf die Weichtheile eine Granulation mit ihren Folgen hervorruft. Chelius behauptete, das Auge müsse immer so viel grösser sein, als der Stumpf klein sei. — Hr. B. machte seine Untersuchungen an einer grossen Zahl armer Leute theils in Frankreich, theils in Holland, und fand, dass die alten künstlichen Augen unpassend seien; er ersetzte sie durch hemisphärische, deren unterer Rand durchaus in dem Conjunctivafelle ruhen muss, und welche an dem inneren Rande einen Ausschnitt haben müssen. Es ist wichtig, um ein dem gesunden Auge ähnliches Aussehen zu haben, dass das Volum dem des gesunden Auges gleiche; es ist aber nicht die Dicke des Emails, sondern der Umfang, welcher dieses Aussehen herstellt. Doch ist es möglich, auch bei Augen, die keinen oder nur einen geringen Substanzverlust erlitten haben, künstliche Augen anzuwenden, weil manche Menschen ungleich grosse Augen haben. Die Augenhöhle ist sehr selten kleiner, als die des gesunden Auges. — Das jetzt gebrauchte Auge ist ein Kugelsegment von verschiedener Form, je nachdem es mehr oder weniger tief eindringen soll; es muss äusserst genau angepasst werden. Man hat schon lange die Ränder künstlicher Augen beschnitten und ein gutes Resultat erreicht, weil das Email immer einen gewissen Reiz ausübt, und der Raum in der

Hornhauttrübungen und Narben, sind sie anders noch heilbar, heilt nichts eher als fleissige, richtig angewandte kalte Douche; in einigen Fällen hilft auch die äusserliche Anwendung der *Tinct. Op. croc.* oder das Einblasen von *Calom. anglic.*

Augenentzündung der Neugebornen.

Die *Ophthalm. purulenta neonatorum* ist eine sehr gefährliche Krankheit; uns kam sie immer einige Tage nach der Geburt vor und meistens in einem weit vorgerückten Stadium mit reichlicher Eiterabsonderung und enormer Geschwulst der Augenlider. Wir haben sie einigemal mit Hirud. behandelt und nach dem Muster der französischen Aerzte mit einer Solution aus *Argent. nitr.* gr. iij—vj auf ℥iij *V. dest.*, können aber versichern, dass in dieser Krankheit *Merc. praec. rubr.* in Salbenform äusserlich applicirt, und der interne Gebrauch des Calomel grössere Dienste leistet, als Hirud. und *Argent. nitric.* — In offenbar syphilitischen Formen, und wir sind geneigt, dass diese Ophthalm. unter 10 Mal gewiss 8 Mal durch solchen Contact entstand, wirkt auch der *Lapis infern.*, in Substanz angewandt, ausgezeichnet. Täglich 1 oder 2 Mal wird das Auge mit lauwarmem Wasser von dem üblen Secrete mittelst Abtupfen vollkommen gereinigt, und sodann der Lapisstift zwischen die Augenlider durchgezogen; schon in wenigen Stunden, gewiss aber in 2—3 Tagen, sahen wir die Granulation der Conjunctiva sich vermindern, sohin den Eiterausfluss weniger werden und jede Gefahr verschwinden. Selbst in verzweifelten Fällen, wo wir den Durchbruch der Cornea zu befürchten hatten, dieselbe gänzlich trübe und undurchsichtig fanden, war dennoch der Erfolg der günstigste. Wenn auch die Kinder bei diesem Manöver stark schrieen und Mitleid erregen konnten, kann dieses gegen die Güte der Heilkraft dieses Mittels in keinem Betracht kommen, und ist es wohl besser, mit Salben und nichts wirkenden Solutionen keinen Schmerz, aber grossen Schaden anzurichten? Der innere Gebrauch des Calomel kann, wie gesagt, hier und da indicirt sein und die Kur unterstützen. Die Pseudomembran, die Mildner (Prag. V. J. III. Bd. I. 1847) und Chassaignac (Gaz. med. No. 35.) auf der Bindehaut der Lider gesehen haben, konnten wir zeither nicht entdecken, sie verbietet aber obige Behandlung nicht.

Mittheilungen aus der Poliklinik des Prof. Romberg in Berlin.

1. Krankheit an der *Basis cerebri*.

Am 20. Febr. 1851 wurde in der Klinik ein 49jähriger Droschkenkutscher vorgestellt, bei dessen Untersuchung folgende Symptome als die bemerkenswerthesten hervortraten: 1) Ptosis auf der linken Seite, Unfähigkeit das linke Auge nach oben und aussen zu bewegen (Paralyse des *Musc. rectus super.* und *externus*), Unbeweglichkeit der linken Pupille; 2) Anästhesie im Gebiete des rechten *N. infra-* und *supraorbitalis*, des *Ram. alveolaris inferior* und *lingualis*, so wie des rechten Augapfels und der rechten Nasenhöhle; Kau- und Gesichtsmuskeln auf beiden Seiten normal agirend; 3) Anästhesie des 1 bis 5. Cervicalnerven auf beiden Seiten, von da abwärts bis zum 1. Lumbalwirbel nur auf der rechten, dabei Anästhesie im Gebiete des rechten *N. ulnaris* bei normaler Bewegung der Finger. 4) Gefühl von Verlähmung im rechten Arm und Bein, nach längerem Sitzen auch im linken Bein, starkes Schwanken beim Schliessen der Augen, Kälte der Füsse, keinen Hang zum Coitus. Der Kranke, seit 13 Jahren Kutscher und stets gesund, will sich beim Schlittenfahren im Februar 1850 stark erkältet haben, worauf im März die Krankheit mit einem tauben Gefühl und Anschwellung der rechten Wange begonnen haben soll. Während des Sommers stellte sich eine Verlähmung des rechten Arms ein, die im October dergestalt überhand nahm, dass er die Peitsche nicht mehr halten konnte, während die Ptosis und die anderen Symptome sich allmälig entwickelten. Während des Sommers 1850 war auch Enuresis und Incontinenz des Stuhlgangs häufig vorgekommen, worüber indess jetzt nicht mehr geklagt wurde.

Prof. Romberg hielt über diesen Fall folgenden Vortrag:

Wenn Sie, meine Herren, in diesem wichtigen Falle, der Ihnen so recht als Beispiel für die Diagnose solcher Zustände dienen kann, die Hauptsymptome zusammenfassen, so haben Sie auf der einen (der rechten) Seite die Erscheinungen der Anästhesie im ganzen Gebiete des Quintus, nicht bloss in seinen Gesichtsverzweigungen, sondern auch in der Augen-, Nasen- und Mundhöhle, ebenso im rechten *N. ulnaris* und in den Spinalnerven bis zum 1. Lumbalwirbel hinab, während auf der linken Seite nur der 1. bis 5. Cervicalnerv von Anästhesie befallen sind. Dagegen finden Sie auf dieser Seite paralytische Erscheinungen im *N. abducens* und in den beiden Aesten des *N. oculomotorius*, welche den *Musc. rect. superior* und den *Levator palpebr. super.* versorgen. Rechnet man dazu das Gefühl von Schwäche in den unteren Extremitäten, besonders der rechten, die Abnahme des Muskelgefühls in denselben, welche sich durch das bedeutende Schwanken beim Schliessen der Augen kundgiebt, die früher vorhandene Lähmung der Sphincteren, so wird es klar, dass in diesem Falle neben der aufgehobenen Leitungsfähigkeit in einzelnen Nerven des Gehirns auch eine geschwächte Leitung im Rückenmarke besteht. Wir haben daher den Sitz der Krankheit an einer analogen Stelle zu suchen, nämlich da, wo die Nerven an der *Basis cerebri* und das Rückenmark gleichzeitig von dem Anlasse getroffen werden können, d. h. im *Pons Varoli*, nahe an der *Medulla oblongata*. Die entschieden ausgesprochene Anästhesie des Quintus und des Ulnaris auf derselben (der rechten) Seite lässt uns den Sitz des Anlasses in dem gegenüberliegenden (linken) Theile der Varolsbrücke vermuthen, wobei aber gleichzeitig ein Druck auf die *Medull. oblongata* ausgeübt werden muss, in dessen Folge die Schwächung der Motilität in den unteren Gliedmaassen und die Anästhesie am Halse, Rücken und Brust entstanden ist. Der Anlass der Krankheit muss aber auch von der Art sein, dass er gleichzeitig den linken *N. abducens* comprimirt, sich nach vorn bis zum *N. oculo-*

Augenhöhle dadurch beengt wird. Aus diesem Grunde muss auch das künstliche Auge einen leicht erhabenen Rand haben und abgerundet sein, so dass kein Kratzen der Conjunctiva entsteht. Der Ausschnitt an der Nasenseite ist deswegen nöthig, weil der Thränenapparat nicht gedrückt werden darf. Zwei Convolute von Gefässen sind da angedeutet, wo die Augenwinkel berührt werden. Verschieben sich diese Gefässe, so passt das Auge nicht, und man muss ein anderes nehmen. Reibung an irgend einer Stelle muss immer vermieden werden. Die Bewegung ist von oben nach unten am deutlichsten, von rechts nach links schwächer, doch kann die Bewegung nur dann vor sich gehen, wenn ein hinreichender freier Raum vorhanden ist, und deswegen ist es nöthig, die oberen Ränder auszuschweifen. — Jules Cloquet hatte das Gewicht auf höchstens 30 Gr. angegeben. Er hat darin Unrecht, denn das Gewicht muss zwischen 10 und 50 Gr. variiren.

Wenn man ein künstliches Auge auf einen Stumpf einsetzt, tritt ein tieferes Eindringen ein, welches 8 Tage dauert; später senkt sich das künstliche Auge, man muss daher ein anderes Auge nehmen mit mehr Substanz am unteren Rande, oder das erste so einsetzen, dass es erst später die richtige Stellung einnimmt. Bei einem Bulbus, der keine Atrophie erlitten hatte, zeigte sich nur eine sehr geringe Senkung der Iris am künstlichen Auge. Hr. B. hat ein Auge eingesetzt in einem Fall, wo ein grosser Theil der Cornea erhalten war; solche Fälle hielt man früher wegen der grossen Reizbarkeit der Cornea für nicht geeignet zu diesem Verfahren; wenn man aber einen freien Raum lässt zwischen Cornea und Glasauge, so gelingt es auch hier; gewöhnlich aber dringt das Auge tiefer ein, drückt die Cornea, erzeugt Thränenfluss und heftigen Schmerz. In einem Falle wollte die Kranke dennoch ein Glasauge tragen, erlitt aber eine Verschwärung der Cornea und Ausfluss der Flüssigkeiten des Bulbus — Vermeidet man dagegen eine Berührung der Cornea mit dem Email, so ist sogar ein hypertrophisches Auge geeignet, ein Glasauge zu ertragen.

In Wien sah Hr. B. eine Degeneration der Orbita durch ein schlecht sitzendes Glasauge hervorgebracht, nebst beständigem Thränenfluss durch Druck auf die Thränenorgane. Ein künstliches Auge, welches schief von aussen nach innen stand, so dass die Thränenkanäle ganz frei lagen, hob den Thränenfluss.

Auch bei Kindern kann man künstliche Augen anwenden, doch hat Hr. B. es erst vor 10 Jahren versucht an einem damals 9monatlichen Kinde, später bei einem 4jährigen Kinde. Dieses Alter ist das schwierigste, weil die Kinder sich nicht beikommen lassen wollen, um das Auge herauszunehmen. Deswegen zieht er einen Faden durch den unteren Rand und zeigt dem Kinde, wie es das Auge selbst herauszieht. Der Faden bleibt in der Augenhöhle und genirt gar nicht. — In manchen Fällen genügt es, Aushöhlungen, selbst Perforationen, in dem künstlichen Auge anzubringen, um Operationen am Stumpf zu vermeiden, weil diese den Stumpf gewöhnlich verschlechtern. — Wegen der Einsetzung und Herausnahme der Glasaugen verweist Hr. B. auf ein Werk, welches er darüber unter der Feder hat. Hr. B. theilt seine Augen in 3 Kategorien, je nachdem sie 1) bei Verkleinerung des Bulbus bis zur Hälfte und darunter, 2) bei Hypertrophie anwendbar sind, und zwar kann man diese sogar bei kleinen Staphylomen gebrauchen, die dritte Reihe umfasst die variabeln Formen.

Hr. Dr. Seidl knüpfte hieran einige Bemerkungen über die Vortheile der Boissonneau'schen Augen vor den älteren, und Hr. B. stellte mehrere Fälle vor, in denen er künstliche Augen eingesetzt hatte.

Der Secretair der Gesellschaft: Krieger.

motorius ausdehnt und dadurch paralytische Symptome in diesen beiden Nervenbahnen hervorbringt. Diese räumliche Ausbreitung der Krankheit von hinten nach vorn ist um so gewisser, als man sonst nur den Sitz der Krankheit in den *Crura cerebri* annehmen könnte, deren Affectionen indess niemals anästhetische Erscheinungen hervorbringen. Sind wir mithin über den Sitz des Anlasses in der Nähe des Ponz und der *Medulla oblongata* einig, so ist es ebenso gewiss, dass dieser Anlass eben nur ein comprimirender, kein reizender sein kann, da in diesem Falle kein einziges Symptom der Irritation, kein Schmerz, keine Contractur beobachtet wird. Ich mache Sie bei dieser Gelegenheit auf einen in diagnostischer Beziehung wichtigen Umstand aufmerksam. In früherer Zeit hat man in der Regel die Krankheiten, welche im Gehirn wurzelten, mit den am Gehirn vorkommenden verwechselt, woraus sich auch die häufigen Widersprüche, selbst bewährter Physiologen, über die kreuzende Leitung erklären lassen. So viel aber steht fest, dass allen Krankheiten, die im Gehirn selbst sitzen, die Norm der gekreuzten Leitung zukommt, während freilich in den Fällen, wo die Krankheit am Gehirn sich entwickelt, die abtretenden Cerebralnerven nur peripherisch beeinträchtigt werden und daher nur das Gesetz der peripherischen, d. h. der Leitung auf gleichseitiger Bahn, wenigstens für die cerebralen Nerven, maassgebend sein kann. Wendet man diese Sätze auf den vorliegenden Fall an, so erscheint die Annahme einer vom *Pons Varoli* ausgehenden Krankheit am wahrscheinlichsten, die einerseits als eine wirklich cerebrale die Erscheinungen von Anästhesie in der gegenüber liegenden Körperhälfte und am Rumpfe herbeiführt, andererseits aber auch einen solchen Umfang einnehmen muss, dass sie zugleich den an der Basis verlaufenden Abducens und Oculomotorius comprimirt.

Nach dieser Bestimmung des Sitzes der Krankheit frägt es sich zunächst, welches ist die *Species morbi* in diesem Falle? Wir haben hier die Wahl zwischen einer Geschwulst, z. B. tuberkulöser oder fibroider Natur, einer Hämorrhagie und einem Exsudat, und ich gestehe gern, dass ich es mir nicht anmaasse, hier schon jetzt ein entscheidendes Urtheil abzugeben. Was die Hämorrhagie im *Pons Varoli* betrifft, so glaubte man früher, dass dieselbe sich nicht mit der längern Fortdauer des Lebens vertrage, ein Glaube, den auch ich theilte, bis ich durch folgenden Fall eines Bessern belehrt wurde. Derselbe betraf einen Studirenden der Philosophie, welcher nach einem Schmause sehr erhitzt am Ufer des Flusses einschlief, und am nächsten Morgen die Erscheinungen einer Hemiplegie mit einzelnen Paralysen cerebraler Nerven in der anderen Gesichtshälfte darbot. Ich diagnosticirte eine Geschwulst, deren räumliche Ausbreitung sich durch die paralytischen Symptome leicht begrenzen liess. Bei der Section fand sich indess zu meinem Erstaunen eine Hämorrhagie im *Pons Varoli* mit schichtenweiser Gerinnung des Bluts, wie in allen Aneurysmensärken, wodurch der Pons bis zum Umfang eines kleinen Hühnereis ausgedehnt, verschoben und ein Druck auf die an der *Basis cerebri* verlaufenden Nerven der anderen Seite ausgeübt wurde. Das Präparat befindet sich auf dem anatomischen Museum. Man sieht hieraus, dass auch bei Hämorrhagien im Pons das Leben noch einige Zeit fortbestehen kann, doch beobachtet man in solchen Fällen immer eine subitane Entwickelung der krankhaften Erscheinungen, nicht eine successive, wie im vorliegenden Falle, in welchem wir daher durchaus nicht an eine Hämorrhagie denken können. Dagegen bleibt uns die Wahl zwischen einem Tumor und einem Exsudat, für welches letztere die grosse Ausdehnung bis zum Oculomotorius hin zu sprechen scheint.

Was ist nun in diesem Falle zu thun? Der rheumatische Anlass der Krankheit ist sehr deutlich angegeben worden, und es frägt sich daher, ob man auf denselben noch Rücksicht nehmen soll. Ich würde, bei dem Mangel einer anderen Causalindication, jedenfalls dazu rathen, und zuerst das Jodkali anwenden, ein Mittel, welches nebst dem *Decoct. Zittmanni* und dem Mercur gerade in den Fällen, wo eine rheumatische oder syphilitische Basis der Cerebralaffection vorhanden ist, treffliche Dienste leistet und dadurch den Werth einer richtigen Diagnose auch in Bezug auf die Therapie herauskehrt. Ausserdem gehe ich noch am meisten auf die Ableitungen und rathe Ihnen hier zur Application eines Setaceums im Nacken.

2. Kopfschmerz und Weichselzopf.

Ein 24jähriges Mädchen, aus der Provinz Posen gebürtig, hatte vor 13 Jahren einen Weichselzopf gehabt und denselben abgeschnitten. Seit dieser Zeit leidet sie an Kopfschmerzen, die, zumal beim Bücken, bei Bewegungen des Kopfes, sich steigern und mit Röthe des Gesichts und Schwindel verbunden sind. Die früher reichlichen Menses sind jetzt spärlich aber regelmässig. Der Weichselzopf hat sich seitdem nie wieder gezeigt. R. bemerkte darüber folgendes:

In diesem Falle, m. H., fragt es sich, ob wir die Entstehung der heftigen Kopfschmerzen, an welchen die Kranke leidet, mit dem früher vorhandenen und abgeschnittenen Weichselzopf in Verbindung bringen wollen oder nicht. Es herrschen in Bezug auf den Weichselzopf bekanntlich zwei verschiedene Ansichten. Die eine betrachtet denselben lediglich als Product der Unsauberkeit, des Schmutzes, die andere als einen krankhaften Process, ähnlich dem arthritischen oder impetiginösen. In neuerer Zeit sind von Walter in Dorpat schöne mikroskopische Untersuchungen des Weichselzopfes angestellt worden, die uns indess hier, wo derselbe in der That nicht mehr vorhanden ist, nicht kümmern können. Was meine eigne Ansicht über diesen Punkt betrifft, so kann ich die Idee eines wirklich dyskrasischen Leidens nicht aufgeben. Ich bin sehr häufig von solchen Kranken, und zwar nicht bloss, wie man häufig glaubt, von Juden, hier in Berlin zu Rathe gezogen worden, und habe daher Gelegenheit gehabt, manche interessante Beobachtung zu machen. So erinnere ich mich vorzugsweise eines 54jährigen jüdischen Kaufmanns aus dem Warthekreise, der hier in Berlin nach vorausgegangenem Schwindel und Kopfschmerz von einem apoplektischen Anfall mit Lähmung der linken Körperhälfte betroffen wurde, wo aber die letztere wie durch Zauber wich, nachdem an einzelnen Stellen des Kopfes trichomatöse Bildungen stattgefunden hatten. Andere ähnliche Fälle habe ich aus den von den Aerzten mir zugesandten schriftlichen Berichten ersehen, und kann daher die Ansicht eines wirklich krankhaften Processes nicht aufgeben. Freilich kommt auch hier eine einfache Verfilzung der Haare in Folge von Unsauberkeit und Mangel der Haarcultur vor, wie wir es z. B. häufig im Wochenbette sehen, und ich zweifle nicht, dass dieselbe in Polen, wo die Unsauberkeit noch grösser ist, auch häufiger vorkommen mag, allein diese Verfilzung mit dem wirklichen Weichselzopf zusammenzuwerfen, scheint mir ganz irrthümlich zu sein. Indem ich nun diese Ansicht festhalte und auf die Therapie anwende, empfehle ich Ihnen bei dieser Kranken wenigstens eine impetiginöse Affection der Kopfhaut durch Einreibungen der Pockensalbe zu erzeugen. Bei sehr vielen solcher Kranken wird übrigens nach dem Abschneiden oder Verschwinden des Trichoms die Haut ungemein trocken, pergamentartig und man sieht daher von der Anwendung diaphoretischer Mittel häufig sehr gute Wirkungen. Verordnen Sie daher zum innern Gebrauch eine Abkochung der *Spec. pr. decoct. lignor.* (1 Esslöffel derselben mit ¼ Quart Wasser, eine halbe Stunde lang gekocht und täglich verbraucht) und zweimal in der Woche ein russisches Dampfbad.

Mittheilungen aus dem Charité-Krankenhause zu Berlin.

Von

Dr. Traube.

Infiltration des Lungenparenchyms mit tropfbarer Flüssigkeit als Ursache exquisiter consonirender Phänomene.

Bereits in meinen „Beobachtungen und Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Abdominal-Typhus und der Pneumonie" (Charité-Annalen Bd. I. Heft 2. S. 289.) findet sich der Satz ausgesprochen: „dass das bronchiale Athmen nicht bloss, wie man bisher glaubte, durch Compression der Lungensubstanz, oder durch Infiltration derselben mit fester Masse, sondern auch durch Anfüllung ihrer Alveolen mit tropfbarer Flüssigkeit hervorgerufen werden könne, vorausgesetzt dass die Flüssigkeit die in dem Parenchym enthaltene Luft vollständig verdrängt hat."

Dieser Satz stützte sich damals auf die Beobachtung zwar nur eines Falles von secundärer Pneumonie, aber die in diesem Falle gegebenen Prämissen, das Product einer sorgfältigen und unbefangenen Untersuchung, genügten auch den strengsten Anforderungen in solchem Grade, dass ich unbedenklich jene Folgerung aus ihnen ziehen zu dürfen glaubte.

Der folgende Fall ist ein neuer Beweis für die Richtigkeit des damals gezogenen Schlusses.

Beobachtung: Aufnahme am 2. Tage der Krankheit. *Pleuritis dextra*, ungewöhnlich grosse Schmerzen verursachend. Anwendung allgemeiner und örtlicher Blutentziehungen und der Digitalis in grossen Dosen, später des *Morph. acet.* Nachlass der Schmerzen am 3. Tage, nach vorhergegangenem Schweisse. Am 5. Tage umfängliche und intensive Dämpfung auch an der linken Thoraxhälfte wahrnehmbar; an derselben Stelle bronchiales Athmen und consonirendes Rasseln. Die Autopsie ergiebt: *a)* tuberculöse Phthise von geringem Umfange im rechten Lungenflügel; *b)* rechtsseitiges pleuritisches Exsudat; *c)* geringes pericardisches Exsudat; *d)* entzündliche Infiltration des linken unteren Lungenlappens.

Iwer Iwersen, Schlossergeselle aus Norwegen, wurde am 25. Februar 1851 in die Klinik aufgenommen. Pat. bekam, nachdem er schon

längere Zeit über Kurzathmigkeit, Husten und zeitweise über Stiche in beiden Thoraxhälften zu klagen gehabt hatte, gestern früh zwischen $3^1/_4$ und 6 Uhr einen starken Schüttelfrost. Mit denselben traten mässige Stiche in der rechten Thoraxhälfte ein, welche sich seit heute Morgen zu einer bedeutenden Höhe gesteigert haben, so dass Pat. nur äusserst flach zu inspiriren wagt. Statt des früheren schleimig-eitrigen zeigt sich jetzt ein sehr zäher, klebriger, schaumiger, grauweisser, durchscheinender Auswurf. Heute Morgen ein Mal Erbrechen. Seit vorgestern kein Stuhl.

Pat. zeigt bei der Aufnahme, Mittags nach 12 Uhr: 132 grosse, gespannte Pulse; Resp. 48; Temperatur = 41°,5. Es werden sofort 12 blutige Schröpfköpfe an die leidende Thoraxhälfte und ein Digitalis-Infus (3β) ℥iv, zweistündlich 1 Esslöffel, verordnet.

Abends gegen 5 Uhr: Nach den Schröpfköpfen, trotz einer Blutentleerung von c. 1 Pfd., keine Erleichterung. Gegenwärtig: Puls 128; Resp. 48; Temp. = 41°,175. — Percussionsschall rechts vorn und in der S.W. von der 6. Rippe ab gedämpft, hinten rechts zwischen dem unteren Winkel der Scapula und der Wirbelsäule dumpfer als links, weiter auf- und abwärts eben so hell als links. Die Auscultation ergiebt hinten rechts im oberen Drittheil unbestimmtes Athmen, zwischen dem unteren Winkel der Scapula und der Wirbelsäule bronchiales Athmen und Schnurren, weiter abwärts dieselben Geräusche, nur schwächer; in der rechten S.W. und vorn rechts vesiculäres Athmen. Die Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte ungewöhnlich gross. — Verordnung: Aderlass von ℥x; Fortgebrauch des Digitalis-Infuses.

26. Febr., Vormittags gegen 9 Uhr (III. Tag): Nachts nicht geschlafen. Der gestern Abend nach 5 Uhr gemachte Aderlass hat keine Erleichterung gebracht. Blutkuchen gross, fest, ohne Kruste. Puls 132, gross, gespannt; Resp. 60; Temperatur = 38°,775. Gesicht collabirt, schwach geröthet. Haut trocken. Urin sauer, durch einen Niederschlag von harnsauren Salzen undurchsichtig gemacht, nicht albuminös. Zunge feucht, gelblichweiss belegt; viel Durst. Kein Stuhl. Abdomen stark gespannt, indolent. Die Stiche sind sehr heftig. Fortdauerndes Stöhnen. Die rechte Thoraxhälfte in ihrer unteren Hälfte voluminöser als die linke; die unteren Intercostalräume an derselben verstrichen. Percussionsschall rechts vorn und in der S.W. von der 5. Rippe ab gedämpft, hinten rechts von der *Spina scapulae* abwärts mässig gedämpft. Die Auscultation ergiebt: rechts vorn und in der S.W. vesiculäres Athmen, hinten in der oberen Hälfte unbestimmtes Athmen, weiter abwärts bronchiales Athmen, im unteren Drittheil deutliche Bronchophonie; links vorn in der oberen Hälfte lautes unbestimmtes, weiter abwärts lautes vesiculäres Athmen, hinten schwaches unbestimmtes Athmen. — Seit heute Morgen gelinde Stiche auch in der linken Thoraxhälfte. — Bis jetzt 3β Digitalis verbraucht. — Verordnung: Von jetzt ab *Solut. morph. acet.* (gr. β) ℥vj abwechselnd mit dem Digitalis-Infus, und lauwarme Umschläge von *Solut. morph. acet.* (℈j) Pfd. ij auf die rechte Brusthälfte, dreistündlich ein neuer Umschlag.

Abends nach 5 Uhr: Gleich nach dem Essen Erbrechen. Darauf reichlicher allgemeiner Schweiss, der bis jetzt fortdauert. Gesicht schwach geröthet. Puls 132, gross, weich; Resp. 56; Temp. = 39°,2. Kein Urin. Kein Stuhl. Die Schmerzen etwas ermässigt. Husten selten. Sputa sehr spärlich, grauweiss, trübe, schaumig, zähe, klebrig. — Verordnung: Sechs blutige Schröpfköpfe an die rechte Seite.

27. Febr., Vormittags gegen 9 Uhr (IV. Tag): In der Nacht Halbschlaf, häufig durch Husten unterbrochen; kein Schweiss. Puls 104, gross, mässig gespannt; Resp. 34; Temp. = 38°,4. Urin sauer, durch einen Niederschlag von harnsauren Salzen undurchsichtig gemacht. Kein Stuhl. Seit gestern 3 Mal galliges Erbrechen. Zunge feucht, graugelb. Viel Durst. Die Schmerzen ermässigt. Auswurf nicht reichlich, grauweiss, stark getrübt. Percussionsschall hinten rechts von der *Spina scapulae* schwach gedämpft, in der Umgegend des unteren Winkels der Scapula deutlich tympanitisch; hinten links von oben bis unten hell. Die Auscultation ergiebt: hinten rechts in der kleineren oberen Hälfte unbestimmtes Athmen und spärliches tiefes Rasseln, weiter abwärts bronchiales Athmen mit spärlichem consonirendem Rasseln, hinten links lautes unbestimmtes Geräusch mit Schnurren und spärlichem tiefem Rasseln. — Bis jetzt im Ganzen 3j Digit. verbraucht und gr. $^3/_4$ *Morph. acet.* (innerlich).

Abends gegen 5 Uhr: Gesicht mässig geröthet. Puls 128, regelmässig, gross, weich; Resp. 40; Temp. = 39°,2. Haut an der Stirn feucht. Urin abnorm roth, klar, stark sauer. Kein Stuhl. Drei Mal galliges Erbrechen. Abdomen flach, gespannt, im Epigastrium empfindlich. Die Schmerzen ungefähr wie am Vormittag. Husten häufig. Auswurf unverändert.

28. Febr., Vormittags nach 9 Uhr (V. Tag): Sehr schlecht geschlafen. Gesicht schwach geröthet. Puls 124, klein, wenig gespannt; Resp. 60. Urin wie gestern Abend. Haut etwas feucht. Kein Stuhl. Seit gestern Abend kein Erbrechen. Seit Mitternacht Schmerzen in der linken Brusthälfte sehr heftig, heftiger als auf der rechten Seite. Die Respiration oberflächlich, stöhnend. Percussionsschall hinten links von der *Spina scapulae* ab intensiv gedämpft, intensiver als rechts; in der rechten S.W. von der 4. Rippe, vorn rechts von der 6., vorn links von der 4., in der linken S.W. von der 7. Rippe ab gedämpft. Die Auscultation ergiebt hinten rechts in der unteren grösseren Hälfte bronchiales Athmen und consonirendes Pfeifen, hinten links im oberen Drittel unbestimmtes Athmen, weiter abwärts bronchiales Athmen bei In- und Exspiration und kleinblasiges consonirendes Rasseln; vorn rechts vesiculäres Athmen, vorn links unbestimmtes Athmen mit Schnurren. Sputa schleimig, stark schaumig, wenig getrübt. — Das Digitalis-Infus seit gestern Abend 10 Uhr, nachdem Pat. etwa 70 Gran verbraucht hatte, ausgesetzt. — Verordnung: Ein grosses Blasenpflaster an jede Brusthälfte und *Solut. Elixir. paregor.* (℥j) ℥vj, zweistündlich 1 Esslöffel.

Abends nach 5 Uhr: Gesicht sehr collabirt, blass. Puls 148, klein; Resp. 50. Extremitäten kühl anzufühlen. Pat. hat Nachmittags eine grosse Menge dunkelgrüner Flüssigkeit erbrochen. Kein Urin; kein Stuhl. Sopor. Schmerzen fortdauernd.

Abends $8^1/_2$ Uhr: Tod.

Section am 1. März, Vormittags 11 Uhr (an einem kalten Tage):

Brusthöhle: Im rechten Brustfellsack eine ziemlich grosse Menge trüber, seröser Flüssigkeit. Die *Pleura costalis* und *diaphragmatica* reichlich und fein injicirt, und mit reichlichen, grossen, membranösen, mürben, gelben Faserstoffgerinnungen bekleidet, ebenso der grösste Theil der *Pleura pulmonalis*. Die (rechte) Lunge selbst ziemlich voluminös; in der Spitze eine kleine, etwa haselnussgrosse Gruppe obsoleter Miliartuberkeln; im hintersten und untersten Theil des oberen Lappens ein grosser Heerd obsoleter Miliartuberkeln, in dessen Mitte eine etwa wallnussgrosse Caverne, deren Wände einen eitrigen Beschlag darbieten. Das übrige Parenchym dieses Lungenflügels vollkommen lufthaltig. — Die linke Lunge an dem grössten Theil ihres Umfanges mit der Brustwand und dem Zwerchfell verwachsen; das Bindegewebe zwischen Lunge und Zwerchfell reichlich serös infiltrirt. An der Oberfläche dieser Lunge, ungefähr der Mitte der Seitenwand des linken Thorax entsprechend, eine $2^1/_4$ Zoll lange, $1^3/_4$ Zoll breite, seichte Vertiefung, welche von einer ziemlich festen und fest adhärirenden gelben Pseudomembran ausgekleidet ist. Dieser Vertiefung entspricht an der Thoraxwand eine gleich grosse Stelle, welche nur eine äusserst spärliche venöse Injection darbietet, und die normale Färbung der Costalpleura besitzt. In der Umgebung des so beschaffenen Fleckes zahlreiche Bindegewebsstränge, mittelst deren *Pleura costalis* und *pulmonalis* zusammenhingen. Auf diese Weise war eine flache Cyste gebildet worden, aus welcher etwa ein Esslöffel voll gelber, seröser Flüssigkeit hervordrang, als man die Lunge von der Pleurawand abzulösen suchte. Der obere Lappen der Lunge ziemlich voluminös, durchaus lufthaltig, das Parenchym blass, von einer reichlichen farblosen, schaumigen Flüssigkeit infiltrirt. Der untere Lappen durchgängig solide, luftleer, fest, seine Schnittfläche braunroth, glatt, feucht, auf Druck eine dünne, seröse, schwach blutig gefärbte, luftblasenarme Flüssigkeit in mässiger Menge ergiessend. Diese Flüssigkeit ist stellenweise durchscheinend, an anderen Stellen stark getrübt. Sie enthält junge Zellen, in dem Maasse mehr, als sie stärker getrübt ist. Die Zellen sind auffallend klein, kleiner als gewöhnliche Eiterkörperchen, grösstentheils mehrkernig, und enthalten bereits ziemlich viele Fetttröpfchen. Die unter den jungen Zellen befindlichen Epithelien enthalten zum Theil ebenfalls Fetttröpfchen, aber in weit geringerer Anzahl. Die mikroskopische Untersuchung des Parenchyms selbst weist nirgends die Gegenwart eines festen Exsudates nach; dagegen sind die Gefässe der nicht mit Wasser behandelten Partien stark mit Blutkörperchen angefüllt. Mitten in dem so veränderten Lappen zwei von einander entfernte, kaum haselnussgrosse, mit festem Exsudat erfüllte Heerde. — Die Schleimhaut der Trachea und der Bronchi zeigte eine reichliche capilläre Injection. — Im Herzbeutel ein spärliches fibrino-seröses Exsudat; Herz gesund.

Bauchhöhle: Die Leber etwas grösser als normal, stellenweise beginnende Fettentartung. — Der Magen durch eine schmutzig dunkelgrüne Flüssigkeit enorm ausgedehnt; seine Schleimhaut normal. — Im Colon feste, gelbe Fäces. — Milz vergrössert, schlaff, aber fest, blutarm. — Die Mesenterialdrüsen grossentheils tuberkulös infiltrirt.

Betrachten wir in diesem Falle, mit Ausschluss aller anderen Eigenthümlichkeiten desselben, lediglich die Veränderungen, welche der linke untere Lungenlappen erfahren hatte, so ergab die Autopsie zunächst eine Verdichtung dieses Lappens durch Infiltration, d. h. er war nicht durch Compression von aussen her luftleer gemacht worden, sondern durch eine Masse, welche in die Alveolen selbst abgelagert war. Denn die im linken Pleurasack befindliche Cyste war einmal viel zu klein, um durch ihren Druck ein so grosses Parenchymsegment seines Luftgehalts zu berauben, und befand sich überdies grösstentheils ober-

halb dieses Lappens. Auch die Exsudatmenge im Pericardium war offenbar viel zu gering, um die genannte Wirkung hervorzubringen. An einen Druck endlich vom rechtsseitigen Exsudat konnte um so weniger gedacht werden, als das Parenchym des rechten Lungenflügels selbst durchweg lufthältig war.

Dass das in's Parenchym abgelagerte Product ein entzündliches war, wird man für die beiden haselnussgrossen festen Stellen ohne Weiteres zugeben. Aber ich glaube dasselbe auch von der serösen Flüssigkeit, die den übrigen ungleich grössten Theil des Lappens luftleer gemacht hatte, behaupten zu können. Der durch sie bedingte Zustand konnte höchstens mit einem acuten Lungenödem verwechselt werden. Gegen diese Annahme aber sprachen erstens die verhältnissmässig geringe Menge der Flüssigkeit, zweitens ihre Armuth an kleinen Luftbläschen, vor Allem endlich drittens ihr Gehalt an jungen Zellen, der stellenweise so gross war, dass sie sich stark getrübt, in's Weissliche spielend zeigte.

Wir hatten also eine Verdichtung des linken unteren Lungenlappens durch Infiltration mit entzündlichem Exsudat vor uns. Die nun zu entscheidende Frage ist, ob das bronchiale Athmen und das kleinblasige consonirende Rasseln, welches man während des Lebens an der unteren Hälfte des linken Thorax gehört hatte, auf Rechnung dieser mit tropfbarer Flüssigkeit infiltrirten Partien, oder jener beiden kleinen hepatisirten Heerde zu bringen seien. Eine offenbar nicht schwierige Frage, da eine hundertfältige Erfahrung positiv gelehrt hat, dass dergleichen wenig umfängliche Hepatisationen meistens nicht einmal abnorme akustische Zeichen überhaupt, geschweige denn consonirende Phänomene zu erzeugen im Stande sind. Ich erinnere nur an die weit umfänglicheren Infiltrationen bei echter lobulärer Pneumonie (ich werde in den nächsten Nummern dieser Zeitschrift einen interessanten Fall dieser Art mittheilen) und an die in den Lungenspitzen befindlichen bei chronisch verlaufender Tuberkulose.

Nur ein ernstlicher Einwand noch liesse sich gegen den Schluss, „dass die links gehörten consonirenden Phänomene auf die serös infiltrirten Partien des linken unteren Lappens zu beziehen waren", erheben; ich meine die Behauptung, dass diese akustischen Zeichen ihre Wahrnehmung an der linken Thoraxhälfte der Fortpflanzung von der rechten Seite her verdankten. Diesen Einwand indess kann man leicht durch die Thatsache widerlegen, dass zu derselben Zeit, wo links bronchiales Athmen und consonirendes Rasseln zu hören waren, sich rechts bronchiales Athmen und consonirendes Pfeifen zeigte. Dazu kommt, dass das bronchiale Athmen links, wo nicht stärker, doch mindestens eben so stark als rechts zu hören war, während doch das fortgepflanzte bronchiale Athmen immer schwächer erscheint, als an der Entstehungsstelle.

M i s c e l l e n.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Dem Reg.-Arzte Dr. A. Pracher im k. Inf.-Leib-Reg. das silberne Militär-Sanitäts-Ehrenzeichen; dem Hofrathe Dr. Schilling, Vorstande des Gebärhauses in Bamberg, das Ritterkreuz des St. Michael-Ordens.

Preussen. Der Kreisphysikus Dr. Rudolph in Artern ist zum Sanitätsrathe ernannt.

Personalveränderungen. Nassau. Ernannt zu Med.-Access.: Die Candidaten DD. Wuth aus Diez in Obertiefenbach, Köpp aus Bibrich in Usingen, Magdeburg aus Wiesbaden in St. Goarshausen.

Oesterreich. Befördert zu Stabsärzten: Die Regiments-Aerzte DD. A. Heil vom Inf.-Reg. No. 21, L. Eichler vom Inf.-Reg. No. 42, J. Malow vom Hus.-Reg. No. 8. Die Feldstabsärzte DD. St. Schroff, A. Richter, J. Dworaschek, K. Heidler, J. Martini und A. Bee rücken in den Gehalt von 1800 Fl., ferner 116 Reg.-Aerzte 1. Kl. in den von 1000 Fl. vor. Dr. K. Huber, Oberwundarzt des Gren.-Bat. Stäger, ist zum Oberarzt bei Kaiser Franz Joseph Inf.-Reg. befördert. Versetzt: Die Feldstabsärzte DD. J. Hassinger auf den systemisirten Posten im Garnisonspital zu Wien, Fr. Russheim auf jenen nach Prag.

Preussen. Dem Kreisphysikus Dr. Bonorden zu Herford ist auf sein Ansuchen die Entlassung aus seinem Amte ertheilt, und die Physikatsstelle dem prakt. Arzte Dr. Kerstein übertragen worden. Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Freese hat sich in Tilmaringhausen, Kreis Brilon, niedergelassen.

Am Schlusse des Jahres 1850 waren in Berlin ansässig: 412 praktische Aerzte, 29 Wundärzte 1. Kl., 45 Wundärzte 2. Kl., 35 Zahnärzte, 37 Apotheker, 2 Provisoren, 55 Thierärzte, 56 Hebeammen.

Sachsen. Befördert: Oberarzt 1. Kl. vom Artill.-Corps Dr. Anschütz zum Divis.-Stabsarzt; Oberarzt 3. Kl. Weber vom 14. Inf.-Bat. zum Oberarzte 2. Kl.; die Oberärzte 4. Kl. der med.-chir. Akad. Reichel, Hannicke, List zu Oberärzten 3. Kl.; die Unterärzte Dr. Koch vom 1., Uhle vom 2., Lindner vom 3. Reit.-Reg., Bohmer von der Artill., Klahre von der 1. Inf.-Brig., Frenzel vom 1. Schützen-Bat., Uhlemann vom 1., Dr. Liebers vom 2. Reit.-Reg., Sittner von der 1., Dr. Knörzinger von der 2. Inf.-Brig., DD. Horn von der 1., Wunder von der 2., Schulze von der 3. Inf.-Brig., Abel vom 2. Schützen-Bat. zu Oberärzten 4. Kl.

Todesfälle. Baden. Physikus Himmelscher in Neckargemünd.

Baiern. Geh. Rath Dr. v. Breslau, k. Leibarzt, Ober-Med.-Rath und ord. Prof. der Arzneimittellehre an der Universität zu München; Dr. J. F. Beck, prakt. Arzt zu Lauf; Dr. Ohlhaut, k. Landgerichtsphysikus in Würzburg.

Freie Städte. Dr. J. Heineken in Bremen, 90 J. alt.

Preussen. Kreisphysikus Dr. Oeltze in Neu-Ruppin.

Würtemberg. Dr. K. F. v. Gärtner, prakt. Arzt in Calw, 78 J. alt; Hofwundarzt Fricker in Stuttgart.

Frankreich. Dr. Gagnière im Städtchen St. Vallier (Isère). er vermachte 150,000 Fr. zu wohlthätigen Zwecken, namentlich zur Reconstruirung des Spitals daselbst.

Grossbritannien. Dr. Th. Hume zu Hanwell, ehemal. Leibarzt des Herzogs v. Cambridge, 81 J. alt.

Polen. Dr. Sander (aus Braunschweig) in Warschau, früher Generalarzt der westphälischen Armee.

Russland. Dr. H. Hess, wirkl. Staatsrath, ord. Akademiker im Fache der allgem. Chemie; Dr. Fleischhut, prakt. Arzt und Lehrer am Cadetten-Corps zu Polozk.

Sonnabend, № 12. 22. März 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber die Cystenbildung in der weiblichen Brustdrüse durch Erweiterung bei stellenweiser Abschnürung und Sperrung der Milchgänge, nebst einer Untersuchung über die Verknöcherung der letzteren.

Von

Prof. J. F. H. Albers in Bonn.

Eine bisher nicht gekannte Form der Cystoide besteht nach Birkett „*The diseases of the breast and their treatment.* Lond. 1850“, S. 65, aus der krankhaften Erweiterung und Veränderung der Milchgänge und Milchdrüsenläppchen. Solche Cysten können sich nach ihm entwickeln: 1) unter der Warze, wo er sie subareolare nennt, 2) in der Substanz der Drüse, wo sie intraglandulare, und 3) an der hintern Fläche der Drüse, wo sie subglandulare Cystoide genannt werden. Die einfachste Form dieser Blasen ist jene, in welcher sie an der *hinteren* Fläche der Drüse angetroffen werden. Indem sie selten den Charakter eines erheblich auf den gesammten Organismus Einfluss ausübenden Leidens an sich tragen, bestehen sie als eine wenig beachtete Veränderung lange Zeit hindurch fort. Sie bilden aber den Grundtypus der in Rede stehenden Cyste, welchen Birkett in folgender Art bezeichnet. Ihre Grösse ist verschieden von der eines unwahrnehmbaren Punktes bis zu der einer Vitzbohne, aber selten grösser. Ihre Farbe ist von ihrem Inhalt bedingt, bald gelb, blassroth, braun, bald gar schwarz oder gelbgrün. Sie sind äusserlich von einem fibrös-cellulösen Gewebe umkleidet, und die auskleidende Haut besteht aus einem schönen zusammenhängenden Epithelium, dessen einzelne Zelle oval mit einem Kern versehen ist; auch ist ihr Gewebe etwas granulirt. Dieses Epithel gleicht dem der Drüsensecret-führenden Gänge. Ihr Inhalt ist schleimiger Art, blassgelb, roth, dunkelgrün. Er zeigt eine granulirte Grundlage nebst Fettkugeln, Milchkügelchen, Colostrumkörpern und Epithelzellen. Die Farbe wird offenbar von der Zersetzung oder von der Gegenwart des Hämatins bedingt. — Diese Untersuchung des Inhalts, fährt Birkett fort, zeigt klar und deutlich auf die Entstehung dieser Cysten hin; denn da er alle Bestandtheile des Drüsensecrets enthält, so ist es erlaubt anzunehmen, dass sie die nächste Beziehung zu einem Theile des Drüsengewebes haben, ja dass sie vielleicht ein Theil des Drüsengewebes selbst sind. Andere Mittel, diesen letzteren Satz zu erhärten, ergiebt das pathologische und physiologische Verhalten der Drüse. Es ist gar nicht selten, wie Birkett richtig bemerkt, dass man bei Weibern mittleren Alters die Drüsengänge erweitert und angefüllt findet mit demselben Inhalt, und zwar so, dass es mitunter den Anschein nimmt, als seien sie damit vollständig injicirt. Die ausfüllende Substanz ist derselbe grünliche Schleim oder Schmiere, welcher sich in den eben bezeichneten Cysten vorfindet. Aus dieser Thatsache glaubt Birkett den Schluss ziehen zu dürfen, dass in der Brustdrüse Cysten vorkommen, welche denselben Inhalt haben, wie die gewöhnlichen Milchgänge. Diese kleinen isolirten Cysten entstehen offenbar in Folge einer Verschliessung des Kalibers der kleinen Gänge, und auf eben diese Ursache muss man die Bildung der grösseren Cysten zurückführen, welche man in der Substanz der Drüse oder unter der Arnola vorfindet. Birkett zeigt in einem Diagramm, wie er sich die Bildung dieser Blasen denkt. In den baumzweigförmig getheilten Drüsengängen bildet sich von Stelle zu Stelle eine Verengung oder gar gänzliche Schliessung des Drüsenganges, während der zwischen den verengten Stellen gelegene Theil sich erweitert und zur Blase umbildet. Hiermit ist ganz in Einklang, dass man die kleinen Cysten stets in einem verdichteten und verhärteten Gewebe findet. Es ist eine Krankheit, Entzündung, oder irgend eine andere, welche das Gewebe verdichtendes Blastem absetzt, vorangegangen, und hat von aussen her die Wandungen verändernd, die Verschliessung bewirkt, worauf sich der nicht von der Krankheit ergriffene Drüsengang durch die fortgesetzte Absonderung erweiterte.

Feuilleton.

Mobilmachung. Association. Gesundheitspflege-Vereine.

Heute noch mit stolzen Rossen,
Morgen —

hinter der Front als Compagnie-Chirurg, euphemistisch als Assistenzarzt mit Officierscompetenzen in der Tasche, und Unterofficiersrang de vera. So sah man manchen Collegen, als das grosse Wort „Mobilmachung“ erschollen war. Er hatte ein glücklicheres Loos geträumt, und durch freiwillige Meldung „seinen Kräften und Fähigkeiten angemessen“ placirt zu werden gehofft, da man dies selbst bei zwangsweiser Gestellung erwarten sollte. Aber was wollt Ihr? Die 1790 Assistenzärzte, welche die mobil gemachte Armee bedarf, müssen geschaffen werden, und selbst ältere Civilärzte sind zu diesen Stellen gut genug, wenn die privilegirten, zum „militärärztlichen Beamtenverhältniss“ auf Kosten des Staates erzogenen und mit der Weihe ganz absonderlicher militärärztlicher Kenntnisse versehenen Militärärzte placirt und nicht mehr ausreichend sind. Erwarte nicht, lieber Leser, eine gallige Expectoration gegen die bestehenden Einrichtungen, oder etwa gegen den Bericht der vom Kriegsministerium am 16. Aug. 1848 zur Einleitung einer Reform des Medicinalwesens niedergesetzten Commission mit der Vignette des Helmes ohne Kopf. Dazu ist das Feuilleton zu harmlos. Es will nur lachen. Und lacht mit mir, dass heute die Vorschläge jener Commission revolutionär erscheinen, dass unsere militärärztliche Organisation sich so glänzend bewährt hat, dass überall kein Mangel an Aerzten war, dass die Einrichtungen zum Lazarethbedarf so prompt vorhanden gewesen, dass die Mobilmachung jener Commission, welche vermuthlich sich seit 1848 mit dem „Hinüberleiten des alten Zustandes in den vorgeschlagenen neuen“ beschäftigt, über den Kopf gekommen ist, und dass der nunmehr demobilisirte Compagnie-Chirurg, nachdem er in irgend einem Neste einige Monate, gährend vor Zorn über sein Geschick, abgelagert, Krankenscheine verfertigt und Krätzige transportirt hat, endlich an seinen friedlichen Heerd zurückgekehrt ist, und die Uniform und mit ihr den Militärarzt an den Nagel gehängt hat, als ein Andenken an eine glorreiche Epoche der Geschichte seines Vaterlandes.

Der „Krieg“ hat ihn um ein gut Theil seiner Neujahrseinnahme gebracht, und die bescheidenen 15 Thlr. monatlich sind inclusive der Ehre ihm eine gar magere Entschädigung gewesen. Und wäre er nicht mitgezogen, es wäre ihm nicht viel besser gegangen, denn seine Schuldner sind mobil gemacht, und treten mag er nicht. Aber er tritt doch, nämlich in die „Association der Berliner Aerzte“, und — lässt treten.

Glaubt nicht, ich wolle meinen Spott ergiessen über das ehrenwerthe Streben und die edeln Zwecke jener Vereinigung von Standes-

Wie die Cyste grösser wird, nimmt der Inhalt an Consistenz zu, obschon dieses nicht durchgehends der Fall ist. Wie zahlreich auch die Cysten sein mögen, in welcher Beschaffenheit der Inhalt derselben sich vorfindet, so wird man doch stets sehr deutliche Spuren der Drüsengänge, namentlich beim Durchschnitt der Masse, erkennen können. Ein Präparat, an welchem diese Beschaffenheit deutlich wahrnehmbar ist, wird im Museum des Guy-Hospitals aufbewahrt. An dem zarten Ausschnitt einer festen, faserigen Geschwulst sind unzählige kleine Cysten wahrnehmbar; der Inhalt ist in einigen an den Wänden befestigt, in anderen von denselben losgetrennt. Unter dem Vergrösserungsglase erkennt man darin die granulirte Basis, Milchkugeln und sehr mannigfaltiges Epithel. Da indess das Präparat schon längere Zeit in Weingeist aufbewahrt ist, so ist die Gewebsform nicht mehr so deutlich, als im frischen Zustande. Sehr schöne Präparate einer ganz ähnlichen Krankheit findet man im Museum des königl. Collegiums der Wundärzte von England unter No. 2744 und 2748.

Was nun die ähnlich zu Blasen erweiterten Gänge unter der Warze betrifft, so bieten sie nach Birkett nur einen cystiformen Charakter, das heisst, sie sind Bildungen, welche den Cysten ähnlich sind, denn nach ihren anatomischen und anderen Verwandtschaften zeigen sie nicht den vollständigen Charakter einer Cyste, namentlich geht ihnen die mit einer ununterbrochenen Haut ausgekleidete Höhle ab. Unter allen hierher gehörigen Geschwülsten, welche Birkett in der neuesten Zeit durch die Operation entfernte, fand sich nur eine, welche den vollständigen Charakter einer Blase zeigte. Es fand sich hier eine feste, cohärirende Masse vor, welche, als sie durch Maceration entfernt war, einen vollständigen Milchgang übrig liess. Eine Schweinsborste wurde durch die Warze in den Gang geführt, welche auf einer verticalen Axe durchschnitten, eine feste Masse in seiner Höhle erkennen liess. Der Gang war erweitert, und enthielt neben dieser Masse das Secret, welches den Milchgängen eigen ist: Colostrumkörper, Milchkügelchen und Fettkugeln. Die in diesen Gang führenden Kanäle zweiter Ordnung waren offen und enthielten dieselbe Masse, die man fast für Fett, von den Wänden abgesondert, halten sollte, was Birkett indess nicht für wahrscheinlich hält.

Die ganze Richtung der krankhaften Thätigkeit der Milchgänge zeigt sich in diesem Falle deutlich sowohl in den Gängen an der hinteren Fläche der Drüse, als in denen in der Drüse selbst, wo sich überall zahllose kleine Cysten vorfanden. Die innere Fläche des Ganges zeigte das den Gängen eigenthümliche Epithel. Die feste Masse war zusammengesetzt aus Fettkugeln, Epithelzellen verschiedener Art und aus spindelförmigen Körpern.

Die Vorstellung, welche sich Birkett von der Bildung dieser Gewebe macht, ist folgende: Zuerst erscheint eine excessive Secretion in den Gängen, welche aus Ursache einer Missbildung oder Verstopfung der Gänge in der Warze nicht freiwillig abfliesst, wiewohl man sie durch Druck auspressen kann. Die Flüssigkeit wird absorbirt, die mehr festen Bestandtheile und das Epithel bleiben zurück und bilden eine zusammenhängende Masse von mehr oder weniger Festigkeit. Diese Masse wirkt reizend. Die so entstandene Reizung bewirkt die Ergiessung eines Blastems, in dem gekernte Zellen gebildet werden, welche bis zu einem gewissen Grade in Fasern sich verwandeln, wodurch ein Gewebe in den Gängen entsteht, als sei hier eine neue Geschwulst gebildet worden. In solchen Fällen, meint Birkett, könne kein Zweifel über die Natur der Bildung bestehen, in anderen sei sie aber mehr dunkel. Ein Präparat, welches die Natur der Krankheit erhellt, befindet sich in Guy's Museum. Es besteht aus der Brustdrüse und Warze mit der Haut, welche durch eine Operation entfernt wurden. Die Warze fand Birkett missbildet und tief eingesunken, und eine Schweinsborste konnte auch nach wiederholter Bemühung nicht in die Gänge durch die Warze eingeführt werden, woher man sie für undurchbohrt halten musste. Einige der Gänge sind einfach erweitert und enthalten vasculöse Geschwülste. Deutlich besteht die Geschwulst aus einem Haufen Bläschen, die isolirt sind und nicht in Verbindung stehen. Aber mit Sorgfalt und ohne Gewalt kann man eine Schweinsborste von einer Blase zur andern führen; und so kann, sagt Birkett, wiewohl der Gang sehr gewunden ist, kein Zweifel über die wahre Natur des Leidens bestehen. Unter und hinter der Drüse ist noch eine andere Höhle vorhanden. So zeigt dieses Präparat eine Reihe von Erweiterungen, die alle durch kleine Oeffnungen in Verbindung stehen, und alle dieselbe Structur als milchführende Kanäle zeigen. Das Innere der Geschwulst besteht aus einer ungemein grossen Menge von Epithelzellen, Kernkörperchen und Colostrumkörpern. Es ist noch keine Andeutung hierin zu finden von einer bestimmten Structuranordnung, und durchaus keine Aehnlichkeit mit einer Geschwulst, welche von der Wand einer wahren Cyste sich entwickelt, namentlich nicht mit dem Cystosarcoma nach der Vorstellung, welche Birkett von der Entstehung des letzteren hat, die ganz verschieden ist von jener, welche ich in dem Atlas für pathologische Anatomie gegeben habe. — Der feste Inhalt der Gänge kann aus den grösseren Zweigen der Milchgänge ausgepresst werden, und in den Fällen, in welchen die Geschwulst an die Wände der Gänge befestigt zu sein schien, fand Birkett, dass diese Erscheinung allein da vorhanden war, wo ein Seitenast- oder ein kleinerer Gang in den Milchgang einmündete. Der Gang schien eine Umwandlung der Art erlitten zu haben, dass er mehr gewunden und ausgedehnt erschien. In dieser Weise ergab ein Durchschnitt, dass die Gänge ganz in ähnlicher Weise hervortraten, als die varicösen Venen, wenn man sie da durchschneidet, wo sie ein Convolut ihrer kleinen Zweige bilden, die Coagula enthalten. In der That, sagt Birkett, ist dieser Zustand eine Art Varicosität der Milchgänge mit theilweise organisirtem Inhalt und mit den Resten der abgesonderten Masse, welche sie ausführen sollte. In den Guy-Hospital Reports, 1849 Octbr., hat Birkett eine Abbildung dieses Präparates gegeben, welches allerdings diese Beschaffenheit der Milchgänge angedeutet enthält. Man sieht sie auf Tab. II. der dem Werke beigegebenen Abbildungen, erweitert, und auch in kleinen Bündeln, eine Art Geschwulst bildend, zusammengelagert.

Aus diesen Mittheilungen zieht Birkett folgende Schlüsse:

1) Die milchführenden Gänge sind zu Erweiterungen geneigt, die Cysten ähnlich erscheinen. Die so entstandene Geschwulst nimmt oft die Maske einer wichtigeren und gefährlicheren Krankheit an; daher der vorkommende Verdacht einer Entartung, welche mit dem Messer zu beseitigen für nothwendig erachtet wird.

2) Dass diese Krankheit zu jenen Leiden gehöre, welche kein constitutionelles Leiden, noch ein Hinsiechen (Schwindsucht) mit sich führen.

3) Dass keine Thatsache, welche die feinste Untersuchung lehrt, darthut, dass jene Geschwulstmasse in den Milchgängen irgend eine

---

genossen. Nein. Worüber sich streiten liesse, sind höchstens die Mittel, die sie zur Erreichung jener Zwecke anwendet, aber trauern müssen wir, dass es dahin gekommen, dass die Verarmung des Volkes so vorgeschritten, der Rechtssinn des Publicums so weit erloschen, dass die Aerzte sich associiren müssen, um ihr Recht zu schützen, ihren sauer erworbenen Lohn zu fordern. Lohn, *merces*, nicht *honorarium*, wie es doch eigentlich sein sollte; denn, wie ist die Gesundheit zu taxiren? Und doch, es giebt kein anderes Mittel, der unwürdigen Concurrenz mit den *Diis minorum gentium*, den Halbärzten erster und zweiter Klasse, der Herabdrückung des ärztlichen Honorars, dem Undank und dem bösen Willen der Clienten und den immer drohenderen Gefahren der Associationen des Publicums selbst zu begegnen, als die Association, aber eine energische und thätige. Wir wollen hier nicht von jenen corporativen Verbindungen der Handwerker sprechen, welche, vom Magistrat oder anderweitig organisirt, auf Gegenseitigkeit gegründet, unter Genossen mit demselben oder ähnlichem Lebensberuf und denselben Vermögensverhältnissen bestehen, und ihren Arzt oder ihre Aerzte fixirt anstellen, wir wollen uns nur mit ganzem Unwillen erheben gegen jene sogenannten Gesundheitspflege- und Krankenvereine, die, hervorgegangen aus einer missverstandenen Humanität, und unterhalten durch die Sucht, das Präsidium und den Einfluss in Vereinigungen zu bewahren, deren Bestehen in anderen Richtungen precär war, ihre Pforten à sechs Dreier pro Kopf, und dem fünften oder sechsten Familienmitgliede gratis, öffneten, und die Gesundheit der Mitglieder dem Arzte gegen eine Tantième in Entreprise geben. Jene Aerzte mögen oder werden es mit der Zeit erröthend erkennen, dass sie ihren Stand erniedrigt und sich selbst keinen Vortheil geschafft haben. Das ist das Verderbliche und Demoralisirende jener Vereine, dass sie die Mitglieder glauben machen, dass sie auf Selbsthülfe bestehen, in der That aber nichts weiter sind, als Almosenanstalten, denn sie bestehen nicht, wie leicht ersichtlich ist, durch die von den bedürftigen Mitgliedern beigesteuerten sechs Dreier, sondern sie bestehen durch die Thaler der Wohlhabenden, welche auf die Hülfe des Vereins verzichten. Es sind diese Vereine in der That nichts als Wohlthätigkeitsanstalten, welche den Nachtheil haben, dass die, welche die Wohlthat erweisen, gar keine Garantie haben, dass dies Almosen in die rechten Taschen fliesse, und die Bestimmung über die Wohlthat verlieren, denn §. 1 all dieser Vereine macht jeden sechs Dreier Zahlenden zum Mitglied, und jedes Mitglied berechtigt, die Hülfe des Vereins zu benutzen. Das aber ist unmoralisch. *Exempla sunt odiosa*, sonst könnte z. B. berichtet werden, dass auf Grund der Mitgliedschaft in solchen Vereinen wohlhabende Familien ihre Dienstboten, um den Hausarzt nicht zu incommodiren, vom Vereinsarzt behandeln liessen etc. etc. Patentiv ist durch den §. 1 der Statuten das ärztliche Honorar auf die Tantième herabgedrückt, welche nach Abzug des Arzneibedarfes von jenen sechs Dreiern pro Kopf übrig bleibt. Machten aber wirklich

Eigenthümlichkeit besitzt, wie sie das Cystosarcoma oder die krebsartigen Bildungen mit sich führen.

Nachdem Birkett diese Mittheilungen veröffentlicht hatte, machte B. Brodie in seinen Vorlesungen: *Illustrative of various subjects in pathology and surgery*, mehrere Bemerkungen bekannt, welche die Richtigkeit der mitgetheilten Thatsachen zu schwächen bestimmt waren. Birkett nimmt in seiner neueren Schrift die Veranlassung, Brodie's Bemerkungen, welche nicht die feine Untersuchung zur Grundlage hatten, abzuweisen. Er bemerkt ferner, dass man jene kleinen Bläschen, von denen er als an der hinteren Fläche der Drüse gelegen sprach, gar nicht selten in dem Drüsengewebe antreffe, in dem sich ein Knoten des fibrösen oder medullaren Krebses vorfinde. Birkett theilt zwei Beobachtungen der in Rede stehenden Krankheit mit. Da sie die einzigen sind, die bisher als bläschenartige Erweiterung der Drüsen beschrieben und bekannt gemacht sind, so gebe ich ihnen hier eine Stelle:

I. L. K., 31 Jahre alt, eine achtbare unverheirathete Weibsperson, zeigte in dem unteren Theile der rechten Mamma eine weiche, unregelmässige Geschwulst, welche 2—3 Zoll im Durchmesser hielt. Die Bedeckungen waren nur leicht an der Geschwulst befestigt, auch war leichte Fluctuation bemerklich. Die Geschwulst hatte während der letzten 6 Jahre langsam zugenommen. Von einer Verletzung des kranken Theiles wusste sie nichts. Die Catamenien flossen stets regelmässig, und ihre Gesundheit war gut. Ein gelinder, aber zunehmender, nie jedoch heftiger Schmerz wurde die Veranlassung, dass sie bei Hrn. Cocks Hülfe suchte. Seit den letzten 5 Jahren war ein leichter Abfluss von der Warze vorhanden gewesen. Cocks entfernte die Geschwulst mit einem kleinen Theil eines Drüsenlappens. Die Wunde heilte gut, weshalb sie sehr bald das Hospital verliess. Birkett giebt auf der fünften Tafel eine Abbildung der Geschwulst, in welcher folgende Eigenschaften sichtbar werden:

1) Man sieht die Geschwulst nach der Entfernung des Fett- und Zellgewebes. Ein kleiner Theil der Haut und der Drüse liegt vor, in welcher man einen weiten, getheilten Drüsengang beobachtet. Die ganze Geschwulstmasse besteht aus Cysten, welche eine Flüssigkeit von dunkelgrüner Farbe enthalten. Eine der geöffneten Cysten zeigt als Inhalt eine mehr feste Masse.

2) Sieht man durch das Mikroskop in dieser Masse die granulirte Masse, Fettkugeln und die Colostrumkörper, ebenso Epithelzellen.

II. G. B., 34 Jahre alt, einem schwarzäugigen, etwas zart aussehenden Weibe, unverheirathet, war durch Hrn. Key ein harter Knoten aus dem Axillartheil der rechten Brustdrüse ausgeschnitten. Er hatte in dieser sehr schmerzvoll und unter Beschwerden bestanden. Eine Narbe ist an dieser Stelle sichtbar, wo der Drüsentheil fehlte; an den Rändern dieser Höhle fühlte man die Structur der Drüse knotig und hart. Beide Brustdrüsen waren klein. Die Verhärtungen waren schmerzhaft, wenn sie bewegt oder gedrückt wurden; da wo sie sich zur Warze hin erstreckten, zur Zeit der Excision des harten Knotens aus der rechten Brust, bestand gleicher Weise eine Anschwellung in der linken, von deren Warze beständig eine Flüssigkeit abfloss, wiewohl nie ein solcher Abfluss aus der rechten Brustdrüse beobachtet ward. Die Brust war eben so sehr schmerzhaft und nahm nur sehr langsam an Grösse zu. Man fühlte in ihr eine Härte an dem Rande der Achsel. Sie war immer regelmässig menstruirt, hatte vor 6 Jahren die Pocken, 6 Monate später das Scharlachfieber, und vor 3 Monaten eine heftige Entzündung in der Brusthöhle. Nie waren die Geschwülste zuerst schmerzhaft, wie die Kranke beim Waschen beobachtete. Jetzt fühlt man eine harte, bewegliche Geschwulst in der linken Brustdrüse an ihrem Axillarrande, die sehr schmerzhaft bei der Bewegung ist, und die allen Bemühungen, sie zu zertheilen, widerstand. Key schnitt mit der Geschwulst die Warze und ein grosses Stück der Drüse weg. In einem der Milchgänge erkannte man eine Geschwulst; vom weiten Milchgange aus konnte man eine Borste durch die Warze führen. Die Drüse war verhärtet und enthielt mehrere granulirte Erweiterungen.

Es kann Niemand in Abrede stellen, dass bei den hier aufgeführten Geschwülsten die Erweiterung der Milchgänge betheiligt war, denn diese hat die Anatomie unwiderleglich dargethan. Es ist aber hiermit noch keineswegs erwiesen, dass 1) die Erweiterung dieser Gänge die ganze Geschwulst bedingt habe, und 2) dass die in den einzelnen Geschwülsten vorgefundenen Bläschen aus der Erweiterung selbst ihre Entstehung genommen haben.

Man findet nämlich, dass bei vielen Geschwülsten in der Brustdrüse die Milchgänge örtlich erweitert sind, ohne dass man nachweisen kann, dass die Erweiterung irgendwie zur Bildung der jedesmaligen Geschwulst etwas beitrage. Da man diese Erweiterung in der Nähe der verschiedenartigsten Geschwülste häufig stellenweise findet, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass sie selbst eine der Geschwulst folgende, ihr angehörende secundäre Bildung ist. So habe ich die Milchgänge in der Nähe des Markschwammes und des Fibroids erweitert gesehen, ja es ist sogar gewöhnlich, dass bei dem Krebs der Drüse die Milchgänge unter der Areola sehr erweitert sind.

Hiermit hängt denn auch zusammen, dass bei den genannten Geschwülsten nicht selten ein Ausfluss aus der Drüse vorkommt; dieser wird gewöhnlich an der Warze antrocknend und eine Kruste um dieselbe bildend gefunden. Man hat den Abfluss von Blut und blutiger Jauche aus der Warze bekanntlich auch als ein Zeichen des Krebses angesehen, wenn er durch eine Geschwulst bedingt ward. Es geht hieraus hervor, dass nicht jede Erweiterung eines Drüsenganges als Ursache einer vorhandenen Geschwulst anzusehen ist, dass sie vielmehr oft auch die Folge derselben abgiebt.

Was nun den inneren Zusammenhang der einzelnen Bläschen betrifft, aus denen Birkett von dem einen in das andere die Schweinsborste, ohne irgendwie Gewalt auszuüben, hinüberführen konnte, so ist dieses allerdings ein höchst wichtiges Argument für die Entstehung der Bläschen aus den erweiterten Gängen, allein stringent beweisend ist es noch nicht, denn man beobachtet auch kleine bläschenartige Bildungen, deren Höhlen mit einander zusammenhängen, welche nicht aus erweiterten Drüsengängen hervorgehen. So ist es bekannt, dass die einzelnen serösen Säcke des *Hygroma colli congenitum* auch zusammenhangen konnten, so dass man den Inhalt von dem einen in den andern drücken kann, und doch entstehen diese nicht aus einem erweiterten und stellenweise zwischen den Erweiterungen abgesperrten Kanale oder Gefässe, sondern ganz einfach aus dem unvollkommen entwickelten Zellgewebe. Wie hoch oder wie niedrig man auch diese Thatsache anschlagen mag, sie beweist hinlänglich, dass sackartige Geschwülste vorkommen, welche in ihrem Innern mit einander in Verbindung stehen, welche aber nur im Zellgewebe und nicht in den Drüsengängen sich gebildet haben, wodurch Birkett's Hauptargument

---

diese Vereine einen Schritt vorwärts, und theilten ihre Mitglieder in solche, welche zu der Hülfe des Vereins berechtigt sind, und in solche, welche nur zahlen, ohne berechtigt zu sein, so rivalisirten sie nur lediglich mit den Armencommissionen jedes Bezirks, denen sie freilich ihr Geschäft erleichterten, dafür dieselben aber auch discreditiren. Wir wollen schweigen von der erniedrigenden Stellung des Arztes bei solchen Vereinen, der seine Wohlthätigkeit — denn eine Wohlthat erweist auch er dabei, und die grössere — nicht erweisen kann, wem er will, sondern wem er muss, weil er sich selbst die Hände gebunden und seine Humanität gegen Tantième versetzt hat; wir wollen nur auf das Unmoralische jener Vereinigungen hinweisen, auf die Ertödtung des Rechtssinnes im Publicum, die sie veranlassen, und auf den Missbrauch, dessen sie fähig sind, um den ganzen Unsinn zu begreifen, den die politischen Zeitungen begehen, wenn sie z. B. am 7. März berichten: „Sehr befriedigend ist die Zunahme, welcher die unter den Einwirkungen der neuesten Zeit gestifteten Gesundheits- und Krankenpflege-Vereine sich gegenwärtig erfreuen. So zählt der seit 10 Monaten bestehende Königsstädtische Gesundheits- und Krankenpflege-Verein jetzt 3857 Mitglieder, der Friedrichstädtische Verein für denselben Zweck zählt 611 Familien oder 1499 Mitglieder, und noch ausgedehnter ist der Maschinenbauer-Verein etc."

Fern sei es von uns, der Gründung von Vereinen, welche auf Gegenseitigkeit beruhen, oder Wohlthätigkeits-Vereinen, welche auf vernünftige Weise construirt sind, entgegen zu arbeiten. Sie sind nützlich und gut, und die Moral gebietet Unternehmungen zu unterstützen, welche die Leiden der menschlichen Gesellschaft erleichtern, aber die Aerzte machen auch einen Theil dieser menschlichen Gesellschaft aus, und sind berechtigt, nicht auf Kosten der Anderen ruinirt zu werden. Die Honorare aller derartigen Vereinigungen, officieller und privater, sind schon an und für sich niedrig genug, als dass es nicht gerügt werden müsste, wenn solche Vereine sich dem Mindestfordernden überlassen, und wenn sich Aerzte finden, die darauf bieten. Was würden die Justizcommissarien für Augen machen, wenn Vereine zur Bestreitung der Processkosten sich bildeten und ihnen die Führung der Processe gegen eine Tantième überlassen wollten, und wenn sich Einer unter ihnen fände, der ein solches Anerbieten annähme?

Aber wir vergessen unsern Demobilisirten. Wird er Befriedigung finden in der Association? Hoffen wir es, und möge er dazu beitragen, das Problem zu lösen, wie man ein ernstes, thätiges und Garantien bietendes Institut schaffen kann, welches die Honorar-Angelegenheiten zwischen Publicum und Aerzten vermittelt. —l.

Correspondenzen.

Leipzig, 11. März. Gestern feierte einer der Koryphäen unserer Hochschule, der Geh. Medicinalrath Comthur Prof. Dr. Christ. Aug.

für die Zurückführung der bläschenartigen Krankheit auf eine krankhafte Veränderung der Milchgänge von selbst wegfällt. Es mag in der pathologischen Veränderung der Gewebe allerdings eine von Stelle zu Stelle sich neubildende Absperrung des Ganges oder des Kanals eines Gefässes vorkommen, aber mit dieser ist nicht eine Erweiterung der zwischen den Absperrungen gelegenen Stellen verbunden. So beobachtet man solche von Stelle zu Stelle sich wiederholende Absperrungen und Schliessungen der Gefässe in der Nabelschnur nicht selten. Indem die Absperrungen Einschnürungen bilden, stehen die normal dicken Stellen hervor und bilden Knoten, woher die Geburtshelfer solche Nabelschnüre knotige nennen. Von Erweiterungen der Gefässe in diesen Knoten, noch viel weniger von der Umbildung dieser Erweiterungen in bläschenartige Bildungen, ist nichts bekannt. Ich wenigstens habe nie etwas der Art gefunden.

Von der *Mola hydatidosa* ist in der neuesten Zeit behauptet worden, dass sie eigentlich durch eine Entartung der Gefässe gebildet werde, indem die Gefässe sich an einzelnen Stellen verengten, und an den zwischen diesen verengten liegenden erweiterten. Als Beweis hat man angestellt, dass man die Flüssigkeit aus einem Bläschen in das andere hinüberdrücken könne. Diese Thatsache, welche von anderen Beobachtern in Abrede gestellt wird, beweist noch nicht, dass die zusammenhängenden Bläschen aus den entarteten Gefässen gebildet werden. Es bleibt die Möglichkeit noch, dass sie Zellgewebsbläschen sind, die in ähnlicher Weise entstehen, wie das *Hygroma colli congenitum*. Es würde die Herkunft dieser Bläschen aus den entarteten Gefässen ausser Zweifel gestellt werden, wenn man darthäte, dass die Wände derselben aus denselben Häuten gebildet seien, aus denen die Gefässe bestehen. Dieses ist aber bis jetzt noch nicht geschehen.

So liegt kein anderes Argument vor, als dass man in den Bläschen dieselbe Masse gefunden habe, Colostrumkörper, Epithel und Fettkugeln, welche man auch in den erweiterten Gängen in grösserer oder geringerer Menge angehäuft fand. Dieses geht aus der ersten Beobachtung, welche Birkett anführt, unwiderleglich hervor. Jene kleinen Bläschen müssen somit erweiterte Milchgänge gewesen sein. Dass aber die Absperrung der Gänge, durch irgend eine Ursache bewirkt, die Stockung des Secrets und hierdurch die Erweiterung bedinge, ist keinesweges erwiesen. Vielmehr sind in den einzelnen Fällen, welche Birkett untersuchte, die Milchgänge in der Areola für die Schweinsborste wegsam, in anderen dagegen unwegsam befunden worden.

Bei einer sorgsamen Untersuchung der Milchgänge in verschiedenen Lebenszuständen und Krankheiten findet man zwei Eigenthümlichkeiten, welche so häufig die krankhaften Umänderungen derselben begleiten, nämlich: 1) der gewundene Verlauf oder die gewundene Erstreckung der Gänge und 2) die Ausfüllung der Kanäle mit einer festeren, solideren Masse. Eine der gewöhnlichsten Veränderungen, welche die Milchgänge im Alter erleiden, ist die Verknöcherung und Atherombildung. Aehnlich wie in den Arterien beide Umbildungen vorkommen, werden sie auch in den Milchgängen gesehen. Die Wände derselben werden steif, hart, sind festen Röhren gleich und nicht mehr zusammendrückbar im höchsten Grade, und in dem geringeren so steif, dass sie beim Durchschneiden mit dem offenen Licht fortbestehen. Die Wandungen enthalten zwischen sich Kalk- und Fettkörner, Fettkugeln und Krystalle. Der Inhalt dieser Kanäle ist stets mit einer gelben, festen Schmiere ausgefüllt, welche sich in wurmartigen Strängen, einem Faden gleich, hervordrücken lässt. Die gewundene Erstreckung dieser Gänge macht es, dass man beim Durchfühlen derselben durch die welke, atrophirte, marastische Brustdrüse sie wie einzelne kleine Knoten wahrnimmt, ähnlich wie sich Erbsen anfühlen durch die Wand einer ziemlich dicken Blase. Schon hieraus ergiebt sich, dass die krankhafte Umwandlung nicht in allen Theilen ganz gleich, sondern an einzelnen Stellen mehr als an anderen entwickelt sein muss; namentlich tritt die Stärke der Verknöcherung der Wand jedes Mal zurück, wenn eine kleine Krümmung gemacht ist, woher man die letztere als einen festeren, fast isolirten Körper durch die Brustdrüse hindurchfühlt.

Eine andere mit dieser Entartung verbundene Eigenthümlichkeit besteht darin, dass die Verknöcherung und Fettbildung am stärksten entwickelt ist an der dem *Pectoralis major* zugekehrten Fläche der Drüse. Hat man diese abpräparirt, so liegen die verknöcherten Gänge wie kleine, erbsenartige Knötchen frei zu Tage. Je mehr man den einzelnen Gang in das Innere der Drüse, in seinem Verlauf zur Areola hin, verfolgt, desto mehr findet sich, dass der Gang in der Entartung abnimmt, die gegen die Areola hin in den Milchkanälen nicht mehr, oder in einem kaum bemerkbaren Grade gefunden wird. Es geht aus dieser Untersuchung hervor, dass die Umwandlung der Milchgänge in Knochen- und Fettmasse in den feinsten Enden derselben ihre höchste Entwickelung erlangt, und von hier fast in gleichem Maasse abnimmt, als die Gänge weiter und grösser werden. Es muss die Entartung nach diesem Ergebniss wohl in den feinsten Gängen beginnen, und sich von hier über die grösseren verbreiten, wo sie dann allmälig so abnimmt, dass sie in den grössten fast ganz fehlt. Es ist wohl hierdurch geschehen, dass diese Entartung bis jetzt so wenig zur Untersuchung gekommen ist. Denn da sie an der hinteren Fläche der Brustdrüse ihre vorzugsweise Entwickelung erlangt, so ist sie an der vorderen und äusseren Fläche wenig fühlbar, und entgeht dadurch der Aufmerksamkeit des Beobachters. Dieses ist um so mehr der Fall, als sie ohne Schmerzen besteht. — Wenn man die Angaben Birkett's über die Erweiterung der Milchgänge und ihre Ausdehnung zu bläschenartigen Bildungen vergleicht, so kann man sich des allgemeinen Eindrucks nicht erwehren, dass auch an dieser Entartung die feinsten Milchgänge, die Enden derselben an der hinteren Fläche der Drüsen, sich vorzugsweise betheiligen, denn an ihnen fand er die Bläschen am deutlichsten entwickelt, an ihnen kann er die Erweiterungen, die varicösen Venen ähnlichen Gestaltungen am deutlichsten zeigen. Es scheint, dass also die Milchgänge in ihren Enden sich eben so gern erweitern als verknöchern. Dieses Verhalten der feinsten Milchgänge in ihrem Erkranken scheint den absondernden Drüsen überhaupt eigenthümlich zu sein. Man findet die feinsten Harnkanälchen viel häufiger krank, als die Kelche, Becken und den Ureter; ja so oft die Nierensubstanz erkrankt ist, so oft sind auch die gewundenen Harnkanäle an den erkrankten Stellen mitleidend, wo man in den weiten Harnleitern noch nichts von Entartung wahrnimmt. Da man jene Veränderungen der feinsten Milchgänge nie ohne gleichzeitige Erkrankung des Drüsengewebes findet, so scheint diese vorzugsweisen Einfluss auf die Veränderung der Gänge zu üben.

In Bezug auf die Verknöcherung bemerke ich noch, dass sie nur im Alter vorkommt, nach dem Aufhören der monatlichen Reinigung. Ich fand sie nur nach dem 54. Lebensjahre. Sie ist aber eine dem Alter vorzugsweise angehörende Veränderung, weil man sie ausser die-

---

Clarus, eben so berühmt als Arzt und Schriftsteller, wie als klinischer Lehrer, sein 50jähriges Doctor-Jubiläum, mit dem zugleich die Jubelfeier seines akademischen Lehramts überhaupt verbunden war, die eigentlich schon vor zwei Jahren hätte stattfinden sollen, da sich der Jubilar schon im Jahre 1799 habilitirt und ein Semester über Vorlesungen gehalten hatte, nach deren Beendigung er sich auf eine längere wissenschaftliche Reise begab. Von nah und fern waren Freunde, Collegen und Schüler des Jubilars herbeigeeilt, um ihm ihre Glückwünsche und die Beweise ihrer Verehrung darzubringen. Vor Allem ist jedoch zu erwähnen, dass Se. Maj. geruht hatten, den Jubilar durch Verleihung der Insignien eines Comthurs erster Klasse des königl. Verdienst-Ordens an diesem Tage zu ehren. Die medicinische Facultät hatte durch Hrn. Prof. Weber ein Programm zur Feier des Tages schreiben lassen: „*Summam de doctrina motus iridis continens*", das sie nebst dem Jubeldiplom überreichte. Aehnlicherweise übergab eine Deputation der medicinischen Gesellschaft eine Glückwunschschrift, der eine „Geschichtliche Skizze des Georgen-Hospitals als Heilanstalt" von Prof. Radius, der Zeit Director der Gesellschaft, beigegeben war, sowie auch der Medicinalrath Dr. Güntz den Jubilar mit einer Gelegenheitsschrift begrüsste, welche eine Beschreibung seiner Heilanstalt für Geisteskranke enthielt. Der Rector der Universität, sowie die Dekane der theologischen, juristischen und philosophischen Facultäten, nicht minder Deputationen des Stadtrathes und der Stadtverordneten, des Gremiums der Leipziger Buchhändler, des ärztlichen Vereins, der zahlreichen Schüler des Jubilars, der gegenwärtigen Kliniker etc. brachten endlich abwechselnd ihre Huldigungen dar. Unter den zahlreichen Zusendungen von auswärts gedenken wir nur einer Zuschrift der chirurgisch-medicinischen Akademie zu Dresden, einer Votivtafel des ärztlichen Vereins im 10. und 11. Medicinalbezirke der Kreisdirection Zwickau, eingesendet durch den Bezirksarzt Dr. Schreyer in Oelsnitz, d. Z. Director des Vereins; eines Schreibens der Aerzte des Wurzener Medicinalbezirks durch den Bezirksarzt Dr. Martini. Eine Festtafel im Aeckerlein'schen Local, an welcher eine grosse Anzahl der von auswärts Herbeigekommenen Theil nahmen, gewürzt durch ein Tafellied des Prof. Dr. Wendler und durch zahlreiche Trinksprüche, unter denen die des Hrn. Kreisdirectors v. Broizem, des Rectors Magn. Bülau, des Jubilars, der Professoren Weber, Wendler, Hofrath Jörg, Wachsmuth, Superint. Grossmann, sowie der DD. Stephani, Clarus, v. Zenker, v. Keller hervorzuheben sind, sowie verschönert durch den Gesang des Paulinervereins, beschloss die Feier des Tages.

ser Lebenszeit nur ausnahmsweise beträchtlich entwickelt findet. Am gewöhnlichsten trifft man sie bei Individuen, welche mehrere Kinder gestillt haben, deren Brüste im Wochenbett leicht schmerzten, ohne jedoch gerade entzündet gewesen zu sein, die aber auch mit Milch versehen waren. Ich fand sie, wo bei verschiedenen Krankheiten der Tod erfolgte, beim Krebs, Emphysema, Wassersucht, nur nicht bei Tuberkeln der Lunge.

Zweitens findet man eine gelbliche Schmiere in den verknöcherten Gängen, welche sich in fadenartigen Strängen ausdrücken lässt, die, als eine zähe, fast knetbare Masse erscheinend, aus Oeltröpfchen, Körnern, Körnchenzellen und Epithelzellen besteht, welche sich auch bis tief in die Dicke der verknöcherten, verkalkten oder verfetteten Wandung des Milchganges vorfinden. Merkwürdiger Weise sind es eben diese Bildungen, welche Birkett in den erweiterten und nicht verknöcherten Wänden vorfand. Es muss somit den Krankheiten der Milchgänge eine Neigung beiwohnen, dieselben Massen in den Kanälen abzusondern und anzuhäufen. In der Erweiterung sowohl, wie in der Verknöcherung findet sich derselbe Zustand der Verödung der Kanäle vor. In der Erweiterung ist es entweder der Druck von innen und aussen, oder gar die Atrophie, welche die veränderte Ernährung und Absonderung bedingt. In der Verknöcherung ist ebenfalls eine rückbildende Thätigkeit wirksam, die sich auch in der Erweiterung nicht verkennen lässt. Es ist möglich, dass die eiweissartige Absonderung der Milchgänge in Fett und Kalk zerfalle, wodurch die Oeltröpfchen und die Fett- und Kalkkörner entstehen, welche sich in der oben angegebenen weissgelben Schmiere der Milchgänge vorfindet, ja sie eigentlich bildet. Es ist aber auch möglich, dass eben das Zerfallen der Epithelzellen die Ursache der in der Schmiere vorhandenen elementären Bildungen ist. Denn eine zerfallene Epithelzelle bildet Fett-Tröpfchen und Körner, welche zusammengehäuft eine gekörnte Formation geben. Wenn man die breiten, ganz die Form der Epithelzellen einnehmenden gekörnten Tafeln vergleicht, welche keinen unwesentlichen Bestandtheil jenes festen Gehalts der Milchgänge ausmachen, so gewinnt diese Ansicht einen Halt. Alle proteïnhaltigen Gebilde unterliegen bei eintretender Atrophie einer Umwandlung in Fett und Kalk. Dass aber bei der Verknöcherung eine Verödung der Gänge stattfindet, lässt sich nicht bezweifeln. Es muss bei dem Eintritt der Verödung der Milchgänge ein reichlicher Absatz und Wiederbildung des Epithels stattfinden, welches jene Umwandlung in Fettmasse erleidet. Dass in den marastischen Zuständen manche Theile ihre äussere Decke ungewöhnlich reichlich bilden, dass der Lebenssaft nicht zur Bildung innerer Theile, sondern zu peripherischer Epidermisbildung verwendet wird, lehrt die bei Alten so häufig vorkommende Bildung der Hühneraugen, welche doch nichts Anderes sind, als aufgehäufte Epidermiszellen, durch ein formloses Blastem verbunden; ebenso das häufige Abfallen der Epidermis selbst, wodurch eine eigenthümliche Rauhheit der Haut alter Leute entsteht. — Es bleibt aber auch möglich, dass die Schmiere sowohl von den Drüsengängen abgesondert, als auch durch die Zersetzung gebildeter Gewebe zugleich geschaffen wird.

Die Verknöcherung der Milchgänge, weil sie kleine, in der Nähe liegende, nur undeutlich entwickelte Knoten bildet, kann leicht mit jenen Hydatidensäcken verwechselt werden (so sollte man meinen), welche aus der Erweiterung abgesperrter Milchgänge entstehen. Indessen findet die Praxis folgende diagnostische Verschiedenheiten:

1) Die in Bläschenform sich darstellende Erweiterung der Milchgänge kommt nur bei jüngeren Frauenzimmern, die aus Verknöcherung hervorgehenden Knoten nur bei älteren vor, welche die Jahre der Fruchtbarkeit längst zurückgelegt haben.

2) Die bläschenbildende Erweiterung setzt, indem die einzelnen Bildungen durch ein glutinirendes Blastem mit einander verbunden werden, eine mehr gleichmässige, continuirliche Geschwulst, die Verknöcherung stellt sich in einzelnen, dem Gefühle nach im Gewebe deutlich von einander getrennten Knötchen dar. Besonders ist das zwischen den dem Gefühle nach getrennten Knötchen gelagerte Gewebe weich, nachgiebig, was bei der ersteren Geschwulst nicht der Fall ist.

3) Ausserdem findet man bei der Erweiterung gewöhnlich noch eine Geschwulst unter der Areola, welche bei der Verknöcherung ganz fehlt.

4) Die hydatidenähnliche Bildungen darstellende Erweiterung zeigt stets eine glatte Oberhaut der Brustdrüse; bei der Verknöcherung ist die Haut stets zusammengeschrumpft, runzelig und welk.

Was die Entstehung der bläschenbildenden Erweiterung betrifft, so lässt sich gegen die von Birkett dargelegte Aetiologie Manches einwenden. Er meint, die Drüsengänge sonderten ab, die Absonderung fliesse nicht ab, und werde durch ihre Stagnation die Ursache einer Reizung und blastemsetzenden Ausschwitzung. Wenn in einem Drüsenausführungsgange das Secret stockt, so entsteht dadurch keine Reizung und Verhärtung bildende Ausschwitzung, wie dieses die angehäuften Secrete in anderen Drüsengängen auf das Unzweifelhafteste lehren. In der Wassersucht der Drüsengänge der Leber sind diese nicht verhärtet, noch ist es die Leber, noch stellt sich diese Veränderung als eine umschriebene Geschwulst dar, sondern eben die secretführenden Gänge sind weit und meist etwas atrophirt. Dasselbe findet man in der Niere. Eines aber bleibt den Secretsstockungen eigenthümlich, das ist die Dünnflüssigkeit des Secrets. Je länger dieses stockt und je mehr es sich anhäuft, desto mehr wird es dünnflüssig, wässrig, bis es zuletzt fast gänzlich seinen Secretsbestandtheil verliert. In der Drüsenwassersucht der Leber enthält die in den Gängen angehäufte helle, wie Wasser aussehende, etwas schleimige Flüssigkeit fast gar kein Picromel und Gallenfett. In der Wassersucht der Harngänge, welche gesperrt sind, findet man fast keinen Harnstoff noch Harnsäure in der angesammelten Masse. Die in den Milchgängen stagnirende Masse wird aber dicklicher, fetthaltiger, was mit dem gewöhnlichen Vorgange der Secretsstockung der Drüsen nicht übereinstimmt. So beträchtlich aber auch die Anhäufung in den Gängen der Leber und der Nieren ist, so wird doch nie eine Entzündung, noch viel weniger eine blastembildende Ergiessung und Verhärtung dabei gefunden. Es ist deshalb auch keine Analogie vorhanden, welche uns die Richtigkeit der von Birkett angenommenen Reizung, als Ursache der bläschenartigen Erweiterung, irgendwie wahrscheinlich macht. Birkett führt noch an, dass in den erweiterten Drüsengängen, in den dadurch entstandenen Bläschen sich kleine Auswüchse gebildet hätten, in denen sich Zellen und spindelförmige Körperchen vorfanden. Von solchen Bildungen weiss das stagnirende Drüsensecret in den Gängen der Leber und der Niere nichts.

Mit der Stagnation des Secrets in den Leber- und Nieren-, den Pancreas- und Speicheldrüsengängen ist eine gleichmässige Erweiterung hinter der Strictur vorhanden. In der Milchdrüse soll aber jede Paar Linien von einander eine neue Strictur sich bilden, was ohne alle

---

Verzeichniss der medicinischen Vorlesungen auf der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin im Sommer 1851.

Die allgemeine Geschichte der Heilkunde, ihre wichtigsten Grundzüge allmälig berücksichtigend, lehrt Hr. Prof. Ehrenberg Mittw. von 1-2 Uhr privatim.

Die Osteologie, Hr. Prof. Schlemm Mont., Dienst. und Donnerst. von 12-1 Uhr privatim.

Die Anatomie der Sinnesorgane, derselbe Mont. und Dienst. von 11-12 Uhr öffentlich.

Gefäss- und Nervenlehre, Hr. Dr. Peters Mittw. und Sonnab. von 8-9 Uhr privatim.

Mikroskopische Anatomie oder Gewebelehre, derselbe Mittw. Nachmittag von 4-6 Uhr privatim.

Histologie mit mikroskopischen Demonstrationen, Hr. Dr. Remak Mittw. und Sonnab. von 12-2 Uhr privatim.

Die vergleichende Anatomie liest Hr. Prof. Müller Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 8-9 Uhr privatim.

Die pathologische Anatomie, derselbe Mont., Donnerst. u. Freit. von 6-7 Uhr privatim.

Die pathologische Anatomie, erläutert durch mikroskopische Demonstrationen, Hr. Dr. Reinhardt täglich privatissime von 8-9½ Uhr.

Ueber die pathologischen Geschwülste liest derselbe zweimal wöchentlich in noch zu bestimmenden Stunden.

Zootom. u. zoolog. Uebungen hält Hr. Dr. Peters privatissime.

Die medicinische Naturgeschichte liest mit Demonstrationen auf dem Museum Hr. Prof. Schultz-Schultzenstein 5 Mal wöchentlich von 7-8 Uhr privatim.

Die specielle Physiologie des Menschen mit Demonstrationen und Experimenten an Thieren, Hr. Prof. Müller 5 Mal wöchentlich von 9-10 Uhr privatim.

Physiologische Uebungen im physiologischen Laboratorium hält derselbe gemeinschaftlich mit Hrn. du Bois-Reymond privatissime.

Die Physiologie des Menschen, durch Beobachtungen und Experimente im organischen Observatorium erläutert, Hr. Prof. Schultz-Schultzenstein von 11-12 Uhr privatim. Die zu den Vorlesungen gehörigen Versuche und Beobachtungen im organischen Observatorium wird derselbe in besonderen Stunden anstellen.

Die Physiologie der Zeugung lehrt Hr. Prof. Müller Sonnabends von 9-10 Uhr öffentlich.

Embryologie der Wirbelthiere und des Menschen, Hr. Dr. Remak Mont. und Donnerst. von 12-2 Uhr privatim.

Histologische und embryologische Uebungen und Untersuchungen leitet derselbe privatissime.

Die feinere vergleichende Physiologie der Infusorien, Entozoen und

Analogie mit der Verwachsung und Strictur der Leber- und Nierengänge ist. — In der Milchdrüse bildet sich die bläschenartige Erweiterung vorzugsweise gegen den Anfang der Gänge, somit in den feinsten Zweigen derselben; in den übrigen Drüsen wird die Ansammlung vorzugsweise in dem Ende der Gänge, da, wo sie alle in einen gemeinsamen Behälter ihren Inhalt ergiessen, gebildet. Auch hierin verhält sich die Birkett'sche Bläschenkrankheit verschieden von der übrigen Wassersucht der Drüsengänge. Es ist aus diesem einleuchtend, dass noch manche Untersuchung zu machen bleibt, bevor die Ursache der Bläschenbildung und Erweiterung der Milchgänge erhellt ist; die Schwierigkeit, wie sie sich jetzt stellt, ist so gross, dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen bleibt, dass auch noch eine andere Art der Entstehung dieses Leidens, als aus der Erweiterung der Milchgänge, zu denken erlaubt ist.

Ein Beitrag zur näheren Erkenntniss des Chloroforms in chemischer und physiologischer Beziehung.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Schluss aus No. 8.)

Der Schmerz und die durch denselben bedingte Gefässaufregung und Schlaflosigkeit tritt in manchen chronischen Krankheiten so sehr in den Vordergrund, dass an eine Heilung der Krankheit, die nur allmälig denkbar ist, ohne vorhergehende Linderung der Schmerzen nicht wohl gedacht werden kann. In solchen Fällen ist das Chloroform innerlich und äusserlich angewandt ein ganz unschätzbares Mittel und kann bis jetzt durch nichts ersetzt werden. Opium, Morphium und die Aetherarten können längere Zeit niemals ohne Nachwirkungen gegeben werden, sie stumpfen die Empfänglichkeit ab und verlangen gar bald Verdoppelung der Dosen. Alles dies ist bei dem Chloroform durchaus nicht der Fall und gerade diese so einzig dastehenden und unschätzbaren Eigenschaften verdankt es seiner so sehr flüchtigen Einwirkung. Wie grosse Dosen in ganz kurzer Zeit ohne alle Neben- und Nachwirkungen gegeben werden dürfen, beweisen die vorliegenden und insbesondere der vorletzte Fall, der den von Blödau erwähnten (wo die Frau eines Arztes gegen epileptische Unfälle vom 30. Mai bis 18. Dec. allmälig 18 ℥. 3½ ʒ. 1 ℈ Chloroform, ohne irgend einen Nachtheil davon zu spüren, genommen hatte. (N. Ztg. I. 22.) noch weit übertrifft und wohl bis jetzt noch einzig in seiner Art sein dürfte. — Bei Anwendung solcher Dosen möchte aber eine absolute Reinheit des Präparats unumgänglich nothwendig sein, weil sonst leicht Eckel, Uebelkeiten, Husten, Schwindel und Benommenheit des Kopfes höchst wahrscheinlich eintreten würden. — Wenn auch die ersten Inhalationen, der Neuheit des Reizes wegen, eine grössere Wirkung zu machen scheinen und das erste Chloroform-Cataplasma die Haut am meisten reizt, so geht hieraus, wie die Erfahrung bis jetzt auch gelehrt hat, durchaus nicht hervor, dass man sich nach und nach an die gewöhnlichen Chloroformdosen gewöhnen könne, und um Wirkung zu erlangen, zu immer grösseren Dosen greifen müsse. — Dies ist weder bei Einathmungen noch bei der äusserlichen Anwendung der Fall, und man kann daher dem Chloroform in chronischen Krankheiten als schmerzstillendes und beruhigendes Mittel getrost vor allen anderen den Vorzug geben, was der Erfolg gewiss immer rechtfertigen wird. Der grosse Einfluss des Schmerzes auf die Pulsfrequenz ist bekannt, und wie bei der Behandlung der Pneumonien der dynamischen, direct die Nerven treffenden Kraft des Chloroforms ein grosser Einfluss an den überraschend glücklichen Resultaten zugeschrieben werden muss, ebenso werden wir auch bei schmerzhaften chronischen Krankheiten dieser Eigenschaft das Gelingen einer beigefügten Kur grösstentheils zu verdanken haben. — Es kann natürlich hier nicht die Rede sein von Heilung bösartiger und schmerzhafter Geschwülste, wohl aber von der Tilgung jener mannigfaltigen und schmerzhaften metastatischen Krankheits-Localisationen, wo Kunst und die reichste Erfahrung bisher kaum im Stande war, dem Kranken nur einige vorübergehende Linderung zu verschaffen. — Bei der äusseren Anwendung des Chloroforms darf man bei dem Greifen der Dosis nicht allzuängstlich sein, denn die Resultatlosigkeit hat sehr oft allein in der zu niedrig genommenen Dosis ihren Grund. Wendet man das Chloroform nach einer weiter oben angegebenen Methode an, so kann von Hautverletzungen niemals die Rede sein, obgleich der sehr reichlich auftretende örtliche Schweiss die Haut für die Chloroform-Einwirkung noch empfänglicher machte. Die Haut kommt alsdann nie mit dem Präparat selbst, sondern immer nur mit der zweiten schützenden dunstgetränkten Baumwollenschicht in Berührung. Auf diese Art kann man täglich je nach der Grösse des Cataplasma und der Intensität des Schmerzes mehrere Unzen verbrauchen, ohne irgend einen Nachtheil befürchten zu müssen. Bei sehr grossen Dosen ist wenigstens die Hautverletzung eine Ursache gewesen, dass das Mittel ausgesetzt werden musste. Zwei bis drei Drachmen hoben, auf diese Art angewandt, in wenigen Minuten die schmerzhaftesten cardialgischen Paroxysmen, während blosse Auftröpfelungen auch bei den verschiedensten Neuralgien entweder ganz im Stich liessen oder nur eine höchst geringe und vorübergehende Wirkung bedingten. Beim Wiederauftreten des Schmerzes bei auf diese Art behandelten Kranken war das Verlangen nach dem helfenden Chloroform-Cataplasma immer ein sehr dringendes. Ob das Chloroform, äusserlich angewandt, eine Resorption befördernde Kraft besitzt, ist eben so fraglich, wie bei seiner Anwendung durch Inhalation. Physiologisch lässt sich am Ende eine Erguss bedingende Eigenschaft ebenso gut wie eine Resorption befördernde Wirkung erklären. Es muss daher hier wie bei gar vielen Zweifeln am Krankenbett die künftige Erfahrung als Richterin auftreten. Es lässt sich nicht läugnen, dass in vielen Fällen, und ganz besonders bei rheumatischen Exsudationen, durch äusserliche Application des Chloroforms die Geschwulst viel schneller weicht und hauptsächlich viel rascher ihren so ungern gesehenen gummatösen Charakter verliert, als bei irgend einem anderen Mittel. Ich habe bei einem jungen Mädchen von 18 Jahren, wo gegen rheumatische Sehnenscheiden-Exsudation seit 2 Monaten alles angewandt worden war, was nur im Entferntesten zu helfen im Stande sein konnte, durch 14tägiges, mehrmals unterbrochenes, Cataplasmiren mit Chloroform nicht nur die früher nicht zu tilgenden unerträglichen Schmerzen beseitigt, sondern auch die Geschwulst sich innerhalb dieses Zeitraums gänzlich zertheilen sehen. In keinem Falle von rheumatischen Gelenkgeschwülsten versagte mir das Chloroform seine unvergleichliche schmerzstillende Kraft. Bei der äusserlichen Anwendung

---

schwieriger zu beobachtenden Formen anderer Thierklassen lehrt Hr. Prof. Ehrenberg Sonnabends von 12-2 Uhr öffentlich.

Derselbe wird nicht abgeneigt sein, Uebungen im Gebrauche des Mikroskopes in Beziehung auf Physiologie in noch zu bestimmenden Stunden privatim oder privatissime zu leiten.

Die medicinische Botanik und Pflanzenphysiologie in Verbindung mit Demonstrationen und Beobachtungen lehrt im organischen Observatorium Hr. Prof. Schultz-Schultzenstein tägl. v. 10-11 U. privatim.

Botanische Excursionen stellt derselbe Sonntags öffentlich an.

Die Arzneimittellehre trägt Hr. Prof. Mitscherlich 6 Mal wöchentlich von 7-8 Uhr Morgens privatim vor.

Ueber die aufregenden Arzneimittel liest derselbe Dienst. und Freit. von 6-7 Uhr Abends öffentlich.

Die Receptirkunst, Hr. Prof. Casper Dienst. und Sonnab. von 10-11 Uhr privatim. Die zu diesen Vorlesungen gehörigen praktisch-pharmaceutischen Uebungen und Repetitionen in der Materia medica werden in gewohnter Weise in gesonderten Stunden abgehalten werden.

Die Lehre von den Giften, durch Versuche erläutert, Hr. Dr. Ascherson Mont., Mittw. und Sonnab. von 5-6 Uhr unentgeltlich.

Vorlesungen über Auscultation und Percussion und über die Diagnostik der Brustkrankheiten, verbunden mit praktischen Uebungen am Krankenbette, hält Hr. Dr. Traube 4 Mal wöchentlich Mont., Dienst. Donnerst. und Freit. von 10-11 Uhr im Charité-Krankenhause privatim.

Praktische Uebungen im Auscultiren und Percutiren und in der Diagnostik überhaupt hält derselbe für Geübtere in noch zu bestimmenden Stunden privatissime.

Praktische Uebungen in der Auscultation und Percussion hält Hr. Dr. Ebert in 4 wöchentlichen Cursen täglich von 8-9 und 9-10 Uhr und in anderen näher zu bestimmenden Stunden privatissime.

Die allgemeine Diätetik lehrt Hr. Prof. Ideler nach seinem Buche „allgemeine Diätetik für Gebildete" Mont., Dienst. und Donnerst. von 3-4 Uhr öffentlich.

Die allgemeine Pathologie und Therapie mit erläuternden Demonstrationen, besonders mikroskopischen, liest Hr. Dr. Simon Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 4-5 Uhr privatim.

Allgemeine Pathologie und Therapie mit Demonstrationen, Hr. Dr. Leubuscher Mont., Dienst., Donn. u. Freit. von 10-11 Uhr privatim.

Die medicinisch-chirurgische Semiotik wird Hr. Dr. Lauer Mont., Donnerst. und Freit. von 2-3 Uhr privatim lesen.

Allgemeine medicinisch-chirurgische Therapie, derselbe Dienst., Mittw. und Sonnab. von 2-3 Uhr privatim.

Der speciellen Pathologie und Therapie zweiten Theil, Hr. Prof. Romberg 4 Mal wöchentlich von 12-1 Uhr privatim.

(Schluss folgt.)

des Chloroforms, besonders wenn dieselbe längere Zeit hindurch stattgefunden hat, glaube ich vor der nachträglichen Anwendung hautverletzender Mittel warnen zu müssen. Wenigstens sind mir bis jetzt 3 Fälle vorgekommen, wo bei nachträglicher Anwendung von Schröpfköpfen auf die längere Zeit mit Chloroformdunst in Berührung gekommenen Hautflächen, ausgebreitete Ulceration der Schnittwunden entstanden ist. Diese Geschwürbildung zeichnete sich durch einen sehr trägen Heilprocess und Hautverlust nach der Breite eigenthümlich aus. Ich will nicht in Abrede stellen, dass bei diesen Fällen dyskrasische Momente mit im Spiel gewesen sind, glaube aber doch den Hauptantheil an dieser Geschwürsbildung der Chloroformwirkung zuschreiben zu müssen. In allen drei Fällen, wo ich diesen Process zu beobachten Gelegenheit hatte, war eine längere Chloroformeinwirkung grosser Dosen vorausgegangen, und es ist durchaus nichts weniger wie unwahrscheinlich, dass hierdurch eine Apathie der Hautnerven mit Tonusverlust der Capillarmembranen gesetzt werden kann. Dass die Chloroform-Cataplasmen bei den offenen Schnittwunden ausgesetzt wurden, versteht sich von selbst. Diese also gebildeten Geschwüre erinnerten sehr an die schon oben berührten Chloroform-Flecken mit Epidermis-Verlust, welche bei längerer unmittelbarer Einwirkung grosser Dosen (auch des reinsten Chloroforms) auf die Haut entstehen. Ich zweifle keinen Augenblick, dass bei fortgesetzter Chloroform-Einwirkung auf einen solchen Chloroform-Flecken ein Chloroform-Geschwür gebildet werden kann. Sowohl diese Flecke wie auch die Geschwüre sind schmerzhaft, insbesondere wenn sie anfangen zu heilen. Sie bleiben lange Zeit unverändert stehen, wenn man nicht durch gelind reizenden Verband ihrem torpiden Verhalten hemmend in den Weg tritt. Jedenfalls werden diese Processe durch ein unreines Präparat schneller hervorgerufen und in ihrem Verlauf verschieden modificirt. Die lindernde und tilgende Kraft bei den verschiedensten Arten von Zahnschmerzen ist zu bekannt und allgemein geprüft, als dass ich noch speciell hierauf einzugehen nöthig hätte. Auch mich hat das Präparat besonders beim Einbringen in hohle Zähne niemals im Stich gelassen. Ganz besonders empfehle ich das Bepinseln des Zahnfleisches und der Zähne der leidenden Seite mit Chloroform, eine Manipulation, welche die heftigsten Schmerzen in kurzer Zeit lindert und aufhebt. Das Benommensein des Kopfes, welches bei dieser Art der Anwendung manchmal folgt, ist eine Wirkung der Erkältung und des Schmerzes und keine Nachwirkung des Chloroforms wie man vielleicht glauben könnte. Weichen die Zahnschmerzen der localen Anwendung nicht gleich oder vollkommen, so unterstütze man die äussere Application, indem man ohne zu narkotisiren einige leichte Inhalationen machen lässt.

Trotz allen bei dem Chloroform bisher hervorgehobenen Eigenschaften und ungeachtet seines glänzenden Siegs über den Schwefeläther bemüht man sich in neuester Zeit mit erfolglosem Empfehlen und Anpreisen manchmal wirklich abentheuerlicher Ersatzmittel. Da vor den meisten dieser Ersatzmittel meiner Meinung nach gewarnt werden muss, so dürfte es vielleicht am Platz sein, die empfohlenen am Schluss dieser Abhandlung kritisch näher zu beleuchten. Unter den der Anwendung preisgegebenen steht oben an: **Elaylchlorür**, **Schwefelkohlenstoff**, **Aldehyd** etc. Die von **Snow** bei Zahnextractionen als anästhetisches Mittel mit Erfolg angewandten **Benzoindämpfe**, welche auch bei einer Unterschenkelamputation ihre Dienste nicht versagt haben sollen, übergehen wir, indem wir gleichfalls die Wahl anderen überlassen wollen, sich mit der flüchtigen Essenz der **Mandrazora** oder *Cannabis indica* (**Haschich**) einzuschläfern. Fernerhin müssen andere anästhetische Mittel, wie **Kälte** und **animalischer Magnetismus**, als nicht hierher gehörig (Rhein. Wochenschr. 1847. S. 443.) mit Stillschweigen übergangen werden. — **Elaylchorür**, Oel des ölbildenden Gases, Chlorure d'hydrogène bicarboné, Liqueur des Hollandais (C_2 H_4 Cl), besteht aus 28,68 ölbildendem Kohlenwasserstoff und 71,32 Chlor, und hat demnach von allen dem Chloroform bis jetzt substituirten Ersatzmitteln die grösste Aehnlichkeit mit dem Formylchlorid (C_2 H_2 Cl_6). Eine farblos ölartige Flüssigkeit von ätherartigem, etwas stechendem Geruch und süsslich gewürzhaftem Geschmack, spec. Gewicht 1,256 bei 12 Gr., kocht bei 82.5 Gr., spec. Gewicht des Dampfes 3,478, es verbrennt langsam mit einer gelblich weissen, wenig leuchtenden Flamme und entbindet dabei salzsaures Gas. Dieses Kohlenwasserstofföl wurde zuerst in England als Anästheticum angewandt und empfohlen. Nach meinen schon weiter oben berührten Versuchen glaube ich nicht, dass es das Chloroform je verdrängen wird. Der Geruch ist minder angenehm wie der des Chloroforms, sodann reizt er empfindliche Lungen leicht und steht überhaupt in keiner einzigen der bei dem Formylchlorid so sehr gelobten Eigenschaften mit demselben auf einer Stufe. Keinenfalls können solche Mengen wie bei dem Chloroform ohne Nebenwirkungen genommen werden. — **Schwefelkohlenstoff**, Sulfure de Carbone, Schwefelalkohol (C S), eine farblose, durchsichtige Flüssigkeit, von durchdringendem, unangenehmem Geruch, scharf, brennend schmeckend, spec. Gew. 1,272, kocht bei 42 bis 46 Gr., der Dampf hat ein spec. Gew. von 2,67, erregt durch rasches Verdampfen eine solche Kälte, dass man dadurch unter der Luftpumpe Quecksilber zum Gefrieren bringen kann. Er ist sehr leicht entzündlich, brennt mit blauer Flamme und entwickelt dabei viel Hitze. Löst sich in Alkohol, Aether und Oelen, nicht im Wasser. Besteht aus 84,03 S. und 15,97 Kohlenstoff. Die Empfehlung kann einzig und allein durch die Billigkeit dieses Präparats entschuldigt werden, denn wenn man auch den abschreckenden Geruch beseitigt hätte (was, beiläufig gesagt, eine Unmöglichkeit ist), so sind doch die der anästhesirenden Eigenschaft beigegebenen Nebenwirkungen so wenig empfehlenswerth, dass jeder, dem das Präparat nur einigermaassen bekannt geworden ist, von weiteren Versuchen gerne abstehen wird; jedoch wollen Wiener Aerzte das Präparat in einer bis jetzt noch unbekannten Vollkommenheit dargestellt haben. An der Geruchlosigkeit dieses purificirten Schwefelalkohols darf dessenungeachtet einstweilen noch gezweifelt werden. Ganz besonders wird das Präparat zur äusserlichen Anwendung empfohlen, zumal wo flüchtige und zugleich schmerzstillende Hautreize indicirt sind. — **Aldehyd**. Von **Poggiale** (Gaz. méd. 1848. 12., Oest. Wochenschr. 23.) empfohlen. Bevor wir uns über diesen Vorschlag wundern, wollen wir die jene Empfehlung so wenig schmeichelnden Eigenschaften dieses chem. Proteus etwas näher beleuchten. Das Aldehyd (ein Product der Zersetzung des Alkohols durch Sauerstoff) ist eine farblose Flüssigkeit von erstickendem Geruch. Sein spec. Gewicht ist 0,79, es kocht schon bei 21,8 Gr. (also in der Hand). Der Dampf erregt, eingeathmet, Brustkrampf, ist leicht entzündlich und brennt mit leuchtender Flamme. Seine Mischung ist mit der des Essigäthers gleich. Es zieht mit der grössten Begierde den Sauerstoff der Luft an, wodurch es sich in Essigsäure verwandelt. Diese Verwandtschaft zum Sauerstoff ist so ganz beispiellos gross, dass deshalb die Darstellung des Aldehyds mit den grössten Schwierigkeiten verbunden ist. Befindet sich einmal auch nur das kleinste Theilchen in dem Zustand der Sauerstoffaufnahme, so setzt sich die eingetretene Störung des Gleichgewichts in der Anziehung seiner Elemente fort, und wir haben daher in kurzer Zeit (schon nach einigen Tagen) in dem hermetisch verschlossenen Glase keinen Aldehyd mehr. Der Körper, der sich jetzt in dem Glase befindet, ist seiner Zusammensetzung nach allerdings noch Aldehyd, d. h. er enthält die nämlichen Elemente in denselben Gewichtsverhältnissen, aber die Atome sind in einer anderen Ordnung vereinigt. Dieser Körper besitzt von den das Aldehyd charakterisirenden Eigenschaften keine einzige mehr. Aus dem eben Gesagten geht nun hervor, dass jedenfalls, wenn von Aldehyd-Anwendung die Rede ist, nur dieses Oxydationsproduct gemeint sein kann. Aber selbst dieses wird der Anwendung noch Schwierigkeit genug in den Weg legen, indem es fort und fort Sauerstoff aufnimmt, täglich quasi andere Eigenschaften darbietet und trotz seiner minder grossen Flüchtigkeit bei seinem Verdampfungsprocess die Lungen noch sehr belästigt. Aldehyd erregt in jeder Form Husten und reizt die Luftwege jedenfalls mehr wie der schlechteste Aether und das unreinste Chloroform. Den Uebergang von Aldehyd in Essigsäure kann man wohl verzögern, aber nicht aufhalten, und mit einem solchen Präparat kann wohl ein wissenschaftlicher Versuch gemacht werden, eine practische Anwendung im Allgemeinen gehört jedoch in das Reich der Träume.

Es dürfte überhaupt die Beobachtung der Chloroformwirkungen bis jetzt ein mehr zu empfehlendes Studium sein, als das der Anästhetica im Allgemeinen, und die Sucht, andere ähnlich wirkende Mittel zu schaffen, dürfte sich dann erst rechtfertigen, wenn die Wirkungen der bereits bekannten als unzulänglich oder schädlich ihre zeitherige Anerkennung eingebüsst haben.

Einige Beiträge zur Lehre von den Herztönen und von den Nonnengeräuschen, nebst einigen Bemerkungen zu und gegen Valentiner's neueste Mittheilungen über Bleichsucht.

Von

Dr. Küchenmeister.

(Fortsetzung aus No. 11.)

§. 3. Einige Beiträge zur Lehre von den Nonnengeräuschen, nebst einer Würdigung der neuesten Theorie ihres Entstehens von Valentiner.

Ehe ich mich über die Gefässgeräusche selbst verbreite, will ich zuvörderst eine kurze Zusammenstellung darüber geben, wo man bis jetzt in Venen Pulsationen bemerkte, und wo man Geräusche an ihnen wahrnahm oder wahrzunehmen glaubte.

Venenpulsationen beobachtete man bis jetzt:

1) An varicösen Erweiterungen der Fuss- und Schenkelvenen. Die Alten meinten, dass dieses nur durch Eintritt des Arterienblutes in die Venen ermöglicht werde. H. Marsh glaubt neuerdings gefunden zu haben, dass diese Pulsationen auch ohne solchen Eintritt stattfinden können. Ueber das Tönen solcher Varices ist nichts erwähnt. (Grävell's Notizen II. Bd. 1. Abth. S. 312.) Hierher gehört wohl auch Bock's Fall (Schmidt's Jahrb. 8. 1850. Originalabhandlungen), wo der Varix der *V. cruralis* vibrirte und tönte.

2) An den *Venae jugulares* bei Herzfehlern, besonders des rechten Herzens, gewissen Kröpfen, auch manchen bleichsuchtähnlichen Zuständen.

3) An der *Vena portae* (Kiwisch) und *Vena cava inferior* (Volkmann, Kiwisch). Nach Kiwisch wären diess Regurgitationserscheinungen, nach Volkmann eine bei anämischen Subjecten vorkommende active Erscheinung, indem in solchen Fällen die Systole der schwächeren Diastole wegen Kraft genug behalte, durch die Capillaren hindurch ihre Triebkraft bis auf die Venen mit pulsähnlichem Rhythmus auszudehnen.

4) An fast allen Venen der Embryonen (Volkmann) und

5) an sehr vielen Venen bei erwachsenen Thieren, die durch Vivisection und künstliche starke Blutverluste in den höchsten Grad der Schwäche versetzt sind (Volkmann).

Geräusche vernahm man bis jetzt mit oder ohne pulsähnlichen Rhythmus, mit oder ohne fühlbare Vibrationen, oder glaubte doch solche zu vernehmen:

1) An den Jugularvenen in der bekannten *Regio supraclavicularis* bei anämischen Subjecten, Epileptischen (Richter), Herzfehlern (Bock gegen Cejka), Emphysem und einer grossen Anzahl kranker oder scheinbar gesunder Individuen (Wintrich, Liman).

2) An Cruralvenen. (Cejka, Richter, ich selbst u. A. Besonders interessant und instructiv ist Bock's Fall, wo in der *V. cruralis* ein Nonnengeräusch sich zeigte, und in der aneurysmatisch erweiterten *Art. crur.* das bekannte aneurysmatische blasende Geräusch. Die *Art. crur.* ward Behufs der Heilung des Aneurysma unterbunden, und augenblicklich schwand das Blasen; in der Vene aber dauerte stundenlang das Nonnengeräusch noch fort.)

3) An *VV. brachial., subclav., mammar.* (Richter).

4) An den Venen gewisser Arten von Gefässkröpfen.

5) An den Venen gewisser Ovariengeschwülste.

6) An den Venen des schwangeren Uterus, Placentar-Geräusch (zuerst richtig von Kiwisch in die *Art. epigastr.* gesetzt, weil es bei Druck auf *Art. epigastr.* schwindet) und

7) an den Venen im Ohre Chlorotischer (Oppolzer's Ohrensausen Chlorotischer), was ich selbst noch nicht wahrgenommen habe.

Was nun die Geräusche anlangt, so setzt ein Theil der Diagnostiker, zumal Kiwisch, sie in die Arterien. Man muss, um hier nicht eine babylonische Verwirrung herbeizuführen, die schärfste anatomische Kritik der Lage der Gefässe eintreten lassen, und weiter sich vereinigen über die Art des Geräusches, welches man als Nonnengeräusch bezeichnet. Es kommen nämlich nicht selten bei Krankheiten, von allgemeinen oder localen Ursachen abhängig, Geräusche neben einander in Arterien und Venen vor, deren Unterschiede besonders in dem schärferen Begrenztsein (Arterien), oder mehr oder weniger Verschwimmen zweier Töne (Venen), und in dem mehr sägeähnlichen, rauheren Blasen (Arterien), oder dem mehr sausenden, heulenden, dumpferen, singenden, musikalischeren Tönen (Venen) besteht. Hat man sich schon hierüber schwer zu einigen vermocht, und diese Unterschiede wiederholt bezweifelt und reactivirt, so ist dies fast noch mehr geschehen mit der pulsähnlichen Verstärkung und dem Rhythmus der Geräusche. Wenn wir nun die obigen Angaben Volkmann's über Venenpulsation berücksichtigen, dann unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass wir auf dieses Moment selbst wenig Gewicht legen, indem, wenn einmal der Puls bis auf die Venen bei anämischen Thieren übergehen kann, auch an einen solchen Uebergang der Pulsationen durch die Capillaren hindurch bis zu den Venen bei anämischen Menschen gedacht werden kann, und somit die rhythmische, pulsähnliche Verstärkung im Venengeräusche sich erklären lässt. Man kann diese Unterschiede, so viel ich weiss, am besten am Kropfe unterscheiden, und weiss ich nichts hinzuzufügen den Worten, welche ich in meiner kleinen Abhandlung über die „Nonnengeräusche. Zittau 1850, bei W. Pahl.“ und in No. 8 der Schmidt'schen Jahrbücher von 1850 aufgezeichnet habe: „Legte man bei der Frau Thomas den zweiten und dritten Finger parallel mit dem *Ramus horizontalis ossis maxill. inferioris* an den Kropf (in Schmidt's Jahrb. steht fälschlich „Kopf“), so fühlt man mit dem dem *Ramus horizontalis* zunächst liegenden Finger den Puls einer Arterie, und mit dem darunter liegenden dritten Finger sehr deutlich die Vibrationen einer Vene, wovon sich mehrere Collegen überzeugten. Setzte man das Hörrohr über der Arterie auf, so hörte man in ihr ein ziemlich starkes und hohes Blasen, Sausen, oder wie man es nennen will, das eben so rhythmisch als der Puls sich verstärkte, stets aber zwischen seinem Endpunkt und dem Anfangspunkt des neuen Geräusches ein bemerkbares, deutliches Intervall zeigte. Setzte man das Hörrohr über der vibrirenden Vene auf, so liess sich zwar auch ein Geräusch hören, was aber bedeutend schwächer, tiefer und diffuser war, so dass man zwar rhythmisches Auftreten des Geräusches wahrnehmen, ein Intervall aber zwischen je zwei Geräuschen nur mit Mühe und nur als sehr kurzes bemerken konnte.“ Dasselbe hat (cfr. supra) Bock an Schenkelvene und aneurysmatischer Schenkelarterie beobachtet, und die Möglichkeit der Venengeräusche über alle Zweifel erhoben, indem er nachgewiesen, wie nach Unterbindung der Arterie das venöse Geräusch fortbestand.

Durch diese Thatsachen ist nachgewiesen, dass es venöse Geräusche giebt, und wir wollen nur noch die Einwände von Kiwisch nennen, dessen Priorität in dieser Angelegenheit, nicht nur in Betreff der Stellung des Geräusches, in die Arterien, wie allgemein bekannt ist, sondern auch der Experimente, die er zum Beweise dieser Ansicht anstellte, Valentiner auf alle Art bezweifelt, ich weiss nicht, ob auf eine für Valentiner besonders ehrenvolle Art. Nehmen wir noch einmal die Einwände von Kiwisch satzweise durch:

Um ganz sicher zu gehen, dass man bei einer Untersuchung am Halse die Vene von der Arterie isolirt untersuchen kann, bediene man sich eines Stethoskopes, dessen Trichter höchstens den dritten oder vierten Theil der Grösse der gewöhnlichen Prager Stethoskope hat, wie Richter in Dresden und ich selbst mir zu diesem Zwecke anfertigen liessen. Es tritt in vielen Fällen bei Untersuchung mit grösserem Stethoskoptrichter, wo man Arterie und Vene zugleich bedecken kann, deutlich das venöse Sausen zum Gehör, und viel mehr aus der Tiefe hört man die Töne des Herzens heraufschallen, wie sie in der Carotis hörbar sind. Ganz besonders deutlich gelang es mir, solche Erscheinungen mit meinen metallenen Stethoskopen zu beobachten, und ich glaube, wenn man vorurtheilsfrei sein Ohr allein fragte, so würde es uns sagen, das sausende Geräusch entsteht gleichsam unmittelbar unter dem Trichter des Stethoskops, die dem Herzpuls ähnlichen Töne kommen viel weiter aus der Ferne. Dennoch aber müssten, wenn das Sausen in der Arterie entstände, beide in gleicher Entfernung vom Hörrohrtrichter zu entstehen scheinen.

Kiwisch und Andere haben besonders den Druck, welcher bei der Untersuchung der Halsgegend durch Hörrohr und Halsstellung entstehen soll, als Entstehungsursache des Geräusches beschuldigt, und Kiwisch will durch seine Versuche an elastischen Röhren und freigelegten grossen Gefässen lebender Thiere vor Allem dies nachgewiesen haben, wobei er der Ansicht nicht feindlich sein kann, dass doch eine gewisse Schlaffheit des Individuums ein gewöhnlicher Begleiter des Geräusches sei. Oft wiederholte Untersuchung vieler Individuen auf Nonnengeräusche wird zur Genüge darzuthun im Stande sein, dass man starke Nonnengeräusche nicht selten bei erschlafftem, durchaus nicht angespanntem Halse hört, ja, dass man starke Geräusche selbst vernehmen kann in dieser Stellung, wenn man entweder den Hörrohrtrichter ganz lose auf den Hals aufsetzt, die Haut nur berührend, und nun das Ohr ebenso locker auf die Hörmuschel auflegt, oder wenn man das Ohr selbst noch ein Paar Linien von der Hörrohrmuschel entfernt hält. Jeder aber wird doch wohl zugeben, dass der vermeintliche Druck auf die Carotis viel mehr in der Einbildung, als in Wirklichkeit bestehen dürfte, da die Carotis unter der *Fascia colli* liegt, und Fascien bekanntlich den Druck auf unterliegende Theile beträchtlich mässigen. Auch muss man hierbei des instructiven Versuches von Bock gedenken, wo zwei *Ven. jug. externae* sich in einen kurzen gemeinsamen Stamm sammelten, der in die *Ven. subclavia* eintrat, und an dieser Stelle ein Nonnengeräusch hörbar war. Als Bock mittelst einer Hautfalte die *Ven. jug. externa* emporhob und somit comprimirte, schwand das Geräusch.

Ueberdies ist es doch wohl eine bekannte Thatsache, dass Arterien dem Drucke selbst vermöge ihrer Ringfaserschicht einen bedeutenden Widerstand entgegensetzen. Man denke nur an das Zusammenfallen der Lumina durchschnittener Venen, und das Offenbleiben der Lumina durchschnittener, selbst viel kleinerer Arterien.

Schon Hr. Virchow hat in den bekannten Würzburger Mittheilungen Hrn. Kiwisch entgegnet, dass doch ein lebendes Gefäss ein anderes sei, als das todte oder eine elastische Röhre, wenn auch des besten Technikers in Paris. Wie verschieden ein und dasselbe Gefäss während der Circulation am lebenden Thiere, und das dem frischgetödteten Thiere nebst den umgebenden Weichtheilen ausgeschnittene, noch einige Stunden nach dem Tode auf Electricität reagire, dies ist uns durch Schulze's jun. Dissertation „*de arteriarum motione etc.*“ bekannt worden. „Schneidet man einem eben geschlachteten Rinde die Carotis sammt den umgebenden Weichtheilen aus, und bringt man

an dieses Stück Carotis die Drähte des Rotationsapparates, so zieht sich die Carotis noch 14 Stunden nach dem Tode so zusammen, dass sie wie eine Saite wird. Legt man an einem lebenden Thiere ein Stück der Carotis frei, so sieht man durch den Apparat fast gar keine Contraction, oder nur schwache, während hinwiederum nach doppelter Ligatur das zwischen den Ligaturfäden befindliche Stück der Arterie bis zu dem ersten, angegebenen Grade sich contrahirt, wenn es mit den Inductoren berührt wird." Wenn ich auch nicht zu denen gehöre, welche der vitalen Kraft im Organismus so viel als möglich zuschreiben wollen, so ist doch gerade die stetige Fortbewegung des Blutes durch die Gefässe, welche hierbei concurrirt, nur im Leben möglich, und wir sehen wenigstens daraus, wie vorsichtig wir bei Deutung der Erscheinungen an Gefässen sein müssen. Weiter aber kann ich auch nicht zugeben, dass in dem Experimente des Hrn. Kiwisch Alles das erschöpft ist, was zu erschöpfen ein Erforderniss war, ehe ein gültiges Endresultat gewonnen werden konnte.

1) Hat Hr. Kiwisch dadurch, dass er elastische Guttapercha- oder Caoutschouk-Röhren nahm, nur nachgewiesen, dass an elastischen Röhren Geräusche beim Hindurchtreiben des Wassers entstehen können. Dass aber diese Geräusche eben so gut beim Vorwärtstreiben des Wassers entstehen, als beim Einsaugen in ein Rohr, wie Richter dargethan hat, das hatte Kiwisch übersehen, und so lange wir den Venen eine gewisse Saugkraft gegen das Blut, zumal an den Halsvenen, zuschreiben müssen, so lange wird Richter's Experiment von grossem Einflusse sein auf die Lehre über den Sitz des Geräusches.

2) Wird uns Kiwisch nie überzeugen können von dem Vordersatz seines Schlusses, dass er wirklich in jenen elastischen Röhren die Arterien nachgeahmt habe. Bei Arterien concurriren Längs- und Ringfasern, in verschiedener Schichtung, aber auch die Venen sind elastische Gefässe. Welcher von beiden Arten werden im Baue die elastischen Röhren von Kiwisch mehr gleichen, den einfach elastischen Venen oder den complicirter gebauten Arterien? Ich kann den Experimenten von Kiwisch ein für allemal keinen weiteren Umfang des Beweises vindiciren, als den, dass K. gezeigt hat, man könne künstlich an elastischen Gefässen Geräusche erzeugen.

3) Wird an den elastischen Röhren von Kiwisch stets nur ein Moment wirken können, die die Systole nachahmende, vorwärtstreibende Kraft. Und in der That scheint doch die Diastole vielleicht nicht ohne allen Einfluss auf die Entstehung des Geräusches zu sein, wie wir weiter unten ausführlicher darzuthun versuchen werden.

4) Vermisse ich bei den Vivisectionen von Kiwisch die Angabe, ob die später Geräusche zeigenden Gefässe nicht schon zuvor Geräusche zeigten, was, wenn es auch unwahrscheinlich war, doch erwähnt werden musste der Genauigkeit wegen.

5) Hr. Kiwisch legt besonders darauf viel Gewicht, dass die Arterie *Aorta abdominalis* nach Freilegung bei seiner Vivisection das Geräusch gab, die *Vena cava* aber das Geräusch nicht zeigte. Kann diese Beobachtung eine weitere Tragweite haben, als dass, was wohl Niemand leugnet, in Arterien Geräusche vorkommen? Kann man deshalb nun gleich ohne Weiteres allen Venen Geräusche absprechen, weil zufällig in *Vena cava* sich kein solches Geräusch fand. Kennt Hr. Kiwisch alle die Umstände, bei denen stetig in der Arterie Geräusche vorkommen? (Schluss folgt.)

Ueber das anatomische Verhältniss der Linsenkapsel zum Glaskörper.

Von

Dr. J. v. Hasner,

ordin. Arzte im Prager k. k. Krankenhause.

Man findet unter den Anatomen die Ansicht allgemein verbreitet, dass die Linse auf eine doppelte Weise in ihrer Lage gehalten werde. Durch ein Aufhängeband, die *Zonula Zinnii*, welche sich am Umkreise der Kapsel festsetzt, und durch Verwachsung der hinteren Kapselwand mit der Hyaloidea im ganzen Bereiche der tellerförmigen Grube. Ueber die Gestalt der Zonula und ihre Anheftungsweise an die Linsenkapsel hat in neuester Zeit Brücke (Anat. Beschr. d. menschl. Augapfels. Berlin 1847) eine so treffliche Beschreibung geliefert, dass hierüber wohl kaum mehr ein Zweifel erhoben werden dürfte. Brücke hat nachgewiesen, dass, nachdem die Hyaloidea sich noch hinter den Wurzeln der Ciliarfortsätze in zwei Blätter getheilt, das vordere stärkere, — die *Zonula Zinnii* — bei seinem Verlaufe gegen die Linsenkapsel sich in Falten lege, welche die Meridianrichtung haben, gegen den Linsenrand hin immer tiefer werden, und sich an den Kapselrand anheften. — Bezüglich des Verhaltens des hinteren Blattes — der eigentlichen Fortsetzung der Hyaloidea — zur Linsenkapsel, theilt jedoch auch Brücke die Ansicht der übrigen Anatomen, welche darin besteht, „dass dieses Blatt, frei hinter den Ciliarfortsätzen verlaufend, in die tellerförmige Grube gelange, und mit der hinteren Wand der Linsenkapsel in der Weise verwachse, dass es nicht mehr isolirt dargestellt werden kann, und die hintere Kapselwand sich von dem Glaskörper nicht ohne Verletzung desselben trennen lässt." W. Bowman (*Lectures etc. on the Eye.* London 1849) sagt sogar: *„I do not myself believe that the hyaloid passes behind the entire lent. The substance of the vitreous seens there to touch the capsule."*

Ich bin durch sorgfältige Untersuchungen dieser Partie des menschlichen Auges zu einem ganz entgegengesetzten Resultate gelangt. Ich habe die Ueberzeugung gewonnen, dass eine Verwachsung der hinteren Kapselwand mit der Hyaloidea im Bereiche der tellerförmigen Grube nicht vorkomme. Das Verhältniss beider Membranen zu einander ist folgendes: Nach erfolgter Trennung der Hyaloidea in zwei Lamellen setzt sich die hintere schwächere — die eigentliche Fortsetzung der Hyaloidea — gegen den Linsenrand hin fort, und heftet sich in Form einer Kreislinie an die Peripherie der hinteren Kapselwand. Innerhalb dieses Kreises, in der tellerförmigen Grube, erscheinen dagegen Kapsel und Hyaloidea wieder vollkommen von einander getrennt, und es berühren sich beide Membranen nur in der Weise, wie zwei Blätter einer *Membrana serosa*. Die Linse wird demnach durch ein doppeltes Aufhängeband in ihrer Lage gehalten, ein vorderes (die Zonula) und ein hinteres, welches letztere sich in Form einer Kreislinie an der Peripherie der hinteren Kapselwand anheftet. Zwischen beiden Aufhängebändern befindet sich der Petit'sche Kanal. Eine andere Befestigung der Linse, als jene durch die beiden genannten Bänder, kommt nicht vor.

Da dieser Befund sich so wesentlich von der bisherigen Annahme unterscheidet, so dürfte es nicht überflüssig sein, die Methode der Untersuchung anzugeben, durch welche ich zu demselben gelangte. Ich möchte zweierlei Untersuchungsarten empfehlen. Es ist gleichgültig, ob man Augen von Neugebornen oder Erwachsenen bis in die höchsten Altersperioden hierzu wählt, immer ist das Ergebniss dasselbe. Augen von Neugebornen, bei denen noch die Verzweigungen der *Centralis retinae* an der hinteren Kapsel sichtbar sind, eignen sich jedoch vorzüglich, weil sodann das obenerwähnte Verhältniss der Kapsel zur Hyaloidea noch anschaulicher wird.

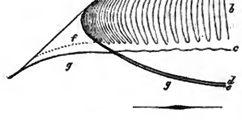
Erste Untersuchungsart. Der Glaskörper, mit dem Linsensystem und den Ciliarfortsätzen in Verbindung, wird, die Linse nach aufwärts gerichtet, auf ein Uhrglas gelegt. Die Untersuchung geschieht bei 20—50maliger Vergrösserung unter dem Arbeitsmikroskop. Die vordere Kapsel wird durch einen Kreuzschnitt geöffnet, die gebildeten Lappen werden gegen die Ciliarfortsätze zurückgelegt. Hierauf entfernt man die Linse aus der Kapselhöhle. Nun liegt die hintere Kapsel frei da. Man fasst sie vorsichtig mit einer feinen Pincette, und schneidet die gebildete Falte mit der Scheere ein. Die gebildeten Lappen können sogleich bis zum Kapselrand aufgehoben und zurückgeschlagen werden. Wurde die Untersuchung an Augen von Neugebornen vorgenommen, so folgen die Verzweigungen der *Centralis retinae*, welche sich an der hinteren Fläche der Kapsel ausbreiten, den zurückgeschlagenen Lappen. Nach Zurücklegung der hinteren Kapsel gewahrt man in der tellerförmigen Grube eine über der Glasflüssigkeit gespannte Membran, welche mit der Pincette, ebenso wie vorher die Kapsel, gefasst und emporgehoben werden kann. Sie legt sich sodann in deutlich sichtbare Falten, welche es unzweifelhaft machen, dass man es mit einer Membran zu thun habe. Sie besitzt beträchtliche Resistenz, bei stärkerer Zerrung zerreisst sie, und nun erst baucht sich aus der Rissöffnung die Glaskörperflüssigkeit hervor. Die Ränder des Risses sind deutlich scharfkantig. Man kann Lappen dieser Membran mit der Pincette abreissen; sie ist eine Glashaut, und unzweifelhaft die Hyaloidea.

Zweite Untersuchungsart. Der Glaskörper, mit dem Linsensystem und den Ciliarfortsätzen in Verbindung, wird, bei horizontaler Stellung der Axe, auf ein Uhrglas gebracht. Zwanzigmalige Vergrösserung. Man schneidet die Zonula im ganzen Umfange ein, und schlägt sie möglichst weit gegen die Ciliarfortsätze zurück. Nun liegt die hintere Wand des Petit'schen Kanals, d. i. die hintere Lamelle der Hyaloidea, zwischen Linsenrand und Ciliarfortsätzen gespannt unterm Mikroskop. Die Verbindungsstelle dieser Lamelle mit der Kapsel wird nun mit der scharfen Spitze eines Messers bis auf zwei Drittheile im Umfange der Linse getrennt. (Es braucht wohl nicht erwähnt zu werden, dass dies Verfahren, wie überhaupt die ganze Untersuchung grosse Vorsicht erfordert.) Man fasst hierauf die Linse am Rande mit der Pincette und legt sie gegen jenes Drittheil zurück, wo das hintere Aufhängeband von ihr nicht abgelöst wurde. Es ergiebt sich: *a*) die Linse, in ihre Kapsel eingeschlossen, lässt sich ganz ohne Mühe aus der tellerförmi-

gen Grube hervorheben und zurücklegen. Man gewahrt daselbst nicht die geringste Spur einer Anheftung der Kapsel; *b*) in der tellerförmigen Grube spannt sich eine Glasmembran, welche sich ganz so wie bei der ersten Untersuchungsmethode verhält. Erst wenn sie eingerissen wird, tritt Glaskörperflüssigkeit aus; *c*) spannt man die Linse an jener Stelle des Randes, wo sie mit dem Aufhängebande noch in Verbindung steht, an, so sieht man dieses deutlich als einen bandartigen Ring im Umkreise der Kapsel angeheftet. (Absichtlich ist bei diesen Untersuchungen jede Behandlung des Glaskörpers mit chemisch wirkenden Substanzen vermieden worden, weil sie leicht zu Täuschungen führt. Es lässt sich wohl nicht annehmen, dass die von mir in der tellerförmigen Grube wahrgenommene Membran bloss jenem System von concentrischen Häuten angehöre, welches Brücke (Müller's Archiv 1843 und l. c. pag. 65) durch Präparation des Glaskörpers mit Bleizuckerlösung bei Schafen und Rindern dargestellt, und einmal auch an einer frischen menschlichen Leiche, gefunden hat. Die Hyaloidea als Hülle des Glaskörpers lässt sich in ihrem ganzen Umfange, und ebenso, nach meinen Untersuchungen, in der tellerförmigen Grube dadurch erkennen, dass man sie zu einer Falte erhebt und einreisst. Die Ränder des Risses sind scharf abgeschnitten, gespannt, und zwischen denselben drängt sich erst der Inhalt des Glaskörpers, eine glashelle structurlose Flüssigkeit in Kugelform, hervor.

Diese beiden Untersuchungsmethoden sind so einfach, so leicht zu wiederholen, ihr Resultat in allen Fällen ein so übereinstimmendes, dass ich es wohl, auch ohne das Ansehen eines Anatomen zu besitzen, und meine Befähigung hierzu zu überschätzen, wagen könnte, dasselbe zu veröffentlichen. Dennoch würde ich, wenn ich bedenke, dass ich hiermit den Ansichten so vieler ausgezeichneter Anatomen entgegentrete, zaudern, wenn ich mich nicht auf das Zeugniss eines Mannes berufen könnte, welcher als Mikroskopiker, als exacter Forscher überhaupt bekannt genug ist. Ich thue dies um so lieber, als ich hoffen kann, dass sein Name eher als der meine die Anatomen von Fach veranlassen wird, meine Entdeckung genau zu prüfen, und der wissenschaftlich wie praktisch hochbedeutende Gegenstand dann rascher erledigt wird. Herr Professor Engel hat beide oben angegebenen Untersuchungsmethoden geprüft, und mich ermächtigt, anzuführen, dass er sich gleichfalls von dem durch dieselben erlangten Resultate überzeugt habe.

Dass das berührte anatomische Verhalten der Linse zum Glaskörper nicht nur wissenschaftliche, sondern selbst praktische Bedeutung habe, ist wohl Jedermann einleuchtend. Das wichtigste praktische Moment sei hier nur mit wenigen Worten angedeutet. Wenn eine feste Verwachsung der hinteren Kapsel mit der Hyaloidea in der tellerförmigen Grube vorkäme, so könnte jene Membran nicht ohne Zerstörung der vorderen Partie des Glaskörpers, ohne Ausfluss der Glaskörperflüssigkeit, auf operativem Wege entfernt werden. Ist jedoch das Verhältniss der Linse zum Glaskörper ein solches, wie wir es beschrieben, dann kann die Linse sammt Kapsel aus der tellerförmigen Grube hervorgehoben werden, wenn nur der Aufhängeapparat abgelöst wird, und es kann dabei der Glaskörper ganz ungefährdet bleiben. Dass dies wirklich geschehen kann, davon habe ich mich häufig genug schon in früherer Zeit überzeugt. Man kann die hintere Kapsel bei der Staarextraction mit der Pincette entfernen, ohne dass Glaskörperflüssigkeit austritt. Spontane Dislocation der in ihre Kapsel eingeschlossenen Linse ist ohne Gefährdung des Glaskörpers möglich. Bei Operationsübungen an der Leiche überzeugt man sich, dass die Linse sammt Kapsel ohne Glaskörperabfluss extrahirt werden könne. Die Streitfrage, welche am Anfange dieses Jahrhunderts von Augenärzten erhoben wurde, ob die Linse sammt ihrer Kapsel extrahirt werden könne, erledigt sich wenigstens theilweise durch unsere anatomische Untersuchung. Jene Erfahrungen an Lebenden und der Leiche waren es eben, welche in mir den Zweifel erregten, ob eine Verwachsung der hinteren Kapsel mit der Hyaloidea in der tellerförmigen Grube vorkomme, und mich veranlassten, jene Partie genauer zu untersuchen, wodurch ich endlich zu dem obigen Resultate, das ich der genauen weitern Prüfung hiermit angelegentlich empfehle, hingeführt wurde.



a Vordere Wand der Linsenkapsel.
b Anheftungsweise d. Zonula an die Linsenkapsel.
c Anheftungsw. der Hyaloidea an die Linsenkapsel.
d Hintere Wand der Linsenkapsel.
e Hyaloidea in der tellerförmigen Grube.
f Petit'scher Kanal.
g Glaskörper.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der Klinik für Sinneskrankheiten unter der Leitung des Prof. Ruete in Göttingen.

Von

Dr. R. Gieseler, Assistenten.

(Fortsetzung aus No. 8.)

Die Kranke, Christine Schneemann, 43 Jahr alt, mit braunem Haar und blauer Iris, ist bedeutend abgemagert und überhaupt von einem gracilen Habitus. Sie leidet, wie sie behauptet, seit 14 Tagen an einer Entzündung des rechten Auges, an Verstopfung des Darmkanals, oft auch an Cardialgie und Reissen in den Gliedern, welches aufgehört haben soll, nachdem sie es an das Auge bekommen hat. Ihre Menses haben bereits seit 3 Jahren aufgehört. Die *Conjunctiva Palpebrarum, Scleroticae et Corneae* ist, wie Sie sehen, mit vielen, bläulich rothen, varicösen Blutgefässen durchwebt, dabei der *Annulus subconjunctivalis* stark injicirt. Die vordere Augenkammer ist fast bis zur Hälfte mit Eiter angefüllt, die Cornea etwas getrübt, die Pupille nicht sichtbar, aber die Regenbogenhaut, so weit wir sie beobachten können, entfärbt und entzündet. Die Secretion der Thränen ist profus, übrigens sondert die Conjunctiva nur eine geringe Quantität eines eitrigen Secretes ab. Die Kranke klagt über Drücken und Stechen im Bulbus, und über reissende, bohrende Schmerzen längs der Bahn des *Ramus supraorbitalis Nervi trigemini*, die besonders Nachts in der Bettwärme zunehmen und den Schlaf der Kranken sehr stören. Die Kranke ist nun bereits mehrere Tage mit Abführungsmitteln, mit örtlichen Blutentziehungen, Schröpfköpfen im Nacken, mit kalten Ueberschlägen über das Auge behandelt, wobei sich die Gefässinjection, die profuse Secretion der Thränen, die Schmerzen und die nächtliche Unruhe, nicht aber der Eiter in der vorderen Augenkammer vermindert haben; ja es hat sich sogar noch eine geringe Quantität Eiter in der Substanz der Cornea, am äusseren Rande derselben, abgelagert. Es ist daher durchaus nothwendig, dem Eiter hier rasch einen künstlichen Ausweg zu bahnen, weil derselbe, wenn dies nicht geschähe, jedenfalls bedeutende Zerstörungen anrichten würde. — Der Eiter ist zwar an und für sich eine milde Flüssigkeit, bleibt er aber längere Zeit mit den Geweben in Berührung, so wirkt er auf dieselben auflösend, macerirend, indem er dann wahrscheinlich in Zersetzung übergeht und den Zersetzungsprocess auf die von ihm getränkten Gewebe, vielleicht durch Katalyse, fortpflanzt. Einen auffallenden Beweis für diese Ansicht liefert uns ein Mädchen jüdischer Abkunft, welches ich Ihnen schon öfter vorgestellt habe. Diese bekam ein *Erysipelas phlegmonodes* der Augenlider mit bedeutender ödematöser Anschwellung derselben und mit Bildung eines Abscesses im oberen Augenlide. Der Eiter bahnte sich durch den *Musculus orbicularis* und die Conjunctiva, während die Geschwulst noch fortdauerte und die Tarsalränder nicht im Geringsten von einander entfernt werden konnten, einen Weg nach dem Auge. Hier stockte er zwischen den geschwollenen Augenlidern und dem Bulbus, von wo er, ungeachtet aller angewandten Sorgfalt und der künstlichen Eröffnung des Abscesses nach aussen durch Injectionen, nicht ganz entfernt werden konnte. Als nun einige Tage später nach Beseitigung der Geschwulst, das Auge wieder geöffnet und betrachtet werden konnte, fanden wir die Cornea und die *Conjunctiva scleroticae* wie von einem Aetzmittel zerfressen, die *Conjunctiva palpebrarum* dagegen chemotisch aufgewulstet. Einen ganz ähnlichen Fall habe ich vor mehreren Jahren bei einem Studenten beobachtet, der in Folge eines Hiebes mit einem Schläger in die Stirn einen Abscess in der Supraorbitalgegend bekam. Auch hier bahnte sich der Eiter einen Weg nach dem Auge und richtete ähnliche Zerstörungen an, wie in dem obigen Falle. Ausserdem ist es ja allgemein anerkannt, wie zerstörend der Eiter auf die Cornea wirkt, wenn er in Folge der chemotischen Auflockerung der Conjunctiva im Umfange der Cornea bei den verschiedenen Arten der granulösen Augenentzündung auf der Cornea stagnirt. Frühzeitige Entfernung des Eiters ist daher in allen Fällen nothwendig, wo man Erweichung und fortschreitende Zerstörung der umgebenden Exsudate und normalen Gewebe verhüten will. Ich werde daher auch hier, um den Eiter aus der vorderen Augenkammer herauszulassen, mit dem Himly'schen Staarmesser am unteren Rande der Cornea einen Einschnitt machen, und die Operation nach einigen Tagen wiederholen, wenn sich der Eiter aufs Neue wieder ansammelt. Das Auge wird dann nach der Operation mit einem englischen Heftpflaster geschlossen, und die Kranke fortwährend einer mässigen, innerlichen und äusserlichen Antiphlogose, wobei die kalten Fomentationen, Einreibungen von Quecksilbersalbe mit

Opiumtinctur und Ueberschläge von einem starken *Inf. Belladonnae*, um Verwachsungen der Regenbogenhaut zu verhüten, eine Hauptrolle spielen, unterworfen. Nur auf diesem Wege ist es möglich, noch einigermaassen das Auge vor der gänzlichen Erblindung und vor der Ausbildung eines Leucoms oder Staphyloms mit und ohne Verwachsung der Regenbogenhaut mit der Descemet'schen Haut zu bewahren.

(Die in Rede stehende Operatinn oder *Paracentesis Corneae* wurde darauf unter Anleitung des Hrn. Prof. Ruete von Hrn. Stud. Volborth vorgenommen, der Eiter dadurch aus dem Corneal-Abscess herausgelassen und die Kranke der angegebenen Nachbehandlung unterworfen. Als sich nach 3 Tagen der Eiter in der Cornealsubstanz wieder angesammelt hatte, wurde zur Wiederholung derselben Operation geschritten, und der Kranken zur Unterstützung ihrer Kräfte ein Thee von *Summitates millefolii* mit einem Zusatze von *Fol. Sennae* und *Herb. Menth. pip.* verordnet. Nach der zweiten Operation sammelte der Eiter sich nicht wieder an, sondern es trat Heilung des Abscesses ein ohne Leucombildung und Verwachsung der Pupille, so dass die Kranke nach 14 Tagen in der Art geheilt aus dem Hospitale entlassen wurde, dass sie mit dem Auge, welches bei einer anderen Behandlung unfehlbar erblindet sein würde, noch ziemlich gut zu sehen vermochte. Zur Nachkur der noch vorhandenen nebelförmigen Trübung der Cornea an den Stellen, wo der grosse Abscess seinen Sitz gehabt hatte, wurde der Kranken noch ein Collyrium von 6 Gr. *Lapid. divin.* mit 2 Gr. *Morph. sulfur.* in 1 Unze *Aq. destill.* zum öfteren Einträufeln verordnet. — Zum Beweise der Heilsamkeit der angegebenen Behandlung könnte ich hier noch zwei andere gelungene Fälle, die ebenfalls im gegenwärtigen Semester vorgekommen sind, anführen. Der Kürze wegen will ich jedoch nur bemerken, dass der eine Fall bei einem Knaben von 7 Jahren und der andere bei einer alten Frau, welche von Hrn. Prof. Ruete selbst operirt wurden, vorkamen und einen ähnlichen Ausgang hatten. Ref.)

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.

Von

Dr. Theodor Clemens,

prakt. Arzt und Assistenz-Arzt daselbst.

Pfortaderentzündung. Pylephlebitis.

Johannes Lang, 26 Jahre alt, Tagelöhner aus Hohenzell, tritt am 5. Oct. 1850 in das Hospital ein. Er will sich am 3. Oct. bei dem Aufheben eines Klotzes überhoben haben, wenigstens spürte er sogleich darnach einen heftigen fixen Schmerz in der Lebergegend, der permanent blieb und an Intensität fast beständig zunahm. Kurz nach diesem Vorfall wurde ihm ein Löffel Ricinusöl gereicht und zwei Clysmat. gesetzt, worauf keine Oeffnung, dagegen mehrmaliges Erbrechen erfolgte. Pat. sieht tief erkrankt und angegriffen aus, Zunge belegt. Puls 108, härtlich. Bei Berührung ist die Lebergegend sehr schmerzhaft. Pat. wälzt sich im Bett herum und klagt laut über heftige Schmerzen in der Lebergegend. Manchmal tritt Erbrechen von galligen Massen ein. Frost und Hitze wechseln ab, dabei ist Kopf und Stirn gewöhnlich heiss und trocken anzufühlen. Pat. hat 2 unbedeutende Normalstühle gehabt. Hirudin. Nr. XX auf die Lebergegend, *Rp. Calomel.* gr. ij., *Sacch. alb.* ℈β, *Dent. tal. dos.* No. iij., stündlich 1 Pulver, worauf die Schmerzen sehr nachlassen und Pat. eine copiöse Stuhlentleerung mit Erleichterung hat.

6. Oct. Pat. hat ziemlich geschlafen, klagt über brennenden Durst, Geschmack pappig und bitter. Bei Druck nur noch wenig Schmerz in der rechten Seite. Hat eine gesunde Oeffnung gehabt. *Rp. Emuls. Amygd. c. Ol. Ricin.* ℥j *et Aq. Laurocer.* ʒij. — Pat. klagt jetzt hauptsächlich über ein brennendes Gefühl in der Magengegend und heftigen Durst.

7. Oct. Pat. hat 3 Mal schmutzig gallige Massen erbrochen und von 11—12 Uhr einen heftigen Fieberanfall gehabt. Zuerst Frost, sodann trockene Hitze. Diese Fieberanfälle, gegen welche Chinin gereicht wird, wiederholen sich täglich, nehmen jedoch an Intensität ab. Puls wird ruhiger und beständiger, das Erbrechen lässt nach und nimmt allmälig eine natürliche Beschaffenheit an. Anfangs liess die schmutzige, stinkende Beschaffenheit des reichlich Erbrochenen, sowie der geringe, oft angehaltene Stuhl Kothbrechen befürchten. Oeffnung in Farbe und Quantität normal. Allgemeinbefinden überhaupt besser, nur bleibt eine traurige niedergeschlagene Gemüthsstimmung, belegte, oft trockene Zunge mit immerwährendem Durst und fahles, oft erhitztes Gesicht mit trocken heissen Wangen, als Zeichen tiefen Erkranktseins beständig auf einer Höhe.

Am 12. Oct. fängt Leber und Nabelgegend an wieder schmerzhafter zu werden; besonders in der Nabellinie tiefer Druck sehr empfindlich und schmerzhaft. Häufiges Aufstossen übelriechender Gase. Stirnkopfschmerz. Zunge weisslich belegt und trocken, Geschmack immer alienirt, Puls 100—110. Es werden sogleich wieder Hirud. No. VIII, Leinsamen-Cataplasmen und *Emuls. Amygd. c. Aq. Laurocer.* verordnet.

13. Oct. Die Schmerzen in der Nabelgegend liessen den Patienten nicht schlafen. 2 Oeffnungen von normalem Koth. Zunge rissig trocken und fleischröthlich, Aufstossen voluminöser Gase. Puls 80. Es werden wieder Chininpulver gereicht, pr. dosi gr. ij. Im Laufe des Tages treten 4 Frostanfälle auf, und Pat. fühlt sich nach denselben sehr abgemattet und schwach.

14. Oct. Morgens um 10 Uhr ein Frostanfall, der $^1/_4$ Stunde dauert, ohne darauffolgende Hitze, Oeffnung fest, fäcal. Zunge trocken, brennender Durst, Unruhe. Schmerzen im Leib beständig, jedoch nach den Cataplasmen erträglicher, Leib ist weder aufgetrieben noch voll. *Rp. Chinin. sulf.* gr. j, *Opii* gr. β, *tal. dos.* 12, 3stündlich 1 Pulver.

15. Oct. Seit gestern kein Fieber mehr, klagt noch über Schmerzen im Leib und der *Reg. epigastrica.* Oeffnung normal, Urin bietet nichts auffallendes. Oefteres Aufstossen. Zunge in der Mitte trocken, Geschmack immer schlecht, kein Appetit, viel Durst, Puls ganz ruhig. Zur Linderung des beständigen peinigenden Durstes werden dem Pat. Eispillen nach Belieben gestattet.

16. Oct. Pat. hat wieder einen Frostanfall gehabt. Normale Oeffnung, mit der ein Wurm *(Ascaris lumbricoides)* entleert wird. Puls 100, härtlich. Brennender Durst. *Rp. Elix. acid. Haller.* ʒj, *Syr. Rub. Idaei* ℥ij.

17. Oct. Wie gestern, mit der Oeffnung geht abermals ein grosser Spulwurm ab. Das Gesicht des Pat. hat eine fahle, ins gelbliche spielende Farbe bekommen, namentlich ist jetzt die Conjunctiva beider Augen deutlich gelb gefärbt. Kopf eingenommen und manchmal Schwindel. Brust frei. Schlaf sehr unterbrochen. Zunge trocken, fleischroth, viel Durst.

18. Oct. Zwei normale Oeffnungen, kein Fieber, Conjunctiva gelb, Wangen trocken roth. Leib schmerzhaft, gegen Druck, besonders in der *Linea alba*, immer empfindlich. Durst sehr gross, häufige Schweisse, Puls ruhig. Chinin mit Opium wird wiederholt.

19. Oct. Morgens 3 Uhr wieder heftiger Frost, nachher reichliche Oeffnung. Urin stark getrübt und roth. Die mikroskopische und chemische Untersuchung, von mir sogleich und in der Folge wiederholt vorgenommen, zeigt Blutkörperchen, Cholestearin-Crystalle und die schönsten Triple-Phosphate in reichlicher Menge. Gelber Teint und Schmerz im Leib stärker, Puls 68. *Ung. ciner. c. Ol. Hyoscyam.* Leinsaamen-Cataplasmen fortgesetzt. Zunge etwas weniger trocken, Durst erträglicher.

20. Oct. Ein leichter Frostanfall, gelbes collabirtes Gesicht, Urin hochgelb mit röthlichem starkem Sediment. Oeffnung gering, etwas hellfarbiger wie bisher. Zunge hochroth mit gelben Streifen, ganz trocken. Pat. klagt immer über heftigen brennenden Druck und Auftreibung in der Magengegend, wo auch noch links jetzt die schmerzhafteste Stelle ist. Milz deutlich angeschwollen. *Rp. Chinin. sulf.* gr. xij, *Acid. sulf. dilut.* gtt. xx, *Syr. Cort. Aurant.* ℥j, *Aq. Meliss.* ℥vj. *S.* 2stündl. 1 Esslöffel.

22. Oct. Zwei leichte Frostanfälle; Schweiss geringer wie bisher. Immer noch gelbes Aussehen mit umschriebenen hochrothen Wangen. Puls 72, ziemlich voll. Urin, der gestern wieder viel Blut enthielt, heut heller. Solut. repet.

25. Oct. Gestern 1 Frostanfall, ebenso heute Morgen ein sehr heftiger, eine Stunde anhaltend. Zunge trocken, ziegelroth mit gelben Papillen, Gesicht schmutzig gelb, hochrothe Wange. Puls sehr ungleich, leer, langsam. Haut heiss und trocken. Oeffnung 3 Mal, gallig dünn; Kopf frei, Haut schwitzend. Dieser Zustand bleibt bis Ende des Monats, nur manchmal in etwas sich bessernd, auf derselben Höhe. Die Schmerzhaftigkeit des Leibes nimmt nicht zu. Aussehen verfällt immer mehr, Teint fast orangegelb, Frostanfälle kommen manchmal in einem Tage 4 und 5 Mal und nehmen an Intensität zu. Stühle werden unregelmässig, breiig und eigenthümlich stinkend. Hie und da ein Erbrechen der mit Widerwillen genossenen Speisen. Zunge trocken, immer viel Durst, nie Appetit. Puls wechselnd. Urin zeigt Blut, Cholestearin und Triple-Phosphate. Die Behandlung beschränkt sich auf die angeführten Mittel.

In der Nacht vom 4. auf den 5. Nov. verfällt Pat. 2 Mal in tiefe Syncope. Lässt Oeffnungen (breiig dünn) unter sich gehen. Profuser Schweiss. Schmerz in der Nabelgegend wieder mehr in den Vordergrund tretend. Puls frequent. Urinsedimente werden stärker und treten täglich auf. Grosse Unruhe und gänzliche Schlaflosigkeit, weshalb Abends 1 *Pulv. Doweri* gegeben wird.

11. Nov. Aussehen collabirt, gelb, Schweisse stärker, starke allgemeine Abmagerung. Keine Frostanfälle mehr, Puls 108. Zunge röthlich, weniger trocken. Dem Pat. wird Alles, wonach er nur einigermaassen Verlangen zeigt, gereicht. Die Kräfte werden mit Rothwein, Ei und Fleischbrühen nothdürftig aufrecht erhalten.

Es treten vom 12. Nov. an sensorielle Alienationen ein. Pat. kennt seinen Herrn nicht mehr. Oeffnung wieder einmal ganz normal.

13. Nov. Wieder ein heftiger Frostanfall. Pat. spricht irr, will das Bett verlassen und hält sich für geheilt. Wenig Schlaf. Gesicht ganz decomponirt, schmutzig gelb, keine Oeffnung. Urin hochroth mit mässigem Sediment. (Ausser Blut, Cholestearin, Triple-Phosphaten und wenig freier Harnsäure, höchst wahrscheinlich Eiterkörperchen enthaltend.) Pat. erbricht das Genossene fast gleich nachdem es hinuntergeschluckt worden war, wieder aus. Oefteres Aufstossen. Lebergegend aufgetrieben und gegen tiefen Druck empfindlich. Milz geschwollen. Nabelgegend noch immer schmerzhaft. Puls 96. Chinin.

14. Nov. Sehr unruhig, immer irr, will aus dem Bett, Erbrechen grünlicher Massen. Oeffnung breiig, lässt alles unter sich gehen. Abends Laudan. gtt. xx.

15. Nov. Bis 1 Uhr Nachts sehr unruhig, jetzt ruhiger, liegt in einem leichten klebrigen Schweiss, ganz irr, lässt alles unter sich gehen. Puls 130.

Am 16. Nov. Nachts $1\frac{1}{2}$ Uhr tritt der Tod ein.

Sectionsbefund. (16. Nov. 11 Uhr Vormittags.)

Sehr abgemagerter, leicht gelb gefärbter Körper. Todtenflecke auf Extremitäten und Rücken. Aeusserlich keine Geschwulst wahrnehmbar. Brusthöhle. Beide Lungen ödematös, rechts unten pleuritischer Erguss. Im Herzbeutel Erguss von reichlichem, dünnflüssigem Serum. Herz normal. Beim Oeffnen des Abdomens schon von aussen in der Mitte des linken Leberlappens eine gelbliche, etwas eingesunkene und weich anzufühlende Stelle, einem Abscess entsprechend, bemerkbar. Beim Einschneiden zeigt sich eine eigrosse Abscesshöhle mit jauchigem Eiter gefüllt im ganzen Umfang der Gewebe brandig zerstört und jauchig infiltrirt, überhaupt mit in den Schmelzungsprocess hineingezogen. Beim Einschneiden der Leber entleert sich aus vielen Stellen eine schleimig eitrige Flüssigkeit, und die Leber zeigt sich durchweg durchsäet von verschieden grossen geschmolzenen Abscessen. Die Eiterhöhlen sind genau an die Ramificationen der Pfortader gebunden. Die ganze Pfortader, soweit solche in der Leber nachweisbar ist, in ihren Ramificationen verdickt und vergrössert, überall mit Eiter gefüllt und alle Abscessbildungen schliessen sich genau und dicht an die Verzweigungen an. Die Verfolgung der Gefässe ausserhalb der Leber war unterlassen worden. Gallenblase verdickt, mit wenig schmierig dunkler Galle gefüllt. Leber im Allgemeinen hypertrophisch mit beginnender Fettablagerung im Gewebe. Milz um die Hälfte ihrer Normalgrösse geschwollen. Die übrigen Organe gesund.

Bei der grossen Seltenheit der Pfortaderentzündung und ihrer noch ganz dunkelen Aetiologie wird die Pylephlebitis selten diagnosticirt, manchmal vielleicht errathen werden. Ohne Zwang lassen sich eigentlich charakterisirende Symptome nicht wohl aufstellen. Die Localisation des Schmerzes in der Mittellinie des Abdomens, öfteres Erbrechen, brennendes Gefühl in der Magengegend, Unruhe und Angst, gelber Teint bei normalem Stuhl werden als solche von den Schriftstellern hervorgehoben und haben im vorliegenden Falle nicht gefehlt. Schüttelfrost mit folgender intensiver Hitze, Empfindlichkeit der Lebergegend, Todesfurcht und Unruhe können nicht zu den der Pylephlebitis eigenthümlichen Symptomen gezählt werden, da sie in derselben Art sich auch bei anderen Krankheiten einstellen. Doch muss auf den intermittirenden Fieber-Rhythmus und die häufigen langdauernden Frostanfälle noch immer das meiste Gewicht gelegt werden, da diese Symptome in allen bis jetzt veröffentlichten Fällen von Pylephlebitis aufgetreten sind. Die verschiedenen Causalmomente werfen auf Entstehung und Krankheitsverlauf kein Licht. Ich habe bis jetzt Pylephlebitis nur zweimal gesehen, und zwar in beiden Fällen nach vorhergegangenem rheumatischen Moment. Das erste Mal beobachtete ich diese Krankheit bei einem jungen Soldaten in Baden. Ein junger Mann, Bräutigam und einziger Sohn braver Landleute, wird ausgehoben und erhält beim Exerciren von seinem commandirenden Korporal wegen Unaufmerksamkeit einen heftigen Tritt in die Lebergegend. Sogleich tritt heftiger Schmerz ein und Pat. muss nach Hause geschafft werden. Der Kranke wird lege artis behandelt und die Section zeigt eine ausgebildete Pylephlebitis mit metastatischen Leberabscessen, ganz wie in vorliegendem Fall. Ob die Krankheit ohne Section vorkommt, ist sehr fraglich; jedenfalls sind die als gültig angenommenen Ausgänge in Genesung noch viel seltener, als die höchst seltene Krankheit überhaupt. Die Krankheit soll nach den Schriftstellern in 7—14 Tagen verlaufen. Beide von mir beobachteten Fälle überschritten dieses Spatium temporis bei weitem. Die tödtliche Metastase mag die Zeit bestimmen. Tritt Zerreissung der Vene und innere Verblutung ein, so mag der Tod in einem früheren Stadium eintreten, doch möchte ein solcher Ausgang nur bei dyskrasischem Charakter der Entzündung beobachtet worden und überhaupt nur bei Entzündung der unteren Hohlader möglich sein. — Eiterungsfieber und metastatische Eiterdeposita werden den Ausgang jedenfalls am öftesten bedingen. — Was die Behandlung betrifft, so sind locale Blutentziehungen, und zwar reichliche (am After), gewiss ebenso empfehlenswerth, als Emetica verwerflich sind.

M i s c e l l e n.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Oesterreich. Dem Dr. P. Stoffella, Mitgliede des Doctoren-Collegiums in Wien, das Ritterkreuz 1. Kl. des St. Ludwigs-Ordens vom Herzog von Parma; dem Oberlieut. Oberarzte W. Feehl v. 14. Jäg.-Bat. das Ritterkreuz des kurf. hess. Hausordens vom gold. Löwen.

Preussen. Dem Reg.-Arzte Dr. Keyl vom 27. Infant.-Reg. der Rothe Adler-Orden 4. Kl.

Personalveränderungen. Baiern. Dr. M. Braun, prakt. Arzt zu Iphofen, ist zum Physikatsarzt in Waldsassen ernannt.

Oesterreich. Befördert: Zu Hauptleuten Reg.-Aerzten die Oberlieut.-Oberärzte DD. A. Winter vom Hus.-Reg. Franz Liechtenstein im Reg., B. Kubasta vom Inf.-Reg. Baron Fürstenwerther im Inf.-Reg. Don Miguel bei Prinz Karl von Preussen Cuirass., E. Worischek von Baron Haynau Inf. im Graf Hartmann Inf.-Reg. und K. Ramm v. Kaiser Jäger-Reg. bei König Ludwig von Baiern Dragoner. Dr. F. Hruschauer, Prof. d. Vorbereitungswissenschaften a. d. chirurg.-medicin. Lehranstalt in Gratz, zum ord. Prof. d. Chemie a. d. Univ. daselbst. Versetzt: Die Stabs- und Chefärzte DD. J. Mayssl vom Garnisonsspital zu Mailand in jenes nach Pesth, K. Römer von Verona nach Mailand. Als Chefärzte in die Garnisonsspitäler die Reg.-Aerzte DD. A. Weber vom Inf.-Reg. Graf Hartmann nach Temeswar, A. Willerding vom Inf.-Reg. Fürst v. Warschau nach Gratz, A. Klaar vom Inf.-Reg. Prinz v. Wasa nach Agram, J. Rohm vom Inf.-Reg. Freih. v. Sivkovich nach Hermannstadt, Fr. Hildebrand von Prinz Karl v. Preussen Cuirass. nach Triest; die Reg.-Aerzte DD. J. Herzfeld vom Drag.-Reg. König Ludwig v. Baiern als Garnisonsarzt in die Festung Königgratz, J. Konrad vom aufgelösten 1. Szekler Grenz-Inf.-Reg. zum Inf.-Reg. Freih. v. Sivkovich, S. Deschauer vom Hus.-Reg. Franz Fürst Liechtenstein zum Inf.-Reg. Prinz v. Wasa.

Preussen. Angestellt: Die prakt. Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer Dr. Gall als Kreisphysikus in Kempen, Kreis Schildberg, Dr. Leistner als Kreisphysikus zu Kulm. Versetzt: Der Kreisphysikus Dr. Steuer zu Grünberg in gleicher Eigenschaft in den Kreis Glogau. Niederlassungen: Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Walbrach hat sich in Königsberg in Pr., der prakt. Arzt und Operateur Dr. Struff in Mersch, Kreis Jülich, und die prakt. Aerzte und Wundärzte DD. Kleinschmidt, Auerbach, Döbbelin, Förster, Mantey, v. Russdorff und Täuber in Berlin niedergelassen. — Den Regimentsärzten Dr. Krajewsky vom 33. und Dr. Grunow vom 37. Inf.-Reg. ist der Abschied mit der gesetzlichen Pension bewilligt. Befördert: Der Stabsarzt Dr. Krautwurst zum Reg.-Arzte des 3. Inf.-Reg., der Garnison-Stabsarzt Dr. Schlieckeysen zu Köln zum Reg.-Arzte des 37. Inf.-Reg., der Bat.-Arzt Dr. Beck vom Füsil.-Bat. des 30. Inf.-Reg. zum Garnison-Stabsarzte in Köln, der Assistenzarzt Dr. Gross v. 1. Garde-Reg. zu Fuss zum Stabsarzte beim medic.-chirurg. Friedrich-Wilhelms-Institute, der Assistenzarzt Dr. Korff zum Bat.-Arzte des 1. Bat. (Neuwied) 29. Landw.-Reg. Versetzt: Der Reg.-Arzt Dr. Lücke v. 3. Inf.-Reg. zum 33. Inf.-Reg. und der Bat.-Arzt Dr. Fröling v. 29. Landw.-Reg. zum Füsil.-Bat. des 30. Inf.-Reg.

Im Regierungs-Bezirk Oppeln waren am Schlusse des J. 1850: 126 approbirte praktische Aerzte, 34 Wundärzte 1. Kl., 44 Wundärzte 2. Kl., 60 Apotheker, 27 Thierärzte und 685 Hebeammen.

Todesfälle. Preussen. Kreisphys. Dr. Oelze zu Neu-Ruppin, die prakt. Aerzte DD. Dynnobier und Neide zu Magdeburg, Strube zu Gröningen, die Wundärzte 1. Kl. Fähser zu Möckern und Bartsch zu Hundisburg, sowie die Wundärzte 2. Kl. Hartmann zu Gross-Rodensleben, Winkelmann zu Cochstedt, Günther zu Förderstädt, Bernhahn zu Halberstadt, Apel zu Schollehne, Bolzenthal zu Salzwedel und Meseberg zu Kowalewo. Sanitätsrath Dr. Freudenberg zu Geilenkirchen und der prakt. Arzt Dr. Otto in Reichenbach.

Sonnabend, № 13. 29. März 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Einige Beiträge zur Lehre von den Herztönen und von den Nonnengeräuschen, nebst einigen Bemerkungen zu und gegen Valentiner's neueste Mittheilungen über Bleichsucht.

Von

Dr. Küchenmeister.

(Schluss aus No. 12.)

Ich für meinen Theil nun hin fest davon überzeugt durch Experiment und Erfahrung, dass Geräusche an Arterien vorkommen, aber eben so gut auch in Venen sich wiederfinden mit den oben angegebenen Unterschieden, halte daher auch die Beobachtung derer für richtig, welche in den oben 1—7. genannten Venen Geräusche vernommen haben wollen, ausser den sub 6. genannten, die ich gern mit Kiwisch in die Arterie setze.

Es bleibt uns aber noch übrig, und das ist sicher nicht der leichteste Theil unserer Betrachtungen, und gewiss am schwierigsten, ja ich fürchte, auch durch diese Zeilen noch nicht gänzlich zu lösen, die Frage: Wie kommen die Geräusche in den Venen zu Stande?

Valentiner geht, trotz aller grossartigen Redensarten in den Paragraphen, wo er über diesen Gegenstand handelt, und trotz aller scheinbaren Gelehrsamkeit, dennoch sehr oberflächlich darüber hinweg (cfr. S. 70—80 der zweiten Auflage seiner schon citirten Schrift). Der Hauptsatz über Entstehung des Geräusches heisst nach Valentiner, oder richtiger nach Monneret: „*La vitesse du liquide est la seule cause des bruits de courants soit continus, soit intermittentes.*" Hören wir die Beweisführung. S. 76: „Blosses Wasser durchlief den bestimmten Raum im Poiseul'schen Apparate in 8′ 43″; Serum in 15′; Wasser mit ⅕ Alkohol in 20′ 37″. Von der Richtigkeit der Angaben überzeugte sich Valentiner bei den Nachversuchen Bernard's de Villefranche etc." So viel ich nun auch danach gesucht habe, dass ich an einer Stelle in Valentiner's Buche eine Angabe darüber fände, ob diese verschiedenen Schnelligkeitsgrade der Strömung verschiedener Flüssigkeiten auch correspondirt hätten mit verschiedenen Graden von Geräuschen, was doch die Hauptsache bei Valentiner's Beweis sein müsste, so konnte ich nirgends der Art etwas finden. Selbst Volkmann, den er hierbei citirt, ist nur herbeigezogen, um die verschiedene Stromschnelligkeit verschiedener Flüssigkeiten zu bezeugen. Wenn Hr. Valentiner dieselben Versuche am Poiseul'schen Apparate mit Rücksicht auf Geräusche wiederholt haben wird, dann wird er, auf diese Ergebnisse gestützt, im Stande sein können, dieselbe zur Lehre von den Geräuschen zu verwerthen; vor der Hand können diese Versuche bei der Frage von Entstehung der Geräusche gar nicht mitzählen, und ich überlasse es dem Urtheile meiner Collegen, ob sie das eine gelungene Erklärung der Geräusche nennen können, bei der man sich, wie Valentiner, auf ein ganz in anderer Beziehung angestelltes und zu würdigendes Experiment als Fundamentalsatz beruft. Ehe Hr. Valentiner nicht jene Versuche in Betreff der Geräusche wiederholt hat, ist er durchaus nicht berechtigt zu dem Ausspruche S. 76: „Wenn also diese Thatsachen feststehen, und man ferner der allgemeinen Annahme beipflichtet, dass eine gewisse Höhe der Schnelligkeit des Kreislaufes erforderlich ist zum Zustandekommen

Feuilleton.

Sterblichkeit in der Armee.

Berlin. Man hat, auf die genauesten statistischen Ermittelungen gestützt, die interessante und wichtige Beobachtung gemacht, dass die Sterblichkeit der Armee sich seit der Einführung des Waffenrocks bedeutend vermindert hat. Im Jahre 1844, wo dieses Kleidungsstück zuerst bei der Armee eingeführt wurde, war die Sterblichkeit so gering, wie sie seit 1825 nicht gewesen war. In den vorhergegangenen Jahren 1840, 1841, 1842 und 1843 betrug die Sterblichkeit etwa 1350 jährlich, 1844 dagegen nicht mehr als 1108. Nach der von dem Regimentsarzte am königl. Kadettenhause Dr. Riecke zusammengestellten Todtenliste der preussischen Armee aus den Jahren 1820 bis 1844, welche derselbe auch seinem vortrefflichen, auf amtliche Quellen sich stützenden Werke über den Kriegs- und Friedens-Typhus in der Armee beigefügt hat, belief sich die Totalsumme der Erkrankungen von 1820 bis 1844 auf 3,778,579, der Todesfälle auf 39,148. Am Typhus starben in jenem Zeitraume 11,985, am Entzündungsfieber 4341, an Schwindsucht 8792, an Pocken 543, am Schlagfluss 1566, an Säuferwahnsinn 343, an Wassersucht 2893, an Altersschwäche 1816, an Herzkrankheiten 35, an Ruhr 553, an Cholera 1791, durch Unglücksfälle 1093, durch Selbstmord 1556. Die grösste Sterblichkeit fand im Jahre 1831 statt: es starben 4956, theils wohl an der Cholera, theils durch die in Folge der Massregel der Cholera-Cordons herbeigeführten Anstrengungen.

Zur Statistik von Berlin.

Berlin zählte am Schlusse des Monats Januar d. J. 419,537 Seelen. — Im Januar d. J. wurden hier als geboren angemeldet: 712 Knaben und 660 Mädchen, zusammen 1372 Kinder. Es starben 270 Männer, 229 Frauen, 257 Knaben und 224 Mädchen, zusammen 980 Personen; mithin waren mehr geburen als gestorben 392. Durch Einwanderung und Niederlassung vermehrte sich die Einwohnerzahl um 1738 Personen. Dagegen trat durch Verzug nach anderen Orten eine Verminderung von 358 Personen ein. — Der Ueberschuss der Geborenen und von ausserhalb hier zugezogenen Personen ergiebt mithin für den Monat Januar d. J. eine Vermehrung der Einwohnerzahl von 1772 Personen. — Der Monat Januar v. J. bietet dagegen folgende Uebersicht dar: Es wurden als geboren angemeldet 1363 Kinder. Es starben 766 Personen; mithin waren mehr geburen als gestorben: 597. Durch Einwanderung und Niederlassung vermehrte sich die Einwohnerzahl um 1291 Personen. Dagegen trat durch Verzug nach anderen Orten eine Verminderung von 818 Pers. ein. Der Ueberschuss der Geborenen und von ausserhalb hier zugezogenen Personen ergiebt mithin für den Monat Januar v. J. eine Vermehrung der Einwohnerzahl von 1070 Personen. Im Monat Januar d. J. sind also 9 Kinder mehr geboren, 214 Personen mehr gestorben, 447 Personen mehr angezogen, 460 Personen weniger von hier abgegangen, und hat sich also die Einwohnerzahl gegen den Monat Januar v. J. um 702 Personen vermehrt. — In der Woche vom 1. bis incl. 7. d. M. wurden in Berlin als geboren angemeldet: 149 Knaben und 122 Mädchen, zusammen 271 Kinder. Es starben: 63 Männer, 46 Frauen, 45 Knaben und 45 Mädchen, zusammen 199 Personen; mithin sind mehr geboren als

der Gefässgeräusche oder des Nonnengeräusches (sic!), so begreife ich in der That nicht, wie man zur Zeit mit solcher Bestimmtheit darüber absprechen mag, dass die Qualität des Blutes in keiner Beziehung zu diesen Geräuschen liege." Valentiner sagt selbst, und Vierordt hat in seinen Arbeiten über die Herzkraft von Neuem (Archiv IX. u. X.) es dargethan, dass die Hering'sche Behauptung in voller Kraft bestehe, dass nicht nothwendig bei beschleunigtem Herzpulse beschleunigte Schnelligkeit der Circulation gefunden werden müsse; ja Volkmann in seiner Hämodynamik beweist sogar, dass die Geschwindigkeit des Blutes bei minder frequenten Herzschlägen grösser zu sein pflege; Valentiner weiss auch, dass der Puls derer, die mit Nonnengeräuschen behaftet sind, zum grossen Theil beschleunigt ist, man aber eben dieser Beschleunigung wegen also doch nicht unbedingt auf Schnelligkeit des Blutstromes schliessen dürfe, und trotzdem dass er uns nicht durch neue Messungen der Blutstromschnelligkeit Bleichsüchtiger über diese Blutstromschnelligkeit belehrt hat, trotzdem dass die Chemie zur Zeit nicht nachgewiesen hat, dass eine derartige Blutmischung stattfinde, dass daraus Dünnflüssigkeit des Blutes und grössere Blutlaufschnelligkeit resultire, weiss Hr. V., „dass eine gewisse Höhe der Schnelligkeit des Kreislaufes erforderlich ist zum Zustandekommen des Nonnengeräusches!" Wer freilich mit solcher Leichtigkeit, wie Valentiner, das Poiseuil'sche Experiment auf Sachen auszudehnen weiss, wie Gefässgeräusche, der wird auch eben so leicht mit der Chemie eines Gorup-Besanez fertig, und schreibt Zeilen wie folgt: „Gorup-Besanez hat durch Blutanalyse bei 19 Individuen mit Nonnengeräusch nachgewiesen, dass eine bestimmte Beziehung der Venengeräusche zu irgend einer Blutmischung nicht bestehe. Dies kann man sehr wohl einräumen, ohne darum einzuräumen, dass nicht sehr oft das Nonnengeräusch von Blutveränderung abhänge. Wenn nämlich die Schnelligkeit des Blutflusses die eigentliche nächste Ursache des Venengeräusches ist, diese Schnelligkeit aber bedingt sein kann durch verschiedene Blutqualitäten, und unter diesen auch durch Blutkörperchenarmuth, so ist das Resultat, welches Gorup-Besanez erhielt, nicht meiner Annahme widersprechend." Wir erlauben uns nur, unter den im 8. Jahrgang des physiologischen Archivs von Roser und Wunderlich auf S. 542—543 von Gorup-Besanez gemachten Schlussfolgerungen seiner Untersuchungen folgende Hrn. Valentiner vorzulegen:

„2) Das Nonnengeräusch kommt vor bei normalem Wassergehalt des Blutes, bei vermindertem und vermehrtem, kann also keineswegs begründet sein, wie Skoda und Williams wollen, in einem zu wässrigen Blute" etc. (was doch Hr. Valentiner zu seiner Schnelligkeitstheorie sehr nothwendig etc. haben dürfte. K.)

„4) Mangel an Blutkörperchen oder Cruor ist nicht nur nicht die alleinige und die nächste Ursache der Nonnengeräusche, sondern scheint in gar keiner Beziehung dazu zu stehen. Wenn in der Chlorose Blutkörperchenarmuth mit dem Nonnengeräusche zusammentrifft, so liegt doch der Grund des Geräusches nicht in Verminderung der Blutkörperchen.

„5) Die festen Stoffe des Plasma können beim Nonnengeräusch vermehrt, normal oder vermindert sein."

Ich sollte meinen, wer diese Sätze gelesen, der könnte wenigstens so viel sehen, dass die Deutung des Geräusches aus einem verdünnten Blute (wie das chlorotische meinetwegen selbst sein könnte, so wenig Analysen dafür sprechen) und aus vermehrter Blutlaufschnelligkeit, bedingt durch das dünnere Blut, nicht entstehen könne.

Was aber gegen diese Theorie der Blutlaufschnelligkeit beim Nonnengeräusche noch besonders spricht, das ist die Bemerkung, dass Nonnengeräusche an Jugularvenen auch beim *Emphysema pulmon.* vorkommen. Wenn ich nicht irre, so war ich der erste deutsche Arzt, der die Aran'sche Angabe, dass das Nonnengeräusch auch bei *Emph. pulmon.* statthabe, gegen Hammernjk in Schutz nahm, und zwar in meiner schon genannten kleinen Abhandlung über Nonnengeräusche. Seitdem habe ich mich immer mehr überzeugt, dass man das Geräusch nicht nur bei beginnenden Emphysematikern höre, wie ich l. c. angab, sondern dass man demselben selbst dann noch begegne, wenn die ersten Symptome der Cyanose auftreten. Ich will mich hier nur, um einen Zeugen zu haben, auf einen Kranken berufen, der den Herrn Professor H. E. Richter in Dresden am 21. Jan. 1851 während eines Besuches, den ich ihm eigener Leiden wegen machte, um Rath fragte. Die beginnende Cyanose liess uns die Diagnose auf Emphysem fast schon durch das Gesicht machen. Herz in's *Scrobic. cordis* herabgedrängt und dort sein Puls fühlbar, Leber herabgedrängt, sonst die gewöhnlichen Percussionserscheinungen; leicht cyanotische Wangen, Lippen und Zahnfleisch; exquisites Nonnengeräusch, besonders in rechter Jugularvene. Meint denn Hr. Valentiner, dass dann, wenn Cyanose des Gesichts einzutreten beginnt, in den Jugularvenen nicht auch Stockung eintrete? Und sollen etwa die Halsvenen in solchem Falle das zugeführte Blut schneller entfernen, d. h. der Blutlauf in ihnen ein beschleunigter sein, und aus dieser Blutlaufsbeschleunigung das Nonnengeräusch resultiren? Die beiläufige Berechnung der Abnahme der Blutmenge, welche jeder Athemzug in die Lunge des Emphysematikers eintreten lässt, vide l. c. Andere Punkte, wie auch den Schlusssatz S. 80, 2. in Valentiner's Buche glaube ich übergehen zu können, und halte ich wenigstens durch Richter's Gegenexperiment die Valentiner'sche Anfrage an Kiwisch für ziemlich erledigt; auch weiss ich nicht, warum V. bei der Lehre von Gefässgeräuschen S. 79, Z. 11 v. u. von Schwingung der Membranen sprechen kann, da es sich hier doch um saitenähnliche Röhren handelt.

Nach diesen Vorbemerkungen muss ich denn der Ueberzeugung sein, dass es nicht gar so sicher aussieht mit der Richtigkeit der Valentiner'schen Deutung der Entstehung des Nonnengeräusches, und ich bin der Ansicht, man kann S. 77, Z. 4 v. u. den Valentiner'schen Satz: „Ich glaube nun dargethan zu haben" richtiger so lesen: „Ich glaube nicht dargethan zu haben etc."

Es bleibt mir nur noch übrig, nachdem ich die Valentiner'sche Erklärung näher zergliedert habe, zu versuchen, ob ich einige Gesichtspunkte auffinden kann, von denen aus man das Geräusch bis jetzt gar nicht oder nur mangelhaft aufgefasst hat, bemerke aber sogleich, dass ich nicht zu denen gehöre, welche, wie Hammernjk, Valentiner etc.,

---

gestorben: 72. Dagegen wurden in der Woche vom 1. bis incl. 7. März v. J. als geboren angemeldet: 364 Kinder. Es starben: 191 Personen; mithin waren mehr geboren als gestorben: 173. Hiernach sind also in der Woche vom 1. bis incl. 7. v. M. 93 Kinder weniger geboren und 8 Personen mehr gestorben, als in der Woche vom 1. bis incl. 7. März v. J.

Geburts- und Sterbeliste von Berlin für Januar 1851.

Im Monat Januar d. J. sind in Berlin
geboren: 712 Knaben und 660 Mädchen, zusammen 1372 Kinder;
gestorben überhaupt: 980 Menschen,
mithin mehr geboren als gestorben: 392

Getraut wurden 204 Paare. — Unter den Geburten ereigneten sich 14 Mal Zwillingsgeburten. — Uneheliche Kinder wurden geboren: 180 (86 Knaben und 94 Mädchen); es starben: 90 (40 Knaben und 50 Mädchen), worunter 59 im ersten Lebensjahre. — Von den 980 Verstorbenen waren 494 unter und bis 15, und 486 über 15 Jahre alt. Von den Erstgenannten sind (einschliesslich 63 todtgeborene) 283 Kinder, worunter 159 Knaben und 124 Mädchen, schon im 1. Lebensjahre, von den Letzterwähnten aber 67 Menschen (26 Männer und 41 Frauen) zwischen dem 70. und 80., 37 (20 Männer und 17 Frauen) zwischen dem 80. und 90., und 2 Frauen zwischen dem 90. und 100. Lebensjahre gestorben.

Eines gewaltsamen Todes starben 9 Menschen, und zwar: durch Verunglückung 6, nämlich: 1 Mann todtgefunden, 2 Knaben, 1 Frau und 1 Mädchen ertrunken, und 1 Mädchen an Brandwunden; durch Selbstmord 3, nämlich: 2 Männer, welche sich erhängten, und 1 Mann, welcher sich erschoss.

Die 980 Todesfälle überhaupt ereigneten sich unter folgenden näheren Krankheits- und Geschlechtsverhältnissen:

Es starben:	männl.	weibl.	zusammen
Vor und in der Geburt	36	27	63
An Schwäche bald nach der Geburt	19	8	27
Beim Zahnen	12	10	22
Am Kinnbackenkrampf	3	7	10
- Brustkrampf	—	3	3
- Epilepsie	2	1	3
Unter anderen Krämpfen	34	44	78
An Keichhusten	4	9	13
- Skrofeln	7	6	13
- Pocken	7	3	10
- Scharlach	5	3	8
- Rose	—	1	1
- Hirnentzündung	12	6	18
- Halsentzündung	9	6	15
- häutiger Bräune	17	15	32
- Lungenentzündung	27	20	47
- Brustentzündung	7	5	12
- anderen Entzündungskrankheiten	8	15	23
- Kindbettfieber	—	6	6
- Nervenfieber	15	10	25
- gastrischem Fieber	2	3	5

jedesmal ihre Ansicht mit einer solchen Paraphrase hinstellen, dass sich Jeder fürchten könnte zu zweifeln, weil schon der leiseste Zweifel an den aufgestellten Lehrsätzen dieser Herren uns den „Thoren" an die Stirn schreiben müsste.

Zu den noch nicht berührten anatomischen Verhältnissen gehören folgende:

Wir bemerken Geräusche in Gefässen, welche in ihrem Verlaufe

a) keine bemerkbare Abweichung vom normalen Verlaufe haben, und in keiner Weise mit einem lufthaltigen Polster, dem sie auf- oder anliegen, in Verbindung stehen, und

b) bemerkbar vom normalen Verlaufe abweichen, indem sie mehr oder minder gespannt über einen grösseren oder kleineren Bogen (Kugelsegment) verlaufen, der auf einem lufthaltigen, mehr oder weniger dem directen oder indirecten Einflusse der Respiration unterliegenden Polster aufliegt, welches als eine Art Resonanzboden wirken kann. Zu der zweiten Art rechne ich

α) die Gefässe blutreicher Kröpfe (arterielle und venöse);

β) die Gefässe bei gewissen Ovariengeschwülsten (wahrscheinlich wo sie vorkommen, venöse, was jedoch nur selten zum Gehör kommt, ich selbst einmal bemerkte, und Kiwisch in den letzten Jahren gar nicht bemerkt haben will, wie derselbe mir brieflich mittheilte) durch Bauchpresse etc. bei Respiration, und dadurch bedingte Oscillation des Tumor auf den Därmen;

γ) die Gefässe bei Schwangerschaft (arterielle).

Was die ad *a.* angedeuteten Geräusche anlangt, so theilen bei normalem Verlaufe dies Auf- oder Anliegen auf lufthaltigem Polster vielleicht auch in einiger Beziehung die *Venae jugulares*, aber nicht allein, wie Valentiner an einer Stelle seines Buches andeutet, durch Mittheilung der Bewegung der Luftröhre auf die Vene, sondern auch deshalb, weil die *Vena jugularis* ausserdem auch noch nach Fortpflanzungsgesetzen an der Stelle, wo wir zu auscultiren pflegen, von den Einwirkungen der Lungenspitzen bei einer grossen Anzahl der mit Nonnengeräuschen Behafteten, vielleicht mit einziger Ausnahme der Tuberkulösen und Lungenemphysematiker, getroffen wird. Ja selbst die *Venae mammariae*, die Subclavia, die Crurales, an der Stelle, wo man die Geräusche hört, könnte man noch in Verbindung setzen mit den in der Nähe liegenden Luftpolstern, oben Lungen, unten, zumal rechts, wo die Cöcalpartie der Därme nahe liegt, der betreffende, meist sehr lufthaltige Darmtheil. Ich weiss in der That nicht, in wie weit die Nähe lufthaltiger Polster directen Einfluss auf das Geräusch habe, aber es ist jedenfalls bei der Schwierigkeit der Deutung des Geräusches und seiner Entstehung jedes Moment zu berücksichtigen, was solchen Gefässen, die Geräusche vernehmen lassen, zukommt. Wir haben dabei zugleich dargethan, dass wir den Arterien, wenn sie gleiche Bedingungen eingehen, wenn sie in ihrem Verlaufe wohl auch mehr den venösen gleich werden, wie dies bei Kröpfen, bei Schwangerschaft der Fall ist, an Stellen, wo sie sonst keine Geräusche hören lassen, Geräusche geben können, ohne sonstwie verändert zu sein. In Betreff der *Arteria epigastrica* sind aber jedenfalls drei bis jetzt unberücksichtigte Fragen von grosser Wichtigkeit, auf die ich jedoch aus Mangel an Sectionsmaterial keine Antwort geben kann:

1) Wird die *Arteria epigastrica* in der Schwangerschaft grösser, und um wieviel im Mittel, so dass man daraus die Grösse einer Arterie berechnen könnte, welche zur Geräuscherzeugung nöthig ist und

2) verkleinert sie sich nach der Schwangerschaft wieder;

3) ist sie am engsten bei Jungfrauen und Frauen, die nie schwanger waren, noch an Ovariengeschwülsten gelitten haben?

Was die Ovariengeschwülste anlangt, so sieht man aus den letzten Worten schon, dass ich die Arteriellität aller hier vorkommenden Geräusche nicht absolut leugne, eben so wenig aber kann ich denen Recht geben, welche die Möglichkeit der Venosität derselben leugnen. Bei festen, dickwandigen Ovariengeschwülsten, die sehr blutreich und analog aneurysmatischen Kröpfen sind, lässt sich die Analogie derselben mit Kröpfen gewiss auch auf die Gefässe und ihre Erscheinungen ausdehnen (man denke z. B. des einen nicht exstirpirten Falles in Lizar's Tabelle über Eierstocksexstirpation), und man wird in solchen, wiewohl seltenen Fällen eine gemeinsame Geräuscherscheinung in Venen sowohl, als in Arterien für möglich halten, auch wenn die betreffenden Gefässe oberflächlich liegen, wie an den Kröpfen, die Vibrationen derselben hindurch fühlen. Dass in anderen Fällen das Geräusch ein arterielles sei, selbst durch Druck auf Epigastrica schwinden könne, dies ist ebenso nicht ausser aller Möglichkeit belegen, und würde dies von dem Bau des kranken Ovarium, von Rauhheit oder Glätte der Geschwulst und dem dadurch, wie in Schwangerschaft, bedingten Druck auf die grösseren Arterien des Unterleibes abhängen. In dieser Hinsicht möchte ich die Kiwisch'schen Bemerkungen über Ovariengeräusche beschränkt wissen.

Wenn ich die gesammten Theorien über die Entstehung des Nonnengeräusches durchmustere, dann gestehe ich unverhohlen, dass ich mich durch keine der bisherigen Theorien für befriedigt halten kann. Vielleicht führt uns dereinst noch am nächsten zum Ziele die Volkmann'sche Beobachtung, dass bei geschwächten Individuen der Puls der Systole bis hindurch durch die Capillaren auch in die Venen überwirke. Volkmann selbst hat diesen Gegenstand in Betreff der Nonnengeräusche nicht ausgebildet, und ich stehe wegen der Nonnengeräusche bei Plethora an, diesem Gedanken unbedingte Geltung zuzusprechen. Sehr viel des Plausibeln aber, das wird man mir wohl zugeben, hat dieser Gedanke in sich. Wir hätten damit erklärt sowohl das Rhythmische gewisser Nonnengeräusche, als ihre Kürze und Intermittenz im Vergleich zu arteriellen Geräuschen, weil ja eben die arteriellen Geräusche bedingt wären von einem lange und kräftiger wirkenden Pulse, die venösen von einem kurzen und schwächer wirkenden Pulse. Es wird sich auch der Streit über unbedingte Arteriellität aller Geräusche vereinfachen, und es würde heissen, Venengeräusche sind ebenfalls möglich und entstehen dann, wenn die Venen Wahrnehmungen zeigen, welche sonst nur den Arterien zukommen, und die Pulserscheinung der Arterien der Schwäche der gegenwirkenden Diastole wegen sich auch auf Venen noch fortpflanzt. Ausser jenen schon oben genannten Beob-

Es starben:	männl.	weibl.	zusammen
An rheumatischem Fieber	5	1	6
- Grippe	2	3	5
- Lungenkatarrh	3	5	8
- Hals- und Lungenschwindsucht . . .	82	40	122
- Darmschwindsucht	2	—	2
- Unterleibsschwindsucht	6	2	8
- Abzehrung	33	32	65
- Säuferwahnsinn	4	1	5
- organ. Fehler des Herzens	7	3	10
- - - des Unterleibes	—	1	1
- Leberverhärtung	5	2	7
- Gehirnhöhlenwassersucht	8	8	16
- chronischem Wasserkopf	1	—	1
- Bauchwassersucht	5	1	6
- Herzbeutelwassersucht	3	—	3
- Brustwassersucht	4	7	11
- allgemeiner Wassersucht	14	12	26
- Blausucht	—	1	1
- Blutbrechen	3	—	3
- Blutfleckenkrankheit	2	—	2
- innerer Verblutung	1	1	2
- Lungenblutsturz	2	3	5
- Mutterblutfluss	—	2	2
- Schlagfluss	32	29	61
- Stickfluss	32	23	55
- Durchfall	1	2	3
An Brechdurchfall	2	1	3
- Ruhr	1	1	2
- Magenerweichung	2	1	3
- Magenverhärtung	1	—	1
- Brightscher Nierenkrankheit	1	1	2
- Darmverschlingung	1	—	1
- Urinverhaltung	2	1	3
- Darmverwesung	1	—	1
- Knochenfrass	1	1	2
- Knochengeschwüren	4	1	5
- Brustkrebs	—	1	1
- Mutterkrebs	—	4	4
- Magenkrebs	1	1	2
- Leberkrebs	1	—	1
- Krebs der Unterleibseingeweide . . .	—	2	2
- Entkräftung	28	38	66
Unbekannt	2	—	2
Durch Verunglückung	3	—	3
Durch Selbstmord	3	—	3
	537	443	980

achtungen Volkmann's spricht noch dafür das Gefässsystem der Fische, wo nach demselben Volkmann Ein Herz mit einfacher Kammer und Vorkammer drei Capillarsysteme bei der Circulation zu überwinden hat. Mögen Männer, die der Entscheidung dieser Frage besser gewachsen sind, als ich, diese so folgenreiche Beobachtung Volkmann's auch einer Betrachtung in dieser Rücksicht würdigen. Ja ich glaube selbst, dass die Nonnengeräusche bei Plethora auch auf dieselbe Entstehungsquelle zurückgeführt werden könnten, wenn man daran denkt, dass bei Plethora ebenfalls denkbar ist, dass die Systole die Diastole in einem gegebenen Falle bei Weitem überwiegen, und somit der Puls auch auf das Venensystem in solchem Falle sich wohl fortpflanzcu könne.

Und so verlasse ich denn diesen Gegenstand, wohl wissend, dass ich die Frage nicht so schnell und unbedingt sicher abschliessen konnte, als die Herren Valentiner etc. Am Ende aber muss ich noch zweier Stellen aus dem Valentiner'schen Werke gedenken.

1) S. 82. Die von Valentiner gerügte Verwechselung der Tuberkulose und Bleichsucht in jenen Stadien, wo Percussion und Auscultation kaum etwas lehren, würde sich leicht von dem vermeiden lassen, der solche Individuen alle 14 Tage, 4 Wochen etc. mit Spirometer untersuchte. Ich habe das Vergnügen gehabt, eine acute Miliartuberkulose der Lunge durch das Spirometer am Leben zu diagnosticiren und bei der Section bestätigt zu sehen, weil das Spirometer bei einem erwachsenen Manne nur 1200 C. C. M. Luft gab. Bei einem Tuberkulösen, der an Berstung eines Gefässes einer Vomica auf rechter Seite zu Grunde ging, die, wie die Section ergab, gleichfalls in ihrem Ursprung und rechtsseitigen Sitze richtig erkannt war, zeigte das Spirometer ein Jahr vor dem Tode eine Grösse von 1500 C. C. M. Luft, und war der Kranke ebenfalls ein erwachsener Mann.

2) Auf S. 32 sagt Valentiner, es wäre interessant, wegen Pigmentgehaltes vergleichende Blutanalysen der Schwarzen und Weissen anzustellen, und da hierzu das Material schwerer zu beschaffen sein dürfte, der schwarzen und weissen Kaninchen, und das Blut der Greise, wo die Pigmentablagerung, und also auch wohl das Pigment zurückträte und fehle, zu untersuchen. Ich gestehe, als ich diese Zeilen V.'s las, kam es mir unwillkürlich in die Gedanken, dass die Pigmentablagerung im Alter nur in den Haaren fehle, und vielleicht durch die Ablagerung in die Lungen vertreten werde, wie die schwarze Pigmentirung der Greisenlunge darzuthun scheine. Demnach würde die Ablagerung nicht plötzlich unterdrückt, die Pigmentmenge nicht plötzlich gemindert, oder das Pigment wohl gar vertilgt, sondern nur die Pigmentablagerung nach einem Orte geleitet, wo sie den Augen mehr verborgen bliebe, weil das Hautorgan der Greise immer mehr zurücktritt in seiner Thätigkeit, zusammenschrumpft, und somit auch die Ernährung der Haare beeinträchtigt wird. Auch über diesen Punkt kann man nur in grossen Leichenhäusern sich Material sammeln, und muss man hier theils Blonde, die nur spärlich graue Haare und spät bekommen, und bei denen überhaupt die Pigmentbildung eine geringe ist, darauf untersuchen, ob überhaupt bei ihnen im Alter, wenn sonst keine organischen Lungenleiden vorliegen, die schwarze Pigmentirung der Lungen eine geringe ist, theils früher Schwarzhaarige untersuchen, die durch sehr weisses Haar im Alter sich auszeichnen. Man wird dabei darauf zu achten haben, ob, je weisser das Haar geworden, um so schwärzer pigmentirt die Lunge sei etc. Diesen Betrachtungen allen steht nur ein Umstand entgegen, nämlich das plötzliche Bleichen der Haare durch Angst, Schreck etc., was nicht abgeleugnet werden kann. Hier kann man keinen anderen Erklärungsgrund finden, als dass ein unbekanntes Agens das Pigment zerstören könnte. Dabei würde es immer noch sich fragen, ob diese Bleichung nur das abgelagerte Pigment beträfe, oder auch das noch im Circulationsapparate kreisende. Und man würde ebenso auf die Lungen solcher Individuen, als andere Körperstellen, wo sich Pigment abzulagern pflegt, Drüsen etc., achten müssen. Auch dies können jedoch nur Andeutungen sein, und beanspruchen dieselben auch nicht, weiter etwas vorstellen zu wollen.

Zur geographischen Verbreitung der Krankheiten.

Von

Dr. Friedmann in München.

So wie die organischen Wesen nach Zeit und Ort sich verändern, so wechseln auch ohne Zweifel die Krankheitsformen. Dass es untergegangene, früheren Generationen eigenthümliche Krankheits-Familien gegeben, ist sehr wahrscheinlich, aber die Untersuchung darüber mag eben so schwierig sein, als sie des praktischen Nutzens entbehrt. Viel erspriesslicher ist die Betrachtung über die Veränderungen der Krankheiten nach den Localitäten, und zwar schon deshalb, weil ihr die lebendige Anschauung der Natur zu Grunde gelegt werden kann. Es ist jedoch der Zweck des gegenwärtigen Aufsatzes nicht, eine noch nicht oder wenig gekannte Krankheitsspecies irgend eines Landes bekannt zu machen, so wenig es mir an Stoff hierin fehlen würde. Manches Derartige ist bereits von verschiedenen Seiten bekannt gemacht worden, und so schätzbar und interessant die Kenntniss solcher Einzelheiten selbst für den europäischen Arzt auch sein mag, so scheint doch, wenn man nur das, was die Wissenschaft wahrhaft fördert, im Auge hat, die Bereicherung der Nosologie mit einer neuen Krankheitsspecies nur Mittel zu sein zum Zwecke, der in der Auffindung von Gesetzen besteht, nach welchen die Krankheiten je nach den Localitäten sich verändern. Die Kenntniss der letzteren in allen Beziehungen ist unumgänglich für die Nosologie, und es stützt sich daher die Geographie der Krankheiten vorzüglich auf die Naturwissenschaften. Etwas Vollständiges in dieser Beziehung würde derjenige liefern, der zuerst die physischen und naturhistorischen Verhältnisse einer ausgestreckten Erdzone sich zum Vorwurf der Bearbeitung machte, vorzüglich auf die Eigenthümlichkeiten und Abweichungen von anderen Zonen hinweisend, dann zur Beschreibung des Menschen jener Zone in physiologischer Hinsicht überginge, stets die Contraste im Auge be-

Zum Universitätswesen in Russland.

Ueber die Verhältnisse der Studenten in Russland wird dem „C. Bl. a. B." folgende interessante Mittheilung gemacht: Nicht jeder Russe ist berechtigt, sich den Studien zu widmen, und eigentlich ist nur dem Adel die Erhaltung des akademischen Bürgerrechts leicht gemacht. Die Mitglieder der anderen Stände sind im vollen Sinne des Worts von den Universitäten ausgeschlossen, und erlangen erst die Bewilligung zum Eintritte, wenn sie ihrem Stande nicht allein entsagen, sondern zugleich von dem Vorstande desselben, oder wie es in Russland heisst, von der Gesellschaft (Obschestwo) entlassen werden. Auf diese Weise kann das glänzendste Talent, dem es sogar an pecuniären Mitteln zur Ausbildung nicht fehlt, verkümmern, wenn ihm die Kaste, der es angehört, die Bauern-, Handwerks- oder Kaufmanns- Gemeinde die Entlassung verweigert. — Dies hängt von dem Präses (Golowa) der Gesellschaft ab, und natürlich reichen die in Russland allgemein gangbaren Mittel hin, die Einwilligung zum Austritte zu erlangen. Die wenig Bemittelten müssen aber fast immer der Hoffnung entsagen, das Joch der Gesellschaft, der sie durch die Geburt angehören, abzuschütteln, um sich durch die zu erringenden akademischen Grade in den allein in Russland glücklich machenden Adelsstand zu erheben. Das ist aber auch die einzige Schwierigkeit, womit die Studenten, oder besser die Studien-Aspiranten zu kämpfen haben. Hat man einmal den Entlassschein der Obschestwo in Händen, so giebt sich das Uebrige. Das zu bestehende Maturitäts-Examen ist nicht sehr schwierig, besonders wenn man bei den Herren Professoren einige vorbereitende Lectionen nimmt. Steckt man einmal in der Studenten-Uniform, muss man nur die polizeilichen Vorschriften genau beobachten und vor Allem sich nicht die Unzufriedenheit des Studenten-Inspectors, der die Universitäts-Polizei besorgt, zuziehen. Mit den Professoren hat man wenig Scherereien, und ein Student, der immer ordentlich die Uniform und den Dreimaster trägt, wird eine gute Fortgangsklasse erhalten, wenn er auch in seinem Fache nicht besonders fest ist. So wird's an allen 7 Universitäten Russlands gehalten, in Petersburg und Moskau, wie in Kasan, Kiew, Charkow, Dorpat und Helsingfors. Natürlich ist die Dorpater Universität, obgleich ihre freie deutsche Verfassung längst aufgehört hat, noch immer diejenige, wo die Wissenschaft weniger stiefmütterlich behandelt wird. Unter den übrigen nimmt die Petersburger den ersten Rang ein, schon deswegen, weil sie die meisten deutschen Professoren zählt, während an den anderen, besonders seit das pädagogische Institut zu Petersburg so viele Professoren-Candidaten giebt, die Mehrzahl der Kanzeln an der philosophischen und juridischen Facultät mit Russen besetzt ist. Eine theologische Facultät besitzen die russischen Universitäten nicht, an der medicinischen tradiren viele deutsche Professoren.

Verzeichniss der medicinischen und naturwissenschaftlichen Vorlesungen auf der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin im Sommer 1851.

(Schluss aus No. 12.)

Die specielle Pathologie und Therapie, Hr. Dr. Dann 6 Mal wöchentlich von 9-10 Uhr privatim.

haltend, die sich durch Vergleichung mit dem Bewohner anderer Zonen ergeben, und endlich zur speciellen Beschreibung der Krankheitsformen übergiuge. Es würden auf diese Weise manche Thatsachen, die jetzt für Viele als isolirt dastehend betrachtet werden, in ihrer wahren Bedeutung im Zusammenhange mit den allgemeinen Erscheinungen kommen, und auch in practischer Hinsicht, das ist für die Heilung, würden sich rationelle und erspriessliche Grundsätze ergeben. Eine solche Darstellung wäre keineswegs bloss eine ausgedehnte und vervielfältigte Topographie, sondern durch die Uebersicht der sanitätischen Verhältnisse einer grossen Ländermasse, und vorzüglich durch Vergleichung derselben mit jenen anderer Zonen würden die Gesetze und Ursachen der Krankheitsveränderungen erst klar sich gestalten. Auf dem Wege der Vergleichung ist ja von jeher jede Wissenschaft gediehen, und nur sie gewährt freudige und klare Einsicht der Dinge.

Ein Aufenthalt von mehreren Jahren in verschiedenen Zonen der Erde, nämlich vom sechzigsten Grade nördlicher bis zum einundzwanzigsten südlicher Breite, und die aufmerksame Beobachtung der sanitätischen Verhältnisse der verschiedenen Länder möchte mir vielleicht eine zweckdienliche und nothwendige Vorbereitung gewesen sein, um, auf viele Facta gestützt, einst ein Ganzes nach oben angeführtem Plane zu liefern. In diesen Zeilen sei es mir gegönnt, eine in allen Zonen sich vorfindende Krankheit, so wie sie sich in den verschiedenen Erdtheilen hervorthut, zu skizziren, und daran einige Betrachtungen zu knüpfen.

Es ist ein allgemeines, auf der ganzen Erde verbreitetes Gesetz, dass stagnirende, seichte Gewässer und Sümpfe, wie sie sich vorzüglich in den Delta's am Ausflusse der Ströme vorfinden, Wechselfieber erzeugen. Dass diese Fieber nur den in Fäulniss übergehenden organischen Stoffen ihren Ursprung verdanken, glaube ich erst jüngst dargethan zu haben. Da wir nun ein überall gültiges Gesetz vor uns haben, so möge dies als passendes Beispiel dienen, um ein Bild von der Gestaltung einer und derselben Krankheit nach den verschiedenen Continenten und Zonen zu geben.

In den Tropengegenden des neuen Continentes dicht an den vielgegliederten Mündungen der Copename, der Suriname, so wie längs der langen aus Alluvialgrund bestehenden Strecke zwischen dem Ausflusse des Orenoko und des Amazonenstromes wo die ungeheuren, bis zur Andeskette sich erstreckenden Waldungen ihren Anfang nehmen, so wie in den flachen Ebenen von Coro und Trinidad befinden sich viele stagnirende Gewässer, in denen die üppige Tropenvegetation schnellen Wechsels vom Leben zur Zersetzung übergeht.

Da wo unser Festland nach der Nord- und Ostsee sich abflacht, wo besonders an den vielarmigen Mündungen der Schelde, der Maas und des Rheins die flachen Grasfluren Hollands sich ausbreiten, befinden sich viele, fast nur von Ebbe und Fluth berührte und daher beinahe stillstehende Wasser, noch nicht ausgetrocknete Sümpfe, so wie mehrere unter der Oberfläche des Meeres stehende, nur durch Kunst und Mühe vor Ueberschwemmung freigehaltene, sehr feuchte Polder.

Endlich breitet sich an der Nordwestküste Sumatras, so wie in den Ebenen bei Batavia ein ausgestreckter Alluvialgrund aus, der sowohl durch die austrocknenden Meteanwasser als durch die trägen Mündungen der Flüsse und Bäche den grössten Theil des Jahres hindurch mit Sümpfen bedeckt ist.

In allen genannten Landstrichen des mittleren Europa, des südlichen Festlandes von Amerika, und des indischen Archipels, wo ich längere Zeit hindurch mich aufhielt, herrschen Fieber, die man im Allgemeinen sowohl wegen der sie erzeugenden Ursache als ihres in Paroxysmen auftretenden Verlaufes zu den Intermittentes rechnen kann. Aber verschieden zeigen sich diese Fieber in jedem der genannten Landstriche. Die Fieber an der Küste des südamerikanischen Festlandes zeichnen sich im Allgemeinen durch schmerzhafte, wohl nicht als reine active Entzündung zu betrachtende, aber diesem Processe sich nähernde Affection der Magen- und Dünndarmschleimhaut aus. Der bei vollem Bewusstsein sich befindende Kranke liegt träge auf dem Rücken, fühlt sich sehr ermattet, das rechte, und später auch das linke Hypochondrium ist sehr aufgetrieben, der Druck auf diese Theile, so wie auf die Magengegend ist schmerzhaft, Verstopfung ist zugegen und die heisse, ziemlich trockene Zunge belegt sich mit einer rothbraunen Kruste, so wie die Haut eine gelbliche Farbe annimmt. Alle diese Erscheinungen treten vorzüglich zur Zeit des Paroxysmus auf. Bei versäumter oder unzweckmässiger Hülfe kann man annehmen, dass wenigstens ein Drittel der Befallenen unterliegt. Die Haut wird in diesem Falle trocken, rigid, das dunkle, mehr venöse Blut scheint dem Kranken wie heisse Flüssigkeit durch die Adern zu strömen; es tritt öfteres Erbrechen ein, die gelbe Farbe der Haut nimmt zu und wird dunkler, der Kranke stirbt endlich am 7—10. Tage, oder auch später, und man findet im Cadaver die Schleimhaut des Magens und des oberen Darmkanals geröthet, die Leber und Milz aufgetrieben, letztere vom Blute strotzend.

Es ist beim ersten Anblicke solcher Kranken schon ins Auge leuchtend, dass sie einen Anstrich des gelben Fiebers haben. Es ähneln die Fieber jener Gegenden dieser Krankheit, welche, mag sie ursprünglich jenen Climaten eigen sein, was Viele bezweifeln, oder durch Sklavenschiffe von Afrika dahin gebracht worden sein, was ich bezweifle, jedenfalls dort einen günstigen Boden zu ihrer Ausbreitung gefunden hat.

Wenden wir uns nun, ungefähr in denselben Parallelkreisen bleibend, etwa 2400 Meilen östlicher, nach dem indischen Archipel. Auch da findet man, wie erwähnt, niedrigen Alluvialgrund von beinahe stillstehenden Bächen und Flussarmen durchschnitten. Besonders breitet sich an der Nordküste Sumatra's bei Sinkel, der letzten Besitzung der Holländer gegen Norden dieser grossen Insel, ein solcher Boden aus, und der stete Begleiter dieser Bodenbeschaffenheit, das Wechselfieber bleibt nicht aus. Aber es zeigt sich von so eigenthümlicher Art, dass ich es für eine eigenthümliche Species, als *Febris interm. apoplectica Sumatrae* betrachten zu müssen glaubte. Es unterscheidet sich dieses Fieber vom erstgenannten des südamerikanischen Continents 1) durch eine viel deutlicher ausgesprochene Intermission der

---

Repetitoria über specielle Pathologie und Therapie hält Hr. Dr. Henoch privatissime.

Die Pathologie und Therapie der syphilitischen Krankheiten lehrt Hr. Dr. Simon Mittw. von 4-5 Uhr unentgeltlich.

Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Hr. Dr. Leubuscher Dienst. und Freit. von 5-6 Uhr unentgeltlich.

Die empirische Psychologie, derselbe Mont., Mittw. und Donnerst. von 5-6 Uhr privatim.

Ueber die Kinderkrankheiten liest Hr. Dr. Ebert Mittwochs und Sonnab. von 4-5 Uhr unentgeltlich.

Ueber die Krankheiten der Kinder, verbunden mit praktischen Uebungen, liest Hr. Dr. Henoch täglich von 5-6 Uhr privatim.

Ueber die wichtigsten Krankheiten der Weiber, mit Vorführung interessanter Fälle, Hr. Dr. Credé Mittw. u. Sonnab. von 11-12 Uhr unentgeltlich.

Die allgemeine und specielle Chirurgie, Hr. Prof. Jüngken Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 5-6 Uhr privatim.

Der speciellen Chirurgie ersten Theil, Hr. Prof. Langenbeck Mont., Dienst. und Donnerst. von 8-9 Uhr privatim.

Die Chirurgie, Hr. Prof. Troschel täglich von 9-10 U. privatim.

Die allgemeine und specielle Chirurgie, Hr. Dr. Ascherson täglich von 8-9 Uhr privatim.

Die chirurgische Diagnostik, Hr. Prof. Böhm unter Anwendung geeigneter klinischer Fälle 2 Mal in der Woche öffentlich.

Ueber Verletzungen des menschlichen Körpers, Hr. Prof. Jüngken Mittw. und Sonnab. von 5-6 Uhr öffentlich.

Pathologie und Diagnostik der krankhaften Geschwülste, Hr. Prof. Langenbeck Mittw. von 8-9 Uhr öffentlich.

Einen chirurgischen Operationscursus hält derselbe Donnerst., Freit. und Sonnab. Abends von 6-8 Uhr privatissime.

Die Operationslehre trägt Hr. Prof. Böhm Mont., Mittw., Donn. und Sonnab. von 7-8 Uhr privatim vor. Die dazu gehörigen Operationsübungen an Leichnamen werden Mont., Dienst., Donnerst. und Sonnab. von 6-8 Uhr Abends angestellt.

Die Lehre vom chirurgischen Verbande, Hr. Prof. Troschel Mont., Dienst. und Mittw. von 4-5 Uhr privatim.

Die allgemeine und specielle Augenheilkunde lehrt Hr. Dr. Angelstein 4 Mal wöchentlich von 6-7 Uhr privatim.

Die Lehre von den wichtigsten Augenkrankheiten und deren Nachbehandlung, derselbe Sonnab. von 6-7 Uhr unentgeltlich.

Chirurgisch-ophthalmiatrische und akiurgische Repetitionen mit praktischen Uebungen an geeigneten Kranken hält derselbe täglich Nachmittags von 2-4 Uhr privatim.

Zu einem praktischen Cursus sämmtlicher Augenoperationen erbietet sich derselbe in noch zu bestimmenden Stunden privatissime.

Die praktisch-augenärztlichen Uebungen wird Hr. Prof. Kranichfeld nach Anleitung seines Buches „Anthropologische Uebersicht der gesammten Ophthalmiatrie u. s. w. Berlin 1841." in seinem ophthalmiatrisch-klinischen Privatinstitut im Universitätsgebäude wöchentlich 6 Mal von 3-4¼ Uhr privatim zu leiten fortfahren.

Die theoretische und praktische Geburtskunde lehrt Hr. Professor Busch Mont., Dienst., Donn. u. Freit. von 7-8 Uhr Morgens privatim.

Die gesammte Geburtslehre in ihrem theoretischen und praktischen Zusammenhange, Hr. Dr. Wilde Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 5-6 Uhr privatim.

Die theoretische und praktische Geburtslehre mit Anleitung zu ge-

Erscheinungen; 2) durch einen wahrhaft apoplectischen Anfall; 3) durch den kleinen fadenförmigen Puls, und besonders 4) durch das charakteristische Zeichen dieses Fiebers, der Kälte der Extremitäten in den letzten zwei Lebenstagen, und endlich 5) durch Abwesenheit des localen Schmerzes und der inflammatorischen Erscheinungen während des Lebens sowohl als am Cadaver.

So wie die erstgenannte Intermittens einen Anstrich des gelben Fiebers zeigt, so verkennt man hier nicht die Aehnlichkeit mit Cholera. Dieselben blauen, kalten Hände, derselbe fadenförmige Puls, dieselbe venöse Congestion in allen Eingeweiden findet sich hier wie bei jener bis in unsere Zonen gedrungenen ursprünglichen Tropenkrankheit. Wirklich ist im indischen Archipel die Heimath der Cholera zu suchen, so dass es nicht zu verwundern ist, dass dort auch andere Krankheiten einen choleraähnlichen Anstrich annehmen, so wie auch bei uns zur Zeit einer herrschenden Epidemie noch andere Krankheitsformen einige Symptome der herrschenden Krankheit annehmen.

Besteht bereits ein grosser Unterschied zwischen verschiedenen Hemisphären einer und derselben Zone in der Production von Krankheitsformen von ganz ähnlichem causalen Ursprung, so zeigt sich ein solcher Contrast noch mehr bei verschiedenen Zonen. Gutartig ist das Wechselfieber in Holland in Vergleichung mit den genannten beiden Formen auf den Alluvialgründen Südamerika's und des indischen Archipels zu nennen. Selten unterliegt hier Jemand der unmittelbaren Folge des Fiebers, sondern der durch häufige Wiederholung entstehenden Erschlaffung der Innervation und daraus hervorgehenden Degeneration von Leber, Milz, so wie der Wasserbildung.

Die apoplectischen Fieber, das sogenannte Todtenfieber habe ich einige Male in Holland zu sehen Gelegenheit gehabt und mich überzeugt, dass ausser der Seltenheit seines Vorkommens auch ein specifischer Unterschied in den Symptomen und anatomisch-pathologischen Erscheinungen zwischen diesem und der oben angeführten *interm. perniciosa Sumatrae* besteht, so dass aus dieser letzteren nothwendig eine eigene Species gemacht werden muss.

Ist es bei den Fiebern Hollands in den meisten Fällen gestattet, sogleich das wirksame Alkaloid der Chinarinde anzuwenden, und hat man davon erfreuliche Resultate zu erwarten, so bestehen bei den Sumpffiebern Ost- und Westindiens noch Contraindicationen gegen die Anwendung dieses Medicamentes in bestimmten Krankheitsperioden. Bei den letzteren sind die entzündlichen Symptome der Magen- und Darmschleimhaut zu sehr vorherrschend, als dass auf eine gehörige Verarbeitung des Medicamentes gerechnet werden könnte. Wohl aber wird nach Entfernung oder Milderung der entzündlichen Symptome durch locale Blutentziehung, besonders Schröpfköpfe, so wie durch Versetzung des Kranken in ein besseres Klima — was durch eine kleine Seereise geschehen kann — die Anwendung des Chinins treffliche Dienste leisten, und die Kur vollenden.

Bei der *Febris interm. apopl. Sumatrae* hingegen hat man bis jetzt noch wenig günstige Wirkung vom Chinin gesehen. Denn obgleich es Regel ist, dass nach einmaligem überstandenem Anfall das Streben des Arztes dahin gerichtet sein muss, einen folgenden Anfall zu verhüten, und dieses noch am besten durch Chinin, dem Manche noch Opium, auch Campher beifügen, bewirkt werden kann, so gelingt diess doch nur in den seltenen Fällen, und der Kranke unterliegt, trotz aller Anstrengung des Arztes, einem folgenden Anfall. Mehr Heil ist von der kräftigen Anregung aller Secretionsorgane mittelst der Salivation, wohin man jedoch schon im Stadium prodrom. zielen muss, zu erwarten. Durch die Salivation werden viele Kranke dem Tode entrissen, und ist der erste Sturm glücklich vorüber, dann mag auch das Chinin seine kräftigende Wirkung auf die Unterleibsganglien ausüben.

Wir haben nun gesehen, dass die Fieber verschiedener Erdstriche, mögen diese auch desselben Klima's — insofern darunter bloss die Beschaffenheit der Athmosphäre verstanden wird — theilhaftig sein, und mögen auch ungefähr dieselben krankmachenden Ursachen vorhanden sein, dennoch von verschiedener Natur sind. Woher diese eigenthümlichen Krankheitserscheinungen, die jedem Welttheile, besonders in der heissen Zone, einen besonderen Charakter aufdrücken, sich datiren, ist eben so wenig noch ermittelt, als die Thatsache, dass manche Thier- und Pflanzenformen nur in gewissen Ländern wild vorkommen, während andere von gleichem Klima davon ausgeschlossen sind. Wir wollen jedoch versuchen, einige wichtige Momente anzugeben, die auf die Organisation der Thier- und Pflanzenwelt überhaupt, also auch auf den Menschen und seine Erkrankung von ungeheurem Einflusse sind.

1. Ein vorzüglich wirkendes Agens ist die geologische Beschaffenheit des Bodens. In den angeführten Beispielen von endemischen intermittirenden Fiebern finden wir zwar überall Alluvialgrund, aber dieser Boden ist dennoch wieder verschieden, je nach der Gebirgsmasse, aus welcher die Flüsse entspringen oder vorbeiziehen, und von welchen sie Partikelchen auflösen, fortschieben und an der Mündung als Niederschlag absotzen. Die geologische Beschaffenheit des Bodens kann die Sanitätsverhältnisse eines Landes gänzlich umändern und Erscheinungen hervorbringen, wie man sie der Temperatur und dem Drucke der Luft allein gemäss nicht erwarten sollte. So ist es keinem Zweifel unterworfen, dass Länder von einer gleichmässigen höheren Temperatur weit weniger zu Brustkrankheiten disponiren, als kältere, mit einem grossen Unterschiede der Jahreszeiten versehene, aus schon öfters an anderen Orten entwickelten Gründen. Dennoch machen davon jene Tropenländer eine Ausnahme, wo es selten regnet und der heisse Wind über das nackte Gestein oder den Sand bläst, unzählige kleine Partikelchen in der Luft schweben und von den Menschen und Thieren eingeathmet werden, wie dies auf der Insel Curaçao, in den Llanos von Venezuela und in Egypten der Fall ist. Dennoch vermindert sich die Tuberkulose nach dem Zeugnisse Prunner's (Krankheiten des Orients) je mehr man sich der heissen Zone nähert.

Die geologischen Verhältnisse lassen sich freilich nicht, wie die klimatischen, in Zonen abtheilen, ja sie besitzen eine gewisse Unabhängigkeit von klimatischen Einflüssen, und das äussere Ansehen der

---

burtshülflichen Operationen, Hr. Dr. Schöller Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 4-5 Uhr privatim.

Ueber theoretische und praktische Geburtshülfe mit Uebungen am Phantome liest Hr. Dr. Credé Mont., Dienst., Donnerst. u. Freit. von 11-12 Uhr privatim.

Zu einem Cursus der geburtshülflichen Operationen mit Uebungen am Phantome erbietet sich Hr. Prof. Busch privatissime.

Einen geburtshülflichen Operationscursus nebst Uebungen am Phantome wird Hr. Dr. Schöller privatissime halten.

Repetitorien in der Geburtshülfe, besonders in den geburtshülflichen Operationen, nebst Uebungen am Phantome, giebt Hr. Dr. Wilde privatissime.

Einen Cursus über die geburtshülflichen Operationen mit Uebungen am Phantome hält Hr. Dr. Credé privatissime.

Die medicinische Klinik im Charité-Krankenhause hält Hr. Prof. Schönlein täglich von 11-12½ Uhr privatim.

Die medicinisch-praktischen Uebungen im königl. poliklinischen Institute der Universität leitet Hr. Prof. Romberg 5 Mal wöchentlich von 1-2 Uhr privatim.

Die medicinisch-klinischen Uebungen im Charité-Krankenhause wird Hr. Prof. Wolff 6 Mal wöchentlich von 8-9 Uhr halten.

Die Klinik für Chirurgie und Augenheilkunde in dem klinisch-chirurgischen und in dem ophthalmiatrischen Institute im Charité-Krankenhause leitet Hr. Prof. Jüngken 5 Mal wöchentl. v. 9-11 U. privatim.

Die chirurgisch-augenärztliche Klinik im königl. klinischen Institute für Chirurgie und Augenheilkunde wird Hr. Prof. Langenbeck 6 Mal wöchentlich von 2-3 Uhr privatim leiten.

Die geburtshülflich-klinischen Uebungen in der königl. Entbindungsanstalt der Universität und in der geburtshülflichen Poliklinik leitet Hr. Prof. Busch 4 Mal wöchentlich von 4-5 Uhr privatim.

Die geburtshülfliche Klinik im Charité-Krankenhause wird Hr. Prof. Schmidt in Verbindung mit einem Operationscursus am Phantome Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 4-5 Uhr privatim leiten.

Die Klinik und Poliklinik für kranke Kinder im Charité-Krankenhause wird Hr. Dr. Ebert Mont., Mittw. und Sonnab. von 11-12 Uhr privatim leiten.

Die Klinik der syphilitischen Krankheiten im Charité-Krankenhause wird Hr. Dr. Simon Mittw. u. Sonnab. von 10-11 Uhr privatim leiten.

Die klinischen Uebungen an Geisteskranken im Charité-Krankenhause leitet Hr. Prof. Ideler Mittw. u. Sonnab. von 3-5 Uhr privatim.

Die gerichtliche Medicin für Juristen und Mediciner liest Hr. Prof. Casper Mont., Dienst. und Freit. von 12-1 Uhr privatim.

Das gerichtlich-medicinische Practicum mit Untersuchungen an Lebenden, gerichtlichen Leichenöffnungen und allen im Bereiche des hiesigen gerichtlichen Stadtphysikats vorkommenden amtlichen Explorationen wird derselbe Mont. u. Donn. v. 2-3 U. privatim zu halten fortfahren.

Die gerichtliche Medicin für Mediciner und Juristen lehrt Hr. Dr. Nicolai Mont., Dienst. und Donnerst. von 9-10 Uhr privatim.

Die gerichtliche Medicin für Juristen und Mediciner mit praktischen Erläuterungen und Uebungen wird Hr. Dr. Horn Mont., Dienst. und Freit. von 4-5 Uhr privatim vortragen.

Ueber Humanitätsanstalten mit besonderer Rücksicht auf die Gegenwart handelt Hr. Prof. Schmidt Mittw. u. Sonnab. v. 6-7 U. öffentl.

Ueber die Veränderungen, welche gegohrene berauschende Flüssigkeiten erleiden, wenn sie einem höheren Wärmegrade ausgesetzt werden, liest Hr. Prof. Kranichfeld nach Anleitung seiner Schrift

Gebirge einer bestimmten Formation ist an allen Punkten der Erde gleich. Dennoch giebt es zwei wichtige Momente, welche die Beschaffenheit des Bodens in den Tropen anders als in den gemässigten Zonen gestalten.

Ich habe schon an einem anderen Orte der grösseren planetaren Bewegung gedacht, die in der Nähe des Aequators stattfindet, und welche macht, dass ein Bewohner des Erdgürtels täglich um 1928 Meilen mehr als jener des 50. Breitegrades zurücklegt, und dabei bemerkt: „In wie fern diese schnellere planetare Bewegung auf den Organismus Einfluss hat, ist noch unbekannt, verdient aber einer näheren Untersuchung.“ Einen mittelbaren Einfluss auf die organischen Körper und ihre Gestaltung glaube ich jedoch in der grösseren, jetzt bestehenden vulkanischen Thätigkeit der Tropenländer gefunden zu haben. Ich sage, in der jetzt bestehenden vulkanischen Thätigkeit, ohne auf frühere geologische Zustände unseres Erdballs Rücksicht zu nehmen, wo vorzüglich wegen der grösseren Centralhitze eine andere Vertheilung der Klimate stattfand. Wenn man die Zahl der uns bekannten, noch thätigen Vulkane zusammenrechnet, so wird man verhältnissmässig einen ungleich grösseren Antheil für die Tropenländer, als für die gemässigten und kalten Zonen erhalten, obwohl ein grosser Theil der Tropenländer uns noch nicht hinlänglich bekannt ist.

Ganze Reihen noch thätiger, oder noch nicht lange ruhender Vulkane durchziehen den indischen Archipel; die Antillen bilden eine fortgesetzte Reihe grösstentheils noch thätiger Vulkane; das südamerikanische Festland besitzt ausgestreckte Provinzen durch vulkanische Kraft gehoben, noch jetzt durch beständige Erdbeben und vulkanische Ausbrüche thätig, welche die enorme mittlere Höhe von 8000′ haben, wie das ehemalige peruanische Reich, dessen Sitz nur in ganz gemässigten glücklichen Landstrichen war, weshalb auch seine Bewohner sich durch Cultur von ihren im Naturzustande lebenden Nachbaren auszeichneten. Eben so gehören überhaupt Erd- und Seebeben in den Tropenländern zu den alltäglichen, in den gemässigten und kalten Zonen zu den seltenen Erscheinungen. Betrachtet man aber mit Recht die Ursache der vulkanischen Thätigkeit im Centraltheile der Erde, so müssten die Ausbrüche eben so gut, oder vielmehr wegen der Abplattung der Erde noch viel eher in höheren Breitegraden, als in den Tropenländern stattfinden, wenn nicht durch die stärkere Rotation im Gürtel der Erde die in Spannung gerathenen glühenden Gase dahin geschleudert würden. Die grössere vulkanische Thätigkeit in den Tropenländern macht, dass auch eine grössere Ländermasse gehoben, und ihr Klima zum gemässigten umgewandelt wird.

Eine zweite geologische Erscheinung, den Tropenländern fast ausschliesslich eigen, ist die Länderformation durch Corallenthiere. Viele Inseln der Tropenländer haben ausschliesslich ihren Ursprung dem Bau dieser Thiere zu danken, oder es hat sich um einen aus dem Meere hervorragenden Fels der länderschaffende Bau dieser Thiere angeschlossen. Die Coralleninseln und Länder aber zeichnen sich durch Flachheit und gewöhnlich auch durch Mangel an Quellen aus.

II. Ausser der geologischen Beschaffenheit des Bodens wirkt als bestimmend der Gegensatz, der zwischen den wärmeren und kälteren Ländern in Bezug auf Thier- und Pflanzenleben, und ebenso zwischen den Krankheiten der vegetativen und der höheren animalen Sphäre besteht.

Obgleich die schöpferische Kraft sich am meisten unter den Troden entwickelt, so gilt dies doch vorzüglich von der Pflanzenwelt, während das Thierleben unter den Tropen verhältnissmässig weniger entwickelt ist. Die riesenhaften Stämme der Dracaena, der Adansoria, der Bertholetia etc. finden ihres Gleichen nicht in den kälteren Regionen, während wohl das grösste Thier der jetzt lebenden Schöpfung, der Wallfisch, vorzüglich Eigenthum der kalten Zone ist. In den Polargegenden, wo die Pflanzenwelt bis auf ihre Rudimente verkümmert, finden sich noch kräftige riesenhafte Thiere, jenen Gegenden allein eigenthümlich. So wie nun der Mensch in der kalten Region mehr auf die Thierkost angewiesen ist, so wie der Bewohner der Polarländer oft beinahe alle Bedürfnisse des Lebens einem einzigen Thiere verdankt, so giebt es in den Tropenländern Pflanzen, die dem Menschen Alles, was er in jener Region bedarf, gewähren. Dahin rechne ich die Cocos- und Merichepalme, den Baubus und andere mehr. Aber auch in der Aeusserung des krankhaften Processes am Menschen zeigt sich merkwürdiger Weise dasselbe Gesetz. So wie nämlich die Tropenländer in ihrem Schoosse vorzüglich die Vegetation bis zur höchsten Entwickelung steigern, so zeigen auch die gigantischen Krankheitsformen, die Parasiten am menschlichen Körper, sich vorzüglich als massenhafte Auswüchse, so wie sie am Heerde der vegetativen Sphäre, am Unterleibe, dem Lymphsystem und höchstens noch den Venen Wurzel schlagen. Ich erinnere an die riesenhaften Formen der Elephantiasis, die vorzüglich in der heissen Zone ihren Sitz aufgeschlagen hat. Hodengeschwülste, die bis an die Knöchel reichen, ja auf dem Boden aufstehen, und dem unglücklichen Leider nur mühsam sich fortzuschleppen gestatten, gehören nicht zu den Seltenheiten. Eben so ist die Anschwellung des Fusses oft eine enorme, und gleicht in der That der Extremität des colossalen Thieres, dem die Krankheit ihren Namen verdankt. Andere Geschwülste auf dem Rücken des Fusses, auf dem Oberarme habe ich selbst in Westindien zu exstirpiren Gelegenheit gehabt, und die pathologischen Präparate zum Theil dem Museum zu Utrecht übergeben. Hauptsächlich aber und am gewöhnlichsten schlägt der krankhafte Vegetationstrieb seinen Sitz im Unterleibe auf, begünstigt durch die in den Tropenländern selbst im gesunden Zustande im geringern Grade anwesende *Plethora abdominalis*, die Leber schwillt oft durch krankhafte Vergrösserung ungemein an, so dass ich in Leichen den linken Leberlappen öfters mit der Milz in Berührung, und einmal in Verwachsung fand. Im Ganzen kann man sagen, die Organe der vegetativen Sphäre sind in Tropenländern vorherrschend, während die Organe der Sensation, der Respiration und der Bewegung verhältnissmässig in den Hintergrund treten. Schon daraus lässt sich entnehmen, dass das phlegmatische und cholerische Temperament das ausschliesslich vorherrschende der Tropenländer ist,

---

„Ueber den Unterschied des Geistigen im Weine und im Branntweine. Berlin 1839.“ in noch zu bestimmenden Stunden öffentlich.

Die theoretische und praktische Thierheilkunde trägt für Cameralisten und Oekonomen Hr. Dr. Reckleben Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 5-6 Uhr. privatim vor.

Die Lehre von den Seuchen sämmtlicher Hausthiere in Verbindung mit Veterinärpolizei, derselbe in 3 Stunden wöchentlich privatim.

Naturwissenschaften.

Experimentalphysik liest Hr. Prof. Dove 4 Mal wöchentlich Dienst. und Freit. von 5-7 Uhr privatim.

Die Phänomene des Lichtes wird Hr. Prof. A. Erman durch Versuche und nach ihrem theoretischen Zusammenhange Dienst., Donnerst. und Freit. von 8-9 Uhr privatim darstellen.

Die Wärmelehre theoretisch und durch Versuche erläutert, Hr. Dr. Clausius Donnerst. und Sonnab. von 9-10 Uhr unentgeltlich.

Ueber Elektromagnetismus wird Hr. Dr. Wiedemann Mont. und Sonnab. von 10-11 Uhr unentgeltlich lesen.

Geschichte des Galvanismus lehrt Hr. Dr. Beetz Dienst. von 4-5 Uhr unentgeltlich.

Physikalische Colloquia leitet Hr. Prof. Magnus Dienst. von 6-8 Uhr privatissime.

Zu Privatissimis über die gesammte Physik oder einzelne Theile derselben erbietet sich Hr. Dr. Beetz.

Experimentalchemie liest Hr. Prof. Mitscherlich täglich von 8-9 Uhr privatim.

Pharmacie, derselbe Dienst., Mittw. und Donnerst. von 11-12 Uhr privatim.

Organische Chemie mit besonderer Rücksicht auf Pharmacie liest Hr. Professor H. Rose Mont., Dienst., Mittw., Freit. und Sonnab. von 9-10 Uhr, Donnerst. von 9-11 Uhr privatim.

Den qualitativen Theil der analytischen Chemie, derselbe Dienst., Mittw. und Freit. von 10-11 Uhr privatim.

Ein Colloquium über Gegenstände der theoretischen Chemie hält 1 Mal wöchentlich Hr. Prof. Rammelsberg öffentlich.

Praktische Uebungen in analytisch-chemischen Arbeiten im Laboratorium leitet derselbe privatissime.

Anleitung zu geographischen Ortsbestimmungen, zu magnetischen und meteorologischen Beobachtungen bei Land- und Seereisen, giebt Hr. Prof. A. Erman Dienst., Donnerst. und Freit. von 8-9 Uhr, nebst praktischen Uebungen in später zu bestimmenden Stunden.

Physikalische Geographie trägt Hr. Prof. Poggendorf Mittw. und Sonnab. von 11-12 Uhr öffentlich vor.

Hydrographie, Hr. Prof. Dove Sonnab. von 12-1 Uhr öffentlich.

Allgemeine Naturgeschichte liest Hr. Dr. Koch Dienst., Mittw., Donnerst. und Freit. von 2-3 Uhr privatim.

Allgemeine Zoologie, mit Demonstrationen in der zoolog. Sammlung, Hr. Prof. Lichtenstein täglich von 1-2 Uhr privatim.

Die Naturgeschichte der Hausthiere, Hr. Prof. Störig von 6-7 Uhr Abends öffentlich.

Ueber Entomologie liest Hr. Prof. Klug wöchentlich 2 Mal öffentlich.

Ueber Entomologie liest Hr. Dr. Schaum Dienst. und Freit. von 10-11 Uhr öffentlich.

Praktische Uebungen in der Bestimmung von Gliederthieren wird derselbe privatissime leiten.

Allgemeine und systematische Botanik liest 6 Mal wöchentlich Hr.

und dass demgemäss die höchste geistige Entwickelung, die höchste Stufe der Kultur nicht bei einem Volke der heissen Zone zu suchen ist. Die alten Mexicaner und Peruaner, die einen ziemlichen Grad der Kultur erreicht, machen keine Ausnahme von dem durch vielfältige Beobachtung bewährten Satz. Denn sie bewohnten ja die glücklichen Regionen auf dem Rücken der Andeskette, genossen daher eines sehr gemässigten, nur durch keine Winterkälte unterbrochenen Klima's, so dass es nicht zu verwundern ist, dass in einem der menschlichen Natur so sehr zusagenden Himmelsstriche auch seine geistige Entwickelung nicht zurückblieb. Es ist selbst durch das Werk von Catherwood (*Views of ancient monuments in Central-Amerika*, 1844) dargethan, dass die Reste alter Tempel und Palläste sich nur auf den Hochebenen befinden. Eben so wenig können die Hindus, die vielleicht ursprünglich die Hochebenen Tibets, so wie die Abhänge des Himalaya bewohnten, als Einwurf gegen den aufgestellten Satz dienen.

Indem ich jedoch die letzteren Bemerkungen als eine Abweichung vom vorgesetzten Thema betrachten muss, hoffe ich im Angeführten durch Vergleichung der Erscheinungen eines und desselben Krankheitsgeschlechtes in verschiedenen Erdtheilen das Eigenthümliche eines jeden angedeutet, und auch einige wichtige Ursachen angeführt zu haben, weshalb die Krankheiten nach den verschiedenen Localitäten, besonders in den Tropenländern anders sich gestalten.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.

Von

Dr. Theodor Clemens,
prakt. Arzt und Assistenz-Arzt daselbst.

Carcinoma cerebri.

Catharina Reuner, 40 Jahre alt, aus Sindelfingen, Bäckermädchen, tritt am 24. Juni 1850 in das Hospital. Sie war vor drei Jahren im Hospital an einer Pneumonie behandelt und geheilt entlassen worden. Seitdem will sie ganz gesund gewesen sein, und will nur in den letzten Tagen an leichten Uebelkeiten mit Appetitlosigkeit, sowie an erträglichen Schmerzen in der rechten Orbita gelitten haben. Seit 4 Tagen steigerten sich die Uebelkeiten bis zum Erbrechen; dabei schlechter, bitterer Geschmack, kein Appetit. Zunge belegt, Leib weich, Magengegend nicht schmerzhaft, auch bei Berührung nicht empfindlich. Pat. hat heute 4 Mal erbrochen, Galle und Schleim; klagt über permanenten Schmerz in der rechten Orbita, dabei ist das rechte Auge gegen Licht empfindlich. Puls ruhig. Menses vor 3 Tagen, regelmässig. *Pulv. emetic.*

26. Juni. Pat. hat 8 Erbrechen, keine Oeffnung gehabt. Geschmack noch sehr bitter; viel Kopfweh rechts; Zunge belegt. Sinapism. in den Nacken. *Natr. sulf.* ℥vj.

27. Juni. Fünf Oeffnungen; viel Kopfweh, rechts Klopfen; bitterer Geschmack. Puls 84. Cucurb. X in den Nacken.

28. Juni. Keine Oeffnung; Kopf etwas leichter.

29. Juni. Keine Oeffnung; schlechter Geschmack, dick belegte Zunge, Unruhe, weniger Kopfschmerz. Puls 90. *Natr. sulf.* ℥vj.

30. Juni. Fünf Oeffnungen; wieder mehr Kopfschmerz, wenig Schlaf, Geschmack wieder schlechter, viel Rückenschmerzen. Puls 80. Vesicans ad nuch. — Dieser Zustand bleibt mit geringen Modificationen derselbe.

Am 3. Juli zeigt sich zum ersten Male das Sensorium etwas getrübt. Pat. sieht blass und livide aus und kneift das rechte Auge manchmal etwas zusammen. Die Zunge dabei immer schmutzig weiss belegt und Kopfschmerz zugegen. Wegen des anhaltenden Schmerzes in der rechten Orbita wird in die *Pars orbitalis dextra* am 14. ein Vesicans gelegt. Das Vesicans bleibt jedoch ohne allen Einfluss auf den Kopfschmerz. Am 22. wird die bisherige Symptomengruppe noch durch ein plötzlich auftretendes Zittern der Arme bereichert.

23. Juli. Uebelkeit, abermaliges Zittern der Arme, Ptosis des rechten Augenlides und ein Erbrechen von galligem Schleim. *Pulv. emetic.*, worauf am

24. Juli 9 Erbrechen und eine Oeffnung. Schlaf, besonders in den letzten Tagen, sehr gering und häufig unterbrochen. *Tinct. Rhei* ℥jß, 4 Theelöffel täglich.

28. Juli. Eine Oeffnung; reichliches, galliges Erbrechen, anhaltende Uebelkeit; Zunge gelblich schmierig weisslich belegt; kein Durst. Leib weich, schmerzlos, aber beständiger Kopfschmerz, besonders in der Stirn, und Reissen in der rechten Schläfengegend. Flor vor dem rechten Auge, an dem jedoch nichts zu bemerken ist. Puls 68. *Natr. sulf.* ℥vj.

29. Juli. Starkes Zittern des ganzen Körpers, ein Erbrechen. Pat. ist sehr apathisch und gleichgültig gegen Alles was um sie vorgeht. Gesicht hat einen etwas stupiden Ausdruck. Erbrechen, Zittern der Extremitäten und Kopfschmerzen werden jetzt immer häufiger, halten länger an und werden intensiver. Pat. verlässt jedoch öfter das Bett und beschäftigt sich mit verschiedenen Arbeiten. Der Puls ist immer ruhig, und nur bei dem Zittern des Körpers manchmal etwas unterdrückt.

Am 1. Aug. Mittags 1 Uhr tritt während des Zitterns des Körpers plötzlich starker Frost, kalter Schweiss und Sopor auf. Pat. antwortet nicht mehr und giebt kein Zeichen von Theilnahme zu erkennen. Cucurb. VIII ad nuch. Puls kaum fühlbar. Während des Anfalls Tod um 3 Uhr Nachmittags. Pat. war Morgens noch ausser Bett gewesen.

Dr. Koch, Mont. von 2-4, Dienst., Mittw., Donnerst. und Freit. von 3-4 Uhr.

Ueber Pflanzengeographie liest derselbe Mittw. von 11-12 Uhr unentgeltlich.

Botanische Excursionen leitet derselbe an jedem Sonntage.

Allgemeine Botanik lehrt Hr. Dr. Walpers Dienst., Mittw., Donnerst., Freit. von 4-5 Uhr privatim.

Allgemeine Botanik, verbunden mit Demonstrationen mikroskopischer Objecte und lebender Pflanzen, lehrt Hr. Dr. Jessen 5 Mal wöchentlich von 5-6 Uhr privatim.

Botanische Excursionen wird derselbe Sonnab. Nachm. um 3 Uhr unentgeltlich anstellen.

Theoretische Botanik, verbunden mit mikroskopischen Demonstrationen, lehrt Hr. Dr. Pringsheim Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 2-3 Uhr privatim.

Anleitung zur Erkenntniss der einheimischen Pflanzen giebt Hr. Dr. Jessen Sonnab. von 2-3 Uhr unentgeltlich.

Zu praktischen Cursen in der mikroskopischen Anatomie der Pflanzen erbietet sich Hr. Dr. Jessen privatissime.

Mikroskopische Uebungen, die Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Phanerogamen und Kryptogamen umfassend, stellt Hr. Dr. Pringsheim Mittw. und Sonnab. von 1-3 Uhr unentgeltlich an.

Pharmaceutische Botanik erläutert durch Demonstrationen an lebenden Pflanzen nach der zweiten Auflage seines Handbuches der pharmaceutischen Botanik Hr. Dr. Berg Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 7-8 Uhr privatim.

Ueber Medicinalpflanzen liest Hr. Dr. Walpers 5 Mal wöchentlich von 5-6 Uhr privatim. Zugleich wird derselbe seine pharmakologische Sammlung vorzeigen und die im botanischen Garten cultivirten Gewächse demonstriren.

Pharmaceutische Waarenkunde lehrt nach seinem Handbuche der Pharmakognosie Hr. Dr. Berg Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 2-3 Uhr privatim.

Die mikroskopischen Kennzeichen der aus dem Pflanzenreiche entnommenen Droguen demonstrirt Hr. Dr. Walpers 1 Mal wöchentlich, Montags von 4-5 Uhr öffentlich.

Examinatorien und Colloquien über Gegenstände aus den botanischen Fächern hält in näher zu bestimmenden Stunden Hr. Dr. Berg privatissime.

Mineralogie wird Hr. Prof. Weiss in 6 Stunden wöchentlich von 12-1 Uhr privatim vortragen.

Mineralogische Uebungen wird derselbe anstellen Mittw. und Sonnab. von 10-11 Uhr privatim.

Geognosie wird Hr. Prof. G. Rose 4 Mal wöchentlich, Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 8-9 Uhr privatim vortragen.

Geognosie trägt Hr. Prof. Beyrich 4 Mal wöchentlich, Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 4-5 Uhr privatim vor.

Allgemeine Geognosie, verbunden mit Demonstrationen, liest Hr. Dr. Gumprecht 4 Mal wöchentlich, Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 3-4 Uhr privatim.

Ueber die fossilen Brachiopoden liest Hr. Prof. Beyrich wöchentlich 1 Mal, Mittw. von 4-5 Uhr öffentlich.

Geognostische Geographie von Deutschland wird Hr. Dr. Gumprecht 2 Mal wöchentlich, Mittw. und Sonnab. von 3-4 Uhr unentgeltlich vortragen.

Section 2. Aug. Morgens 10 Uhr.

Gehirn. Beim Oeffnen des Schädels entleeren die Sinus viel Blut. Gehirnsubstanz ist auffallend weiss und sehr wenig graue Substanz vorhanden. An der unteren hinteren Spitze des mittleren Lappens eine apfelgrosse harte Geschwulst, von der Gehirnsubstanz ausgehend, allein völlig umschrieben und leicht ablösbar. Die Geschwulst hat eine höckrige Schnittfläche und Krebstextur. Im Innern entleeren einzelne weichere Höhlchen eine käsige Krebsmaterie. Der ganze Krebsknoten ist in einer zarten, gefässreichen, sehr dünnen Membran eingehülst, und das umgehende Gehirn im Zustande beginnender Malacie, welche allmälig sich in der gesunden Gehirnsubstanz verliert. Die Ventrikel, und namentlich der rechte, sind weich und matsch, ebenso der ganze *Thalamus Nerv. opt.*, der bei Berührung auseinanderfällt. Die Ventrikel enthalten kein Serum. Sonst das Gehirn von normaler Beschaffenheit. — Lungen blutreich und schaumig, sonst völlig gesund, ebenso das Herz. Milz von normaler Grösse, etwas matsch und die Malpighischen Körperchen sehr prononcirt. Die Leber auffallend hart und fest, blutreich, sonst normal, auf ihrer unteren Seite tief eingeschnitten und stark gelappt. Gallenblase und Galle normal. Nieren blutreich und fest. Corticalsubstanz tief in das Gewebe eindringend. Uterus hart und fest, *Os uteri* etwas angeschwollen, entleert bei Druck katarrhalischen Ausfluss. Ovarien etwas atrophisch.

Bei vorliegender Krankengeschichte lässt sich schwer bestimmen, wie gross wohl die Zeitdauer der Heranbildung dieses Afterproducts gewesen sein möchte. Jedenfalls war schon bei dem Eintritt der Pat. in das Hospital am 24. Juni der Hirnkrebs zugegen, worauf Kopfschmerz und die gastrischen Symptome hindeuten, während das eigentliche mit Anfang Juli auftretende Krankheitsbild, sowie der Tod am 1. August, durch die in der Umgegend des Krebsknotens gesetzte Malacie bedingt sein mag. Dass dieser Krebsknoten schon Jahre lang bestanden haben könne, dafür sprachen die so geringen subjectiven Erscheinungen, welche lediglich nur durch die ganz ausserordentlich langsame Ausdehnung des Krebsknotens eine so geringfügige Symptomengruppe bildeten. Die Lehre von den Apoplexien lässt uns zur Genüge erkennen, wie gross die Duldsamkeit der Gehirnmasse ist, und wie rasch oft selbst bei jäher Zerstörung ganzer Districte die Functionsstörungen verschwinden können. — Freilich war in vorliegendem Falle die geistige Entwickelung überhaupt eine sehr geringe, und es ist sehr fraglich, ob eine gleiche Entartung im Gehirn eines deutschen Philosophen eben so geringe Functionsanomalien veranlasst haben würde, als dies hier bei einem Subjecte *ab infima plebe* der Fall gewesen ist. — Ob das jahrelange Tragen schwerer Lasten auf dem Kopfe irgendwie bei der Entstehung eines solchen Leidens Berücksichtigung verdient, ist mehr wie fraglich. Gelegenheitsursache war hier wie immer ein dyskrasisches Moment, und für die Ursache der Localisation würde vielleicht ein ähnlicher physiologisch-pathologischer Trost zu finden sein, der eben so wohltönend und nichtssagend wäre, wie die ganze Lehre von den Dyskrasien überhaupt.

Mittheilungen aus der Klinik für Sinneskrankheiten unter der Leitung des Prof. Ruete in Göttingen.

Von

Dr. R. Gieseler, Assistenten.

(Fortsetzung aus No. 12.)

(Bei der grossen Verschiedenheit der Ansichten namhafter Ophthalmologen über den Zeitpunkt, in welchem Lebensalter man die *Cataracta congenita* operiren solle, scheint es mir nicht ohne Interesse zu sein, hier Einiges von dem mitzutheilen, was Hr. Prof. Ruete bei Gelegenheit eines solchen Falles vor seinen Zuhörern in der Klinik äusserte. Ref.)

Meine Herren! das Kind, welches Sie hier vor sich sehen, Georg Bartels, 16 Wochen alt, aus Machensen, ist auf beiden Augen staarblind. Die Eltern wissen nicht anzugeben, ob das Kind so geboren oder erst nach der Geburt erblindet sei; soviel ist aber gewiss, dass die Eltern, welche vier Wochen nach der Geburt die Blindheit des Kindes entdeckten, vorher nichts Auffallendes, etwa Röthe, auffallende Lichtscheu und Unruhe an dem Kinde wahrgenommen haben. Wahrscheinlich bleibt es daher, dass wir es hier mit einer *Catacta congenita* beider Augen zu thun haben. Das Kind erscheint uns ziemlich gut genährt und übrigens gesund. Am rechten Auge hat sich die Pupille nach Einträufelung von Belladonna etwas erweitert; am linken Auge ist die sehr enge Pupille nach der Einträufelung geblieben, wie sie war — woran wir erkennen, dass hier eine Verwachsung der Regenbogenhaut mit der vorderen Linsenkapsel existirt. Der Staar am rechten Auge zeigt sich hier in der Form einer sogenannten *Cataracta capsularis*, wahrscheinlich in Verbindung mit einer *Cataracta lenticularis*. Ich gebrauche hier den Ausdruck „*Cataracta capsularis*", ungeachtet ich im streng wissenschaftlichen Sinne eine Trübung der Substanz der Linsenkapsel nach meinen bisherigen Beobachtungen nicht annehmen kann; denn alle sogenannten Trübungen der Linsenkapsel bestehen nicht in Degenerationen der Kapsel selbst, sondern immer in fremdartigen Auflagerungen auf der vorderen oder meistens auf der hinteren Fläche derselben, von denen man sie, wenn man sie aus dem Auge herausnimmt, durch chemische und mechanische Hülfsmittel vollkommen reinigen kann. Bei der grossen Dunkelheit, welche noch immer die Entstehung der verschiedenen Staare umschleiert, will ich auf die verschiedenen Hypothesen, die über die Entstehung der Staare im Fötusalter aufgestellt sind, heute nicht eingehen und mich nur auf die Bemerkung beschränken, dass in dem genannten Lebensalter sich alle Formen von Staaren bilden können, die wir auch nach der Geburt entstehen sehen. Eine Frage von weit grösserer praktischer Wichtigkeit ist aber die, in welchem Lebensalter man die angebornen Staare operiren solle? Meiner Ueberzeugung nach fällt der beste Zeitraum für die Operation zwischen das Ende des ersten Vierteljahres und die Entwöhnung. Vor dem ersten Vierteljahre sind die Kinder noch allzu zart, und nach der Entwöhnung pflegen die Kinder wegen der veränderten Ernährung, wegen des Eintrittes der Zahnungsperiode, wegen der Neigung zu mancherlei Krankheiten des Unterleibes, der Brust und des Kopfes zu unruhig, und überhaupt zu Augenoperationen nicht geeignet zu sein. Hat man diese günstige Periode, in der ich bei 21 Fällen, die ich bereits operirt habe, niemals Entzündungen und andere nachtheilige Folgen beobachtet habe, vergeblich verstreichen lassen, so muss man in der Regel mit der Operation so lange warten, bis das Kind zu verständigeren Jahren gekommen ist, damit es sich mit Ruhe allen den Unbequemlichkeiten unterwirft, die mit der Nachbehandlung einer solchen Operation verbunden sind. Wie nachtheilig ein so langes Zuwarten für die geistige und körperliche Ausbildung des Kindes ist, sieht Jeder von selbst ein, um so mehr, da ich mit vollkommener Zuversicht behaupten kann, dass die Staaroperationen, wenn sie richtig und geschickt ausgeführt werden, durchaus gefahrlos sind und, wenn man es mit einfachen Staaren zu thun hat, immer gelingen. Wenigstens ist mir bis jetzt keine Operation misslungen. Eine Hauptsache bei diesen Staaroperationen ist die, dass man nicht mit einer Operation die ganze Kur zu vollenden trachte, sondern immer zur Zeit nur wenig thue, mit dem Gedanken, dass man nach zwei bis drei Wochen das Fehlende nachholen könne. Bei der Operation lasse ich das Kind auf ein keilförmiges Pferdehaarkissen auf einen Tisch legen, den Kopf und das obere Augenlid von einem ersten Gehülfen, die Extremitäten von einem zweiten Gehülfen fixiren. Ich selbst setze mich auf einen Stuhl vor dem Tisch und steche, wenn die Pupille hinreichend erweitert ist, eine feine gerade Nadel durch die Cornea bis in die Linsenkapsel, mache dann einen Kreuzschnitt in diese und gebe der Linse selbst einen kleinen Ruck nach hinten und unten, wodurch sie von ihrer Umgebung gelöst und der Resorption übergeben wird. Bleibt die Linse nach diesem ersten Versuche, den ich bei enger Pupille in ähnlicher Weise durch die Sclerotica vornehme, zwei bis drei Wochen ganz unverändert, so nehme ich ganz in derselben Art, wie bei Staaroperationen bei Erwachsenen, die Zerstückelung oder Reclination durch die Sclerotica vor, aber stets mit dem bestimmten Vorbedacht, sogleich von der Operation abzustehen, um sie später noch einmal wiederholen zu können, wenn auch dieser zweite Versuch noch nicht den gewünschten Erfolg zeigt. Durch dieses vorsichtige und sanfte Operiren werden grössere Zerreissungen des Glaskörpers, Quetschungen der Retina, Verletzungen der Regenbogenhaut und des Ciliarkörpers vermieden, die bei einer energischeren Art zu operiren, wegen der grossen Zartheit der Gebilde und der nie ganz zu beseitigenden Unruhe des Kindes nicht zu verhüten sein möchten, und dann leicht nachtheilige Entzündungen mit ihren Ausgängen herbeiführen könnten. Bei der Nachbehandlung ist stets für gute Muttermilch und für gehörige Leibesöffnung zu sorgen. Blutentziehungen habe ich bisher nie nöthig gefunden, indem durch die consequente Anwendung der Ueberschläge von Belladonna und kaltem Wasser in allen Fällen, die ich operirt habe, der Entstehung einer Entzündung hinreichend vorgebeugt wurde.

(Das oben genannte Kind wurde in der angegebenen Art am 4. Febr. durch Scleroticonyxis am rechten Auge operirt und nach 14 Tagen aus der Kur entlassen, weil die Pupille schon anfing, klar zu werden, und das Kind entschiedene Zeichen seines Sehvermögens äusserte. Ref.)

Eine Krankheit, welche den Ophthalmologen von jeher sehr viel zu thun gemacht hat, und mit der auch wir uns täglich herumschlagen müssen, ist die Bildung der Granulationen auf der Conjunctiva. Wird von der inneren Oberfläche einer granulösen Conjunctiva etwas mit einem Messer abgeschabt, so zeigt dies in der Regel unter dem

Mikroskope Eiterkörperchen, Epitheliumzellen und geschwänzte Zellen. Wird von der ihrer Epithelialoberfläche beraubten Conjunctiva eine feine Schicht mit der Scheere abgeschnitten und mikroskopisch untersucht, so zeigt diese sehr zahlreiche, meist mit Blut gefüllte Capillargefässe mit einem geschlängelten, knäuelartig gewundenen Verlaufe. Wird das Blut aus ihr mit Wasser ausgewaschen, und wird die übrig bleibende Substanz durch Druck auf die bedeckende Glasplatte so viel als möglich vertheilt, so überzeugt man sich, dass sie mit Ausnahme der Gefässknäuel fast ganz aus geschwänzten Zellen mit wenigen dazwischen liegenden Eiterzellen besteht. Die geschwänzten Zellen haben deutliche Kerne mit einem bis drei Kernkörperchen. Das sammetartige Ansehen der Granulationen auf der Conjunctiva wird dadurch hervorgebracht, dass einzelne Partien derselben, ähnlich den Darmzotten, kleine Hervorragungen bilden. In diesen Hervorragungen sind jene gewundenen Capillargefässe besonders deutlich und stark entwickelt. Die Epithelialzellen dringen in die Zwischenräume dieser Hervorragungen ein. Die tieferen Schichten der entzündeten Conjunctiva enthalten neben den beschriebenen Elementen, den geschwänzten Zellen, den Eiterkörperchen und Blutgefässen, auch deutliche Fasern von der Beschaffenheit der Zellgewebsfasern, welche, sich in Bündeln vereinigt, in allen Richtungen durchkreuzen. Die Fasern treten nach der Anwendung des kohlensauren Ammoniaks deutlicher hervor. Die Schleimdrüsen, wie die Meibom'schen Drüsen, zeigten bei den Untersuchungen eine vollkommen gesunde Beschaffenheit oder waren comprimirt und atrophisch.

Die eben beschriebene Beschaffenheit ist mit geringen Modificationen bei allen Granulationen dieselbe, mag deren Entstehung die Folge einer ägyptischen oder gonorrhoischen, oder einer gichtischen, skrophulösen, katarrhalischen Entzündung sein, oder mögen sie sich sehr langsam und allmälig, ohne äusserlich wahrnehmbare Entzündungssymptome, entwickeln. Die mikroskopische Analyse der Granulationen beweist uns auf das Entschiedenste, dass die Ursache ihrer Entstehung eine Entzündung des Papillarkörpers sei, mag man die Entzündung auch definiren, wie man wolle. Man sieht hier Erweiterung und Hyperämie der Blutgefässe, amorphe und theilweise oder ganz organisirte Exsudate, bisweilen auch Atrophie der zwischen ihnen liegenden, ursprünglichen Gebilde. Lauter Erscheinungen, die auch nach den neuesten Untersuchungen über die Entzündung als wesentliche Elemente derselben sich herausgestellt haben.

In der neuesten Zeit haben sonst ausgezeichnete Ophthalmologen in Prag und Wien einen wesentlichen Unterschied gemacht zwischen einer katarrhalischen Entzündung der Bindehaut, einer Blennorrhöe derselben und der Granulationsbildung, welche letztere auch mit dem Namen Trachom belegt wird. Einen Unterschied muss auch ich anerkennen, aber nicht einen solchen, wie ihn jene Ophthalmologen aufgestellt haben.

Der sogenannte Augenkatarrh, dann die Blennorrhöe *(Ophthalmia gonorrhoica, bellica, militaris, neonatorum)* und das Trachom beruhen alle drei, wie oben gezeigt ist, auf Entzündung. Ihr Unterschied hängt allein ab von dem Sitze, dem Verlaufe der Entzündung und von der Beschaffenheit und dem Auftreten des Exsudates. Diese Momente werden freilich ohne Zweifel wesentlich modificirt von den zufälligen und constitutionellen Ursachen, welche indess in den meisten Fällen noch sehr im Dunkeln schweben.

Die sogenannte katarrhalische Augenentzündung hat ihren Sitz in den oberflächlichen Schichten und in den Schleimdrüsen der Conjunctiva der Augenlider, und besonders in der *Plica bulbopalpebralis*. Ein plastisches Exsudat wird daher nur auf der Oberfläche ergossen, welches sich theils in Eiterzellen, grösstentheils aber nach dem Gesetze der analogen Bildung in Epitheliumzellen umwandelt, die in einer klebrigen, durchsichtigen, in Essigsäure gerinnenden, wahrscheinlich von den Schleimdrüsen abgesonderten Flüssigkeit schwimmen, während die tiefer liegenden, weniger entzündeten Gefässe ein seröses, nicht sich organisirendes Exsudat liefern, welches die Conjunctiva tränkt und etwas chemotisch auflockert. Greift dieser katarrhalische Entzündungsprocess mehr in die Tiefe, so bildet sich auch hier, wie ich es wiederholt beobachtet habe, ein plastisches Exsudat, welches sich zu Granulationen umwandelt. — Die blennorrhoischen Augenentzündungen charakterisiren sich besonders dadurch, dass sie den Papillarkörper der Conjunctiva, der aus feinen, mit Nerven durchwebten Gefässknäueln besteht, unverhältnissmässig stark angreifen, während sie die eigenthümlichen Schweissdrüsen und die Meibom'schen Drüsen mehr oder weniger frei lassen; so dass besonders die ersteren durch den Druck, welchen die angeschwollenen Gefässe und die Exsudate ausüben, allmälig veröden. Da nun hier der gefässreichste Theil der Conjunctiva neben den übrigen Gebilden derselben in grosser Ausdehnung entzündet ist, so wird es erklärlich, warum die Exsudate hier so rasch und in so grosser Quantität auftreten. Sehr reichlich und schnell entstehende Exsudate werden aber nur selten organisirt, sondern führen, wenn sie hinreichende Proteïnstoffe enthalten, zur Eiterung, zur ödematösen Auftreibung und Auflösung der Gewebe. Daher sehen wir bei diesen Entzündungen so häufig Verschwärungen und nur seltener Granulationen, die, wenn sie auftreten, meistens durch fortdauernde Einwirkungen des Exsudats wieder rasch der Schmelzung unterliegen. Das Schmelzen der Granulationen durch das blennorrhoische Secret, mag dies das Resultat einer fortdauernden oder durch Impfung u. s. w. neu hinzugetretenen Entzündung sein, kann uns daher nicht als ein Beweis eines Antagonismus zwischen dem Granulationsprocesse und der blennorrhoischen Entzündung gelten. Die Schmelzung der festgewordenen Entzündungsproducte durch fortdauernde Secretion flüssiger Stoffe ist nämlich ein ganz gewöhnliches Phänomen, welches wir bei allen möglichen Entzündungen beobachten, und wovon uns der Mechanismus längst durch die pathologische Anatomie aufgeklärt ist. Das aus den Augen fliessende Exsudat besteht im Anfange theils aus einer klaren Flüssigkeit, theils aus Schleim, der durch Essigsäure gerinnt, und aus vielen Eiterzellen, die mit wenigen Epitheliumzellen vermischt sind. Später fliesst eine dicke, helle, scharfe Flüssigkeit aus den Augen, die unter dem Mikroskope die Charaktere des vollkommensten Eiters zeigt, und die zuletzt durch eine grosse Menge eines dicken, trüben, gelben Eiters ersetzt wird. — Der Granulationsprocess oder die Trachombildung beruht, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, ebenfalls auf Entzündung des Papillarkörpers, aber die Entzündung ist hier meistens eine schleichende, wobei die gewöhnlichen Entzündungssymptome oft sehr wenig ausgeprägt sind. Gerade diese Art der Entzündung neigt nun am meisten zu dem Ausgange des Exsudats in Organisation, indem ein langsam und in geringer Quantität in das Gewebe sich ergiessendes Exsudat, in der Regel nach dem Gesetze der analogen Bildung, in Organisation übergeht.

Die Trachombildung wird nun als ein Process sui generis betrachtet, der durchaus keine entzündliche Natur habe, sondern in einem ursächlichen Zusammenhange mit einer hyperinotischen oder tuberkulösen Kakochymie stehe. Das Trachom soll also der locale Ausdruck einer Blutkrase sein.

Um Ihnen, meine Herren, über diese Ansicht ein richtiges Urtheil zu verschaffen, muss ich Einiges aus der neueren Humoralpathologie herbeiziehen. Dieser liegt in der That der wahre Gedanke zu Grunde, dass viele Krankheiten nicht der alleinige Ausdruck einer localen, anatomischen Veränderung, sondern der einer fehlerhaften Mischung des Blutes und einer dadurch bewirkten Veränderung der Vegetation sind. Wäre man vorläufig bei dieser einfachen Annahme stehen geblieben, so hätte man nichts dagegen erinnern können; aber man beging voreilig den Fehler, aus einzelnen, hie und da gefundenen Umänderungen des Blutes die Einheit für Localkrankheiten aufzustellen und zu glauben, dass damit schon viel gethan sei. Die Resultate der neuesten chemischen und mikroskopischen Untersuchungen des Blutes haben sich aber noch als sehr lückenhaft herausgestellt, und erst in wenigen Fällen primäre Mischungsveränderungen des Blutes als Ursachen anderweitiger Erkrankungen wirklich nachgewiesen. Die scharfsinnigen und fleissigen Untersuchungen von Becquerel und Rodier, von Popp, J. Vogel, Scherer, Simon, Lehmann und Anderen, in Beziehung auf die Mischungsveränderungen des Blutes und der Organe überhaupt, veranlassen Henle und Moleschott, nach einer sorgfältigen Prüfung aller Materialien, zu folgendem Ausspruche: „Wenn die Beobachtungen der genannten Männer Vertrauen verdienen, so hätte schon jetzt die viel versprechende chemische Untersuchungsmethode ihren Culminationspunkt erreicht und sich dadurch selbst überflüssig gemacht, dass sie zeigte, wie es für die verschiedensten, ja für scheinbar entgegengesetzte Krankheitszustände nur eine Blutmischung gäbe."

Wenn es nun auch der Anhaltspunkte für die Aufstellung einer neuen Humoralpathologie noch sehr wenige giebt, so sind die Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen doch nicht überall so niederschlagend, wie jene beiden ausgezeichneten Männer meinen; nichts destoweniger glaube ich aber doch sagen zu dürfen, dass die Annahme, das Trachom sei der locale Ausdruck einer Blutkrase, jeglichen positiven Grundes entbehre. Diese Annahme ist weiter nichts, als ein Ausfluss der Krasenlehre von Rokitansky. Dieser geniale Forscher, der bald einsah, dass mit den chemischen Untersuchungen noch nicht viel zu machen sei, versuchte es, die Merkmale einer Krase nach der Beschaffenheit der Exsudate und des Blutes an der Leiche zu bestimmen. Aber die Beschaffenheit der Exsudate und des Blutes an der Leiche reichen, wie andere pathologische Anatomen längst gezeigt haben, ebenfalls nicht hin, um aus ihr auf die Mischung des Blutes am Lebenden einen reinen Schluss machen zu können.

Wollten wir auch alle diese Bedenken, welche die heutige Humoralpathologie treffen, unberücksichtigt lassen, so würde man die neue Lehre vom Trachom doch nicht zu rechtfertigen im Stande sein. Folgende Umstände sind hier nämlich zu beachten:

1) Blutanalysen von Menschen, welche am Trachom litten, be-

sitzen wir nicht. Daher ist uns auch der Schluss von der krankhaften Bildung der Conjunctiva auf eine fehlerhafte Blutmischung nicht erlaubt.

2) Unter den am Trachom leidenden Individuen finden wir viele, welche den verschiedenartigsten Schädlichkeiten ausgesetzt waren: — Schädlichkeiten, die allenfalls im Stande sind, Schwankungen in der Mischung des Blutes zu veranlassen, wie z. B. mangelhafte und übermässige Nahrung, sehr unregelmässige, anstrengende Lebensweise, schlechte Luft und andere Einflüsse, welche den Stoffwechsel und die Secretionen verändern. Viele andere leben aber unter durchaus günstigen Bedingungen. Eine nicht unbedeutende Anzahl der Trachomatösen leidet ausserdem an den verschiedenartigsten Krankheiten, von denen wir wissen, dass sie die Blutmischung nicht unangetastet lassen können; andere sind übrigens vollkommen gesund. Alle sollen aber darin übereinstimmen, dass sie nebenbei an einer Krase leiden, die ein Trachom hervorzubringen gezwungen ist. Diese Thatsachen sprechen eben nicht zu Gunsten der eigenthümlichen Krase, welche das Trachom bedingen soll; und zwar um so weniger, weil jene oben genannten Schädlichkeiten, die auch als Veranlassungen des Trachoms angeführt werden, meist nur solche Schwankungen in der Mischung des Blutes bewirken, die in das Gebiet der Norm fallen, indem der Mechanismus unseres Körpers zur Ausgleichung derselben hinreichende Mittel besitzt. Nur wenn die genannten Momente länger einwirken, ist es nicht unwahrscheinlich, dass bleibende Veränderungen in der Bildung einzelner Elemente eintreten, welche die Ernährung des Körpers beeinträchtigen, ohne dass locale Texturveränderungen zur Erscheinung kommen. Aber auch Veränderungen in der Ernährung sind bei Trachomatösen in vielen Fällen durchaus nicht zu entdecken.

3) Läge dem Trachom eine Krasis zum Grunde, so müsste diese derartig sein, dass sie allen Einflüssen trotzte, weil das Trachom unter den verschiedenartigsten äusseren Verhältnissen bei Gesunden und Kranken, die ohnehin schon an anderen Krasen leiden, auftritt, und Jahre hindurch fortwuchert, ohne seinen Charakter zu ändern. Alle sogenannten Krasen aber, auch selbst die, welche durch Erkrankung der bei der Blutbildung betheiligten Organe bedingt sind und in Vermehrung oder in Verminderung eines der Hauptbestandtheile des Blutes ihren Grund haben, ändern sich, wie dies die pathologische Chemie lehrt, durch neue Exsudate, Blutverluste, Entziehung und Aenderung der Nahrung, durch vicariirende Secretionen etc. sehr häufig. Weshalb soll denn die Krase des Trachoms sich niemals ändern? Alles dieses lehrt, wie vorsichtig man bei der Annahme einer abnormen Krase zu Werke gehen müsse.

4) Eine secundäre Krase, in Folge von Resorption putrider Stoffe, findet beim Trachom nachweislich auch nicht statt.

5) Ein miasmatischer Stoff, der vorübergehend ins Blut dringt und anderweitige Krankheiten hervorruft, ohne dass er das Blut nachweisbar krank macht, kann die Trachombildung nicht wohl bedingen, weil dieselbe eines Theils zu lange anhält und anderen Theils in den verschiedensten Klimaten und Jahreszeiten in trocknen und feuchten, hohen und niedrigen, kalten und warmen Gegenden vorkommt, wo ein überall gleiches Miasma nicht anzunehmen ist.

Nach Berücksichtigung aller dieser Bedenken, die ein Jeder prüfen, annehmen oder verwerfen mag, kann ich mich von der Ansicht nicht lossagen, dass das Trachom weniger durch allgemeine und constitutionelle, als durch örtliche, auf die Conjunctiva und besonders auf ihren Papillarkörper wirkende Ursachen hervorgerufen wird.

(Fortsetzung folgt.)

Uebersicht der auf der chirurg.-syphilitischen Abtheilung des k. baierischen Militär-Krankenhauses zu München vom 1. Januar bis 31. December 1849 vorgekommenen Krankheitsformen und vollführten Operationen.

Von

Philos. et Med. Dr. Anton Besnard,

k. Bataillons- und prakt. Arzte zu München [1].

Im Interesse der Wissenschaft liegt es gewiss, dass auch von den grösseren Militär-Krankenhäusern von Zeit zu Zeit ihre Leistungen, besonders im Gebiete der Chirurgie und Syphilis, dem ärztlichen Publicum bekannt gegeben werden, und darum möchte die Bekanntgebung dieses Berichtes vor dem Forum der Publicität als gerechtfertigt erscheinen. Die Totalsumme aller behandelten chirurgischen und syphilitischen Krankheitsformen belief sich auf 1619, von denen 893 chirurgische und 334 syphilitische geheilt, 64 chirurgische ungeheilt entlassen wurden. Gestorben sind 4 im Verlaufe dieses Jahres.

I. Entzündungen: *a*) der Haut, des Zellgewebes: Rothlauf 34, Furunkel und Abscesse 80, Panaritium 20, Pernio 18, Verbrennungen 22; *b*) der Schleimhäute: Laryngitis 3, Stomacace 20, Ulitis 6; *c*) der fibrösen Häute: Rheumatismus 9; *d*) der Knochenhaut 7; *e*) Arthrocacen 9; *f*) der Drüsen: Parotitis 12, der Brustdrüse 14, der Inguinaldrüsen 40, der Hoden 30. II. Eiterungen: Empyem der Brusthöhle 2. III. Indurationen: Struma 30. IV. Contusionen, Erschütterungen 113. V. Trennungen: *a*) Wunden 187; *b*) Knochenbrüche: Bruch des Radius 1, der Ulna und des Radius 2, der Fibula 20, der Clavicula 2; *c*) Geschwüre 120, varicöse 9; *d*) Fisteln 3; *e*) Caries 7. VI. Lageveränderungen: *a*) Brüche: Leistenbrüche 15; *b*) Luxationen 22; *c*) Verrenkungen 18. VII. Verengerungen: Phimosen 16, Paraphimosen 22. VIII. Verkrümmungen 34. IX. Hautkrankheiten: Herpes 30, Eczema 12, Impetigo 28. X. Krankhafte Secrete: Oedema 16, Ganglion 9, Hygroma 3, Hydrocele 3. XI. Verlust einzelner Finger 18. XII. Pseudoplasmata: Nasenpolypen 1. XIII. Syphilis: Gonorrhöen, Balanitis 114, Geschwüre 143, Hodenentzündungen 41, Bubonen 53, Condylome 37, Exantheme 5, Exostosen 2, Halsentzündungen 5. XIV. Augenkrankheiten: Katarrhalische Augenentzündung 30, rheumatische 24, rheumatisch-katarrhalische 30, Kurzsichtigkeit 13, Cataracte 2.

Operationen wurden vom Verfasser verrichtet: 1) Die Amputation einzelner Phalangen 16 Mal, die des ganzen Zeigefingers 2 Mal; 2) ein linksseitiger Leistenbruch mittelst des Wutzer'schen Invaginatoriums; 3) die Operation der Phimosis wurde 7 Mal vollzogen, darunter 1 Mal nach Ricord's neuerem Verfahren; die gewöhnliche Operationsweise bestand in der In- und Excision; 4) 3 Mal die Operation der Paraphimose; bei einer trat eine weit verbreitete *Phlegmonedes penis* mit brandigen Geschwüren der Eichel ein, die sich in kurzer Zeit in Gangrän terminirte, und mit einem partiellen Verluste des Penis endete; 5) 2 Mal die Exarticulation zweier Zehen in Folge von Caries, worunter eine mit dem Metatarsusknochen; 6) die sechsmalige Exstirpation von Balggeschwülsten verschiedener Grösse mittelst zweier ovaler Schnitte, mit darauf folgender Vereinigung durch die blutige Naht; 7) 1 Mal die Operation der Hydrocele durch Excision; 8) die Fracturen der oberen wie unteren Extremitäten wurden in der Regel innerhalb 6 Wochen durch den Sauter'schen Kleisterverband geheilt, die Fracturen der Clavicula durch den Wilhelm'schen Apparat.

Ausserdem verdienen noch erwähnt zu werden: die häufigen und hartnäckigen Drüsenanschwellungen des Halses, der Achsel- und Inguinalgegenden, die, stets mit Eiterung endend, die Eröffnung des Abscesses durch Einschnitt erforderten. Die Entfernung mehrerer Pulverkörner aus der Cornea und Sclerotica geschah durch eine gewöhnliche Staarnadel.

Eine Stichwunde mit bedeutender Suppuration des Oberschenkels, dann eine Wunde am Rücken der Hand, verbunden mit Zersplitterung eines Metatarsusknochens, wurden ebenfalls geheilt. Gegen einen bedeutenden Splitterbruch der Tibia und Fibula in ihrer Mitte mit beträchtlicher Zerreissung von Venen und Muskeln ward der neue Malgaigne'sche Schraubenapparat angelegt. Von der sehr grossen Anzahl leichter und sehr schwerer Kopfverletzungen, meist mit *Commotio cerebri*, endeten 2 Fälle lethal.

Ein Kanonier erlitt eine *Contusio thoracis et abdominis*, und starb nach 6 Stunden in Folge innerer Verblutung. Die Section zeigte eine Zerreissung des grossen Leberflügels. Ein Soldat ging mit Zerrung der Brustmuskeln zu, und erlag später dem Typhus.

Die Syphilis wurde im strengsten Sinne des Wortes antimerkuriell behandelt. Die Schanker wurden mit in Seifenwasser getauchter Charpie und erweichenden Cataplasmen behandelt; gegen das Ende der Heilung einige Male mit Höllenstein getupft. Dabei beobachtete der Kranke blande Diät und blieb im Bette liegen. Ein phagadänischer Schanker, der die halbe Eichel inne hatte, heilte binnen 3 Wochen mittelst innerlicher Gabe eines *Decoct. infus. rad. Sassap. c. Senna* und äusserlicher Bedeckung des Geschwürs mit dem lauwarmen *Vinum aromaticum*. Die häufig vorkommenden *Bubones fistulosae* wurden mit dem Messer erweitert und durch den Druckverband geschlossen. Secundäre und tertiäre Syphilis wich dem ein- bis zweimaligen Gebrauche des vereinfachten *Decoct. Zittm.* und einer täglichen zweimaligen Einwickelung des Patienten in nasse Leintücher. Gestielte Condylome trug man durch die Cooper'sche Scheere ab, platte hingegen durch das Plenk'sche Liniment. Gegen acute wie chronische Tripper bewährten sich die Mineralsäuren in einem schleimigen Vehikel.

Bei allen kleineren wie grösseren operativen Eingriffen äusserte das Chloroform seine unfehlbare schmerzstillende Kraft.

[1]) Frühere Berichte über dieses Krankenhaus lieferten: Dr. v. Hartz in den Jahrb. des ärztl. Vereins zu München, 1836, Bd. 2. — Dr. Seitz in dem med. Correspondenzblatte baierischer Aerzte, 1848, S. 446, und Dr. Besnard, ebendaselbst No. 52.

1170 Scabiöse wurden binnen 8 bis 10 Tagen durch den Gebrauch der *Sapo unguin. albus* nach Dr. Handschuch und Seifenbäder geheilt.

Heilung einer *Spina bifida.*

Von

Hofrath Dr. Spengler in Herborn.

Die *Spina bifida* ist eine jener trostlosen Krankheiten, die dem Arzte kaum mehr als das Zusehen erlauben; sie endet meist bald tödtlich, wenigstens ist die Prognose stets eine sehr missliche. Bei diesen Umständen werden denn auch gewöhnlich nur wenig oder gar keine Heilversuche gemacht, obschon doch nicht wenig Fälle bekannt geworden sind, wo derartige Krankheitsfälle geheilt wurden. Mir ist kürzlich ein Fall vorgekommen, in dem die Heilung auf sehr einfache Weise gelang, weshalb ich ihn hier kurz mittheilen will.

Das zweite Kind ganz gesunder Eltern kam anscheinend ganz gesund zur Welt; wenigstens behauptete die Kinderfrau, die freilich schon hoch in den Siebzigern ist, nichts Besonderes bemerkt zu haben. Nach ungefähr 8 Tagen jedoch zeigt sich diese ängstlich, sie untersucht stets den Rücken beim Wickeln, so dass die besorgten Eltern aufmerksam wurden. Sie fanden bei näherer Betrachtung eine Geschwulst am unteren Ende der Wirbelsäule, die die Eltern um so mehr erschreckte, als sie das Jahr zuvor ihr erstes Kind an einer ähnlichen Geschwulst, die nur weiter oben sass, verloren hatten. Der sofort hinzugerufene nächste Arzt erklärte, dass hier ein Knochen fehle und das Kind verloren sei, weshalb er es für unnöthig halte, etwas zu verordnen. Am 14. Febr. d. J., als das Kind 11 Tage alt war, sah ich es in dem beinahe zwei Stunden entfernten Dorfe zum erstenmale. Ich fand ein mageres, heftig schreiendes Kind, sich windend und drehend. Die zur Beruhigung gereichte Brust der Mutter verschmähte das Kind. Am unteren Ende der Wirbelsäule, etwas oberhalb des Kreuzbeins, sah ich eine hühnereigrosse, blaurothe Geschwulst mitten auf den Wirbeln, mit breiter Basis aufsitzend. Beim Zufühlen deutliche Fluctuation, auf jeder Seite deutlich zwei harte Erhabenheiten. Die unteren Extremitäten waren kühl und von dem scharfen Urin und den diarrhoischen grünen Stühlen excoriirt. Beim Druck auf die Geschwulst heftige Schmerzäusserungen, und Zuckungen der unteren Extremitäten. Die Diagnose war somit vom vorher gerufenen Arzte schon sehr richtig auf Fehlen der Wirbelbogen gestellt.

Da die Bedeckungen dunkelblauroth waren, und an dem unteren und oberen Ende der Geschwulst sich blaue Bläschen von der Grösse einer Linse zeigten, unten eins, oben zwei, somit die Haut zu gangräneseiren begann, verordnete ich aromatische Umschläge, und schon nach kurzer Zeit öffnete sich die Geschwulst in dem unteren Bläschen, und es lief der blutig-jauchig-eitrige Inhalt aus. Deutlich konnte man nun die Knochenspalte fühlen, die ungefähr die Grösse eines Zolles betrug. Die Breiaufschläge von *Species aromat.* wurden nun stets in der Art fortgemacht, dass das Kind immer auf einem feuchtwarmen Kräuterkissen lag. Innerlich wurde *Calcaria phosphorica* gegeben. Unter dieser Behandlung besserte sich das Kind, es trank, die Stühle wurden seltener und gelb gefärbt; aus der Geschwulst floss Anfangs noch Eiter, zuletzt ein dünnes Serum. Am dritten Tage war die Oeffnung der Geschwulst zugeheilt, die Haut war normal, nur hochroth gefärbt, jedoch ohne Schmerz, und alle Geschwulst verschwunden. Noch nach 14 Tagen war die Haut dunkel, und die hervorstehenden Ränder der Wirbelknochen sehr deutlich zu fühlen, jedoch ist die Spalte viel kleiner geworden. Neue Ansammlung hat nicht mehr stattgehabt. Das Kind befindet sich sonst sehr wohl, namentlich ohne alle Spur von Zuckung oder Lähmung in den unteren Extremitäten. So sind jetzt mehr als 3 Wochen seit meinem ersten Besuch vorübergegangen.

Besonders merkwürdig ist in diesem Falle noch ausserdem, dass die gesunden Eltern zwei Kinder nach einander mit *Spina bifida* gezeugt haben. Es ist mir überhaupt auffallend, wie viel Missbildungen, namentlich Hemmungsbildungen, ich seit den zwei Jahren, während welcher ich hier angestellt bin, auf einem so kleinen Raume zu sehen Gelegenheit hatte. Es gehören dahin: ein Anophthalmos bei einem Kinde und ein gleicher bei einem Kalbe (welch letzteres Präparat das pathologische Museum in Giessen bewahrt); ausser den beiden erwähnten Fällen von *Spina bifida* sah ich noch einen dritten; eine Spaltung der Uvula und des harten Gaumens; ein doppeltseitiger Klumpfuss; ein Kind mit Defect der Rippen und sogenanntem Lungenbruch; ein Hypospadiäus; das Fehlen der Fibula an beiden Füssen; sechs Finger an den Händen und sechs Zehen an den Füssen bei einem und demselben Individuum; total verwachsene Finger einer Hand; eine Hasenscharte u. a. m.

Ich weiss nicht, ob diese Masse von Missbildungen in localen Verhältnissen ihren Grund hat; doch weiss die Tradition hier wenig solcher Fälle zu erzählen, oder ob auch vielleicht an anderen Orten ähnliche Beobachtungen gemacht wurden, und so vielleicht ein gemeinsames ätiologisches Moment vorhanden wäre?

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Nassau. Dr. Spengler zu Herborn ist vom Grossherzog von Mecklenburg-Schwerin zum Hofrath ernannt worden.

Oesterreich. Dem Dr. M. Popel, Prof. der Staatsarzneikunde an der Universität zu Prag, der Titel eines k. k. Rathes taxfrei.

Personalveränderungen. Baden. Amtschirurg Nusser in Achern ist pensionirt.

Kurhessen. Dr. F. Cramor, prakt. Arzt in Kassel, ist zum Ober-Med.-Rathe und Mitgliede des Ober-Med.-Collegiums ernannt.

Oesterreich. Dr. Th. Lowati, Prof. der medicinischen Klinik an der Universität zu Pavia, ist seiner Stelle enthoben.

Preussen. Angestellt: Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Kanzow als Kreis-Wundarzt des Schievelbeiner Kreises. Niederlassungen: Die prakt. Aerzte und Wundärzte Dr. Heiuss in Nackel und Dr. Pfitzner in Bojanowo. Gezogen: Die prakt. Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer Dr. Bender von Laasphe nach Siegen, Dr. Alfter von Zülpich nach Bonn, Dr. Prochnow von Fürstenwalde nach Frankfurt a. d. O. und der Wundarzt 1. Kl. Bleissner von Büren nach Moresnet.

Im Regierungs-Bezirk Düsseldorf waren am Schlusse des Jahres 1850 ansässig: 252 promovirte praktische Aerzte, 28 Wundärzte 1. Kl., 52 Wundärzte 2. Kl., 120 Apotheker 1. und 2. Kl., 32 Thierärzte 1. und 2. Kl. und 432 Hebeammen.

Sachsen. Hofrath Dr. E. Pienitz, Director der Irrenheilanstalt Sonnenstein, ist quiescirt mit Ernennung zum ausserordentlichen Mitgliede der Med.-Abtheilung im Ministerium des Innern und mit Ertheilung des Prädicats „Geh. Med.-Rath". Dr. Günther, bisher als Maiangeklagter auf dem Schlosse Rochlitz in Haft, ist begnadigt und entlassen.

Todesfälle. Oesterreich. Dr. J. B. Wisgrill in Wien, pens. Prof. der medic. Vorbereitungswissenschaften, 56 J.; Dr. Hübner, pens. Generalarzt des 8. Armeecorps.

Preussen. Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Plate zu Neustadt, Kreis Gummersbach.

Frankreich. Dr. J. Tourdes, Honorar-Professor bei der med. Facultät in Strassburg, Prof. beim milit. Unterrichtsspital daselbst, 80 J.

Grossbritannien. Dr. Stafford-Lee, wohlbekannt durch sein Werk über die Uteringeschwülste, welches ihm den Jackson'schen Preis erwarb, 41 J.

Anzeigen.

Sonnabend, № 14. 5. April 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Einige Worte über Tuberkelkrankheit.

Von

Prof. Naumann in Bonn.

Man streitet darüber: ob Skrofeln und Tuberkel einem und dem nämlichen, oder von einander verschiedenen Krankheitszuständen angehören. Einige haben nachzuweisen versucht, dass die physikalischen und die chemischen Eigenschaften der skrofulösen wie der tuberkulösen Ablagerungsproducte nicht mit einander übereinstimmen. Andere sind bestrebt gewesen, die Identität beider Materien nachzuweisen.

Auf diesem Wege dürfte kaum ein erspriessliches Resultat zu erwarten sein. Die vorliegenden Analysen der Tuberkelmaterie weichen unter einander selbst so sehr von einander ab, dass man wenig Gewicht auf die aus ihnen entnommenen Folgerungen legen kann. Es dürfte nicht leicht sein, wesentliche Verschiedenheiten der chemischen und der physikalischen Eigenschaften desjenigen Materials nachzuweisen, aus welchem die sogenannten gutartigen wie bösartigen Geschwülste zusammengesetzt sind. Eben so wenig stellen solche Verschiedenheiten sich heraus, wenn das Substrat dieser Neoplasmen mit der Substanz der normalen Gewebe verglichen wird. Erfahrungen dieser Art müssen zur äussersten Behutsamkeit auffordern.

Unläugbar ist die Tuberkelmaterie eine sehr stickstoffige Substanz. Ob das Azot in derselben nur in der Form des Faserstoffes, dagegen in der skrofulösen Materie bloss in der Form des Eiweissstoffes vorkomme, scheint mir von keiner grossen Bedeutung zu sein. Verschiedene Analysen weisen in beiden Materien überdies Käsestoff nach. Alle diese Substanzen sind ja Modificationen des Proteïns, oder wenigstens stehen sie sich so nahe, dass durch die Lebensvorgänge selbst leicht die eine von ihnen Gelegenheit findet, die Beschaffenheit einer der beiden andern anzunehmen. Sind doch die Vorkämpfer der Krasenlehre selbst genöthigt, faserstoffige und eiweisstoffige Tuberkel zu unterscheiden?

Unverständlich bleibt es mir, mit welchem Rechte die tuberkulöse Materie ein arteriell ausgebildeter Faserstoff genannt werden kann. Denn der Faserstoff von gesundem arteriösen und venösen Blute bietet keine wesentlichen Verschiedenheiten dar. Den aus frischem Blute gewonnenen Faserstoff wird Niemand mit Tuberkelmaterie ernstlich identificiren wollen!

Von mehreren Seiten her wird auf die Spuren von Organisation, die man bisweilen in der Tuberkelmaterie antrifft, ein besonderes Gewicht gelegt. Dieselbe kann verschiedenartige, ihr eigentlich fremde, oder doch nicht nothwendig angehörende Substanzen in sich schliessen, z. B. Fettbläschen oder Fetttröpfchen, Cholestearinblättchen, kleine amorphe Anhäufungen von Kalksalzen, sogenannte Molecularkörperchen, verschiedenartig gestaltete und eben so verschiedenartig gruppirte Körner, endlich mehr oder minder ausgebildete Zellen, in seltenen Fällen sogar kernhaltige Zellen. Die morphologischen Elementarformen kommen überhaupt nicht häufig vor. — Die zahlreichen Ergebnisse der mikroskopischen Forschungen über diesen Gegenstand sind sehr von einander verschieden, und bleiben ohne Einfluss auf die Beurtheilung der pathogenetischen Bedingungen der Krankheit.

Zur richtigen Deutung der häufig vergeblich gesuchten, aber immer nur sparsam aufzufindenden organischen Primitivformen in der tuberkulösen Materie, hat man auf folgende Umstände einige Rücksicht zu nehmen: *a)* der tuberkulösen Materie können füglich, zur Anbildung geeignete Nutritionssäfte in sehr verschiedenen Proportionen beigemengt sein. Ich sehe nicht ein, warum dieselben, unter günstigen Verhältnissen, nicht zur Bildung der einfachsten Organisationsformen die Veranlassung geben sollten. *b)* Selten zeigen sich in der tuberkulösen Materie vor ihrer Erweichung ausgebildetere organische Gestaltungstypen. Diese, immer selten und isolirt bleibenden Bildungen entstehen mithin unter den nämlichen Verhältnissen, wie die Eiterzellen, welche sichtbar werden, indem ein faserstoffiges Exsudat zu Eiter zerfliesst. *c)* Nach vollendeter Erweichung mögen nicht selten Trümmer der durch

---

Feuilleton.

Erwiederung auf die Correspondenz aus Breslau in No. 10 dieser Klinik.

Von

Dr. Th. Cohn.

Nebst einem Anhang von Dr. Göschen.

Danzig. Es ist natürlich, dass gekränkte Eigenliebe keine Rücksichten nimmt; aber es wäre unverzeihlich, wenn man den Namen eines Ehrenmannes, der ohne sein Dazuthun vor die Oeffentlichkeit gezogen worden ist, jedem hämischen Angriffe preisgeben und ihn zum Ausgangspunkte selbstsüchtiger Diatriben machen lassen wollte. Nichts desto weniger will ich nicht den Lobredner des in der Breslauer Correspondenz der Deutschen Klinik vom 8. März blossgestellten Dr. Götz machen; ich bin zu sehr sein Freund, als dass ich bei Ihren Lesern auf den Glauben an die Wahrheitsliebe rechnen dürfte, deren Zeugniss meine näheren Bekannten mir nicht versagen werden. Ich will auf die Sache selbst losgehen, und nur die beiden Punkte kurz beleuchten, die Ihren anonymen Correspondenten so sehr in Harnisch bringen. Kein Mann von Fach hat je geglaubt, dass einige mehr oder weniger gelungene medicinische Arbeiten als Zeugniss für die Befähigung zum klinischen Lehrer dienen können, und es ist vielleicht Selbstüberschätzung, wenn Hr. —n hofft, dass wir es ihm jetzt auf sein Wort glauben sollen. Er ist jedoch gewiss im Irrthum, wenn er meint, dass der Arzt des Danziger Hospitals Lust haben kann, in Journalen medicinischen Dilettantismus zu treiben, oder dass er die nöthige Ruhe und Musse haben wird, ein ordentliches grösseres Werk zu schreiben. Am hiesigen Hospitale waren vor Götz die DD. Sinogowitz und Baum; keiner von beiden hat sich hier als Schriftsteller hervorgethan; aber S. hat später gezeigt, dass er das reiche Material des hiesigen Krankenhauses in sich zu verarbeiten verstand, und die Georgia Augusta hat es nicht verschmäht, dem Dr. Baum die Langenbeck'sche Professur zu übertragen. Zum Andern meint Hr. —n, die Privatdocenten müssten eo ipso das Recht haben, in die Vacanzen einzurücken, und es läge in diesem Glauben ein Schein von Billigkeit, wenn wir auch auf der Universität, wie in anderen Staatsinstituten, die Anciennität respectiren müssten. Wir können uns in einer Provinzialstadt nicht anmassen, die Fähigkeiten der Privatdocenten an den verschiedenen Landesuniversitäten zu beurtheilen; aber es kann gewiss dem Dr. Götz nicht ein Vorwurf daraus gemacht werden, dass Hr. v. Siebold ihn den Breslauer Privatdocenten, die er doch sicherlich kennt, durchaus vorgezogen hat, und dass die Facultät seinem Vorschlage einstimmige Folge gegeben.

Verschwärung zerstörten umgebenden Weichgebilde mit Zellen verwechselt worden sein, die der Annahme nach ursprünglich im tuberkulösen Exsudate sich gebildet haben sollen.

In gewissen Punkten zeigt sich eine wirkliche Verschiedenheit im Verhalten der skrofulösen und der tuberkulösen Materie.

a) Unter der Voraussetzung, dass die Tuberkelsubstanz wie ein Exsudat zu betrachten wäre, musste zugegeben werden, dass dieselbe viel schneller als die skrofulöse Materie zu einer festweichen Masse gerinnt. Lymphatische Drüsen können schon in bedeutendem Grade skrofulös angeschwollen sein. Dennoch findet man bei der anatomischen Untersuchung, dass dieselben auf den Durchschnittsflächen noch nicht jene homogene markige oder käseartige Beschaffenheit darbieten, die allerdings vorwaltend wird, nachdem die skrofulöse Infiltration ihre vollkommene Reife erhalten hat. Ursprünglich hängt die Anschwellung von der Infiltration des Drüsengewebes durch eine wenig klebrige Flüssigkeit ab. Wer hat dagegen im Lungengewebe unzweifelhaft tuberkulöse Materie in flüssigem Zustande angetroffen?

b) Die tuberkulöse Materie geht aber auch binnen viel kürzerer Zeit als das skrofulöse Ablagerungsproduct in Erweichung über, indem sie zu jauchigem Eiter zerfliesst. Weit später und unvollkommener erfolgt die Umwandlung skrofulöser Exsudate in Eiter. Bekanntlich bleiben skrofulöse Drüsen nicht selten Jahre lang geschwollen und hart, ohne in Vereiterung überzugehen. — Wir gedenken hier nicht der Lebertuberkel, der skrofulösen wie der tuberkulösen Secretions- und Infiltrationsproducte der Schleimhäute etc. Es würde uns viel zu weit führen, die zum Theil abweichenden Verhältnisse dieser pathologischen Zustände bei dieser Gelegenheit einer Prüfung unterziehen zu wollen.

c) Die Ablagerungs- oder die Fundstätten der tuberkulösen und der skrofulösen Materie verdienen doch noch eine kurze Erwähnung: Es ist nicht gleichgültig, dass man bei Lungensüchtigen in der Regel (sie müssten denn gleichzeitig unzweifelhaft mit der Skrofelkrankheit behaftet sein) die äussern Lymphdrüsen frei von Geschwulst antrifft. Selbst die Gekrösdrüsen dürfte man ziemlich bei der Hälfte von phthisischen Leichen gesund, oder doch nur wenig verändert finden. Dagegen zeigen sich die Lymphdrüsen von tuberkulös erkrankten Organen fast immer bedeutend angeschwollen. In der nächsten Umgebung der grössten tuberkulösen Ablagerungen in den Lungen sind auch deren Lymphgefässe mit einem erstarrten Materiale angefüllt.

Aus den eben angeführten Thatsachen ergiebt sich mit Gewissheit, dass der Chylus und die Lymphe in der Tuberkelkrankheit der Assimilation keine Hindernisse entgegensetzen, die mit denen in der Skrofelkrankheit irgend verglichen werden können. Die Materie, mit welcher geschwollene skrofulöse Lymphdrüsen angefüllt sind, verhält sich nie wie ein durch Hyperämie bedingtes Exsudat. Dasselbe lässt sich nur als ein lymphatisches, d. h. als ein aus den Lymphkanälen exsudirtes Product auffassen. Aber wie verhält es sich mit der tuberkulösen Materie? Wir kommen darauf sogleich zurück.

Vorher ist noch Folgendes zu erinnern: Geschwollene skrofulöse Drüsen bleiben lange Zeit in einem Zustande, der nicht gestattet, eine Verstopfung derselben zu behaupten. Ihre Kanäle lassen sich mit Injectionsflüssigkeit füllen, haben mithin ihre Durchgängigkeit behalten. Dieses Verhältniss ändert sich jedoch, nachdem die Füllung der Drüsen mit erstarrtem Exsudate einen sehr hohen Grad erreicht hat. Die Drüsen lassen sich dann entweder gar nicht mehr, oder nur höchst unvollkommen injiciren. Dabei ist zu bedenken, dass es etwas ganz Anderes ist: ob Säfte durch Resorption (man denke sich diesen Vorgang wie man wolle) durch die Drüsenkanäle gefördert werden; oder ob man gewaltsam, durch eine Vis a tergo Flüssigkeiten durch diese Kanäle hindurch presst, und dabei in vielen Fällen zu Zerreissungen des Drüsengewebes Veranlassung giebt.

Die Skrofeln sind ursprünglich auf lymphatische Exsudation zurückzuführen. Dazu gesellt sich erst secundär (oder doch nur theilweise als wesentliches Symptom) pathologische Secretion sowohl in nutritiver, als in egestiver Richtung. Dagegen ist die tuberkulöse Materie, wenigstens in vielen Fällen, als Residuum des Ernährungsprocesses zu betrachten. Zwischen den skrofulösen und den tuberkulösen Affectionen sind ausserdem verschiedene Uebergangsformen anzuerkennen.

Die Beweisführung für diese Behauptungen behalte ich mir vor. Hier ist es mir darum zu thun, auf eine doppelte Quelle der Tuberkelkrankheit aufmerksam zu machen.

1) Die tuberkulöse Affection der Lungen bildet sich als Nachkrankheit der Skrofeln aus. Ihre nächste Ursache besteht darin, dass die lymphatischen Drüsen der Lungen nicht mit tuberkulöser Materie gefüllt sind, sondern mit skrofulöser Materie gefüllt bleiben, die nicht resorbirt worden ist. Wir erinnern an die selten fehlende Schwellung der Bronchialdrüsen in den Leichen von Skrofelkindern. Damit verbinden wir das Ergebniss zahlloser Leichenöffnungen von Tuberkelkrankheiten, aus denen sich ergiebt, dass diese Drüsen noch viel häufiger als die Lungen selbst mit einer Materie infiltrirt gefunden werden, die man tuberkulös nennt. Da nun aber die Anzahl derjenigen Personen ausserordentlich gross ist, die — nachdem sie in den Kinderjahren an Skrofeln gelitten hatten — in den Jünglingsjahren der tuberkulösen Lungensucht verfallen, — so zweifle ich nicht daran, dass jene Schwellung der Bronchialdrüsen wenigstens eben so oft skrofulösen als tuberkulösen Ursprunges sein wird.

Die Kanäle der skrofulös infiltrirten Bronchialdrüsen werden immer weniger geeignet, das Residuum des Stoffwechsels, d. h. bisher fest gewesene, und, in Folge des Ansatzes von neuer oder frischer Substanz, wiederum verflüssigte, nämlich verbrauchte Lungensubstanz aufzunehmen, und dadurch deren Zurückgelangung in die Blutmasse einzuleiten. Diese Schwierigkeit muss in dem nämlichen Verhältnisse zunehmen, als jenes Residuum reicher an Proteïnverbindungen bleibt. Daher wird sie im Jünglingsalter und bei Erwachsenen in viel höherem Grade sich geltend machen, als es in der kindlichen Lebensperiode der Fall sein kann. Bloss der flüssigere Theil jener durch das Leben verbrauchten Substanzen wird noch resorbirt. Die plastischen Stoffe und die schwer auflöslichen Salze bleiben, in der Form von Tuberkelmaterie im Lungengewebe zurück. Dieselbe wird fest, nachdem sie von ihrem flüssigen Auflösungsmittel getrennt worden ist.

Durch skrofulöse, aber nicht durch tuberkulöse Anschwellung der Bronchialdrüsen würde mithin zunächst die Resorption der verbrauchten Thierschlacke aus den Lungen erschwert und daher zu ihrer Anhäufung in diesen Organen die Gelegenheit gegeben werden. Es geschieht dieses aus dem Grunde, weil die Wege abgesperrt worden sind, auf denen dieses Residuum des Stoffwechsels allein hätte ausgeführt werden können.

Wir brauchen nicht dabei zu verweilen, wie durch die Anhäufun-

---

Auf jeden Fall ist die Empfehlung des Hrn. v. Siebold mehr werth, als der Widerspruch eines Anonymus, welcher geständlich den Dr. Götz gar nicht kennt. So lange nicht, wie in anderen Ländern, die Concurrenz, für welche sich bei Gelegenheit von Vorschlägen zur Medicinalreform auch das Gremium der hiesigen Aerzte ausgesprochen hat, bei der Besetzung von Professuren eingeführt ist, wird manches bescheidene Verdienst unberücksichtigt bleiben müssen. Einer anerkannten Notabilität aber wird Hr. Dr. Götz gewiss gern den Platz räumen.

Ich habe, um nicht den Vorwurf der Parteilichkeit auf mich zu laden, dem Wunsch des Hrn. Dr. Cohn gemäss, die vorstehenden Zeilen in die Klinik aufgenommen. Das „*Audiatur et altera pars*", und zwar an der nämlichen Stelle, wo ein etwaiger Angriff geschehen, entspricht so den gerechten Anforderungen an Unparteilichkeit und Billigkeit, dass ohne sehr entscheidende Gründe ich in meiner nun fast achtjährigen Thätigkeit als Redacteur von diesem Gebot nicht leicht abgewichen bin. Es ist übrigens heut zum ersten Mal, dass mir der Vorwurf gemacht wird, Vertreter „hämischer" Kritiken oder Angriffe gewesen zu sein, und deshalb halte ich es für Pflicht gegen mich selbst, wie gegen meinen Correspondenten, die Worte des Hrn. Cohn sofort näher zu beleuchten und *sine ira et studio* die Correspondenz aus Breslau in No. 10 dieser Klinik mit denselben zu vergleichen. Dabei sei vor allen Dingen hervorgehoben, dass der Hr. Cohn sich vollständig irrt, wenn er in jenem Correspondenten einen Mitbewerber um die Breslauer Professur, oder wohl gar einen Privatdocenten der Breslauer Hochschule vermuthet. Der —n ist, wie ich hiermit bestimmt versichere, weder Privatdocent in Breslau, noch hat er irgend welchen Anspruch an die Remer'sche Stelle erhoben, oder auch nur an die Möglichkeit gedacht, dass die Facultät bei der Wahl auf ihn reflectiren könne. Hr. Cohn folgt in seinem Schreiben offenbar solch falscher Spur, und ihn wie die Leser seiner Erwiederung von ihr abzuleiten, ist ein weiterer Zweck dieser Zeilen.

Wir leben in einer närrischen Welt, in der allerlei böse Geister und Kobolde, ehe man sich dessen versieht, Gewalt über den Menschen gewinnen, um ihn zu falschen Auffassungen und Schritten zu verleiten. Einer dieser bösen Geister, der unter den Männern der Wissenschaft ganz besonders oft sein Wesen treibt, heisst Gereiztheit, Empfindlichkeit, um einen Ausdruck des Hrn. Cohn zu adoptiren, gekränkte Eigenliebe. Er verleitet dann so leicht, über den Personen die Sachen, das Princip zu vergessen, gerade hierum handelt es sich aber bei dem Zwiespalt zwischen dem Breslauer Correspondenten —n und seinem Danziger Gegner, und um so mehr fühle ich mich veranlasst, für jenen offen und nicht anonym in die Schranken zu treten. Leid thut es mir, dass im vorliegenden Falle die Gereiztheit, die Empfindlichkeit, die gekränkte Eigenliebe in ihrer liebenswürdigsten Form mir sich entgegenstellt, indem es nicht

gen der Tuberkelmaterie im Lungengewebe, zur Compression desselben, zu Circulationshemmungen in der Umgebung, zur Hyperämie und zu weitern Folgezuständen die Bedingungen dargeboten werden können. Die baldige Erweichung der Tuberkel hat unstreitig ihren Grund in dem reichen Stickstoffgehalte dieser Materie. Bekanntlich verhält sich das Azot wie ein chemisch sehr indifferentes Element. Selten geht es innige Verbindungen ein, kann daher auch sehr leicht dazu bestimmt werden, seine Verbindungen wieder aufzugeben. Am leichtesten geschieht dieses bei der Gegenwart von Wasser, denn Hydrogen ist eines von den wenigen Elementen, zu welchem das Azot eine innigere Affinität besitzt. Durch Zersetzung von Wasser wird Ammoniak gebildet, und dadurch rasche Verjauchung eingeleitet.

2) Die tuberkulöse Affection bildet sich, ohne dass skrofulöses Leiden vorher stattgefunden hatte. Vorläufig beschränken wir uns in Beziehung darauf auf eine Bemerkung: Zugleich mit den Ernährungssäften kann in gewissen Organen, vorzüglich in den Lungen, ein plastisches, aber zur Nutrition nicht zu verwendendes Material ausgeschieden werden, das durch grosse Gerinnbarkeit sich auszeichnet, und als tuberkulöse Materie erstarrt. Manche Umstände scheinen dafür zu sprechen, dass man ein Exsudat vor sich hat, welches nicht aus der Capillarität der Bronchialarterien und der Bronchialvenen, sondern aus der Capillarität der Pulmonararterie und der Pulmonarvenen herstammt.

Derjenige Theil dieser Substanz, der in noch flüssigem Zustande von den lymphatischen Gefässen aufgenommen werden kann, giebt auch in ihnen und in den Bronchialdrüsen zu Anhäufungen von gerinnendem Materiale die Veranlassung. In diesem Falle würde mithin die Füllung und Schwellung der Bronchialdrüsen eine secundäre, und zwar tuberkulösen Ursprungs sein.

Die sogenannten Miliartuberkel oder Granulationen dürften keinerlei Gemeinschaft mit den ächten und wahren tuberkulösen Ablagerungen haben. Sie sind immer sehr zahlreich, befinden sich in den Lungenzellen, und können bei Thieren durch das Einblasen von reizenden Gasarten in die Lungen hervorgebracht werden. Ich fand sie zweimal in den Lungen von Individuen, die unter den Symptomen der heftigsten *Bronchitis capillaris s. profunda* gestorben waren. Der Uebergang oder die Umwandlung dieser Granulationen in wirkliche Tuberkel ist durch keine beglaubigte Beobachtung zu constatiren. Aber allerdings mögen sie die Entstehung des tuberkulösen Erkrankens begünstigen können. — Für die Herkunft der Granulationen ist es sehr bezeichnend, dass sie immer in den Lungenbläschen sich befinden. Sie entsprechen kleinen, diese Bläschen erfüllenden und ausdehnenden entzündlichen Exsudaten. Dagegen ist die wirklich tuberkulöse Materie, als Residuum des Stoffwechsels des Lungengewebes, der Natur der Sache gemäss, ausserhalb der Lungenzellen angehäuft.

Ein Wort erlaube ich mir über die tuberkulöse Infiltration des Lungengewebes. Dieselbe kommt nicht so häufig, und selten in so grosser Ausdehnung vor, wie man nach manchen Beschreibungen dieses Gegenstandes vermuthen sollte. Aber allerdings ist das Lungengewebe in der Umgebung grösserer tuberkulöser Agglomerationen in der Regel mehr oder weniger mit Tuberkelmaterie infiltrirt. Ein bekannter Widersacher der „Ontologie" hat mit Geläufigkeit darzustellen versucht: wie die Lungen in weitem Umfange mit tuberkulöser Materie infiltrirt werden sollen, — wie dann wieder eine mehr oder minder vollständige Resorption dieses Exsudats erfolgen könne, — wie endlich ein wiederholter Wechsel von massenhafter Exsudation und von massenhafter Resorption dieser Materie in ihnen nachweisbar sei. Bei dieser Auseinandersetzung ist nur eine Kleinigkeit vergessen worden: nämlich die Wege nachzuweisen, mittelst derer die Resorption vor sich gehen soll. Die Bronchialdrüsen sind ja versperrt! Dass aber eine Resorption von Exsudaten durch unverletzte Blutgefässe eine Sache der Unmöglichkeit ist, hoffe ich in einem bald zu veröffentlichenden Werke ausser Zweifel zu setzen.

Allerdings wird bisweilen ein ganzer Lungenlobus tuberkulös infiltrirt angetroffen. Aber unverkennbar trägt der infiltrirende Stoff ursprünglich den Charakter eines Exsudates an sich. Das Lungengewebe zeigt sich mit einer gelatinösen, gelblichen oder bräunlichen Flüssigkeit erfüllt, die allmälig zu einer festen Masse gerinnt. Gewöhnlich findet zugleich die Bildung von sehr kleinen, weisslichen, grauen oder gelblichen Granulationen statt, die sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Lungenzellen vorkommen können.

Diese, wie man sie genannt hat, albuminöse Form der Tuberkelablagerung ist wesentlich wie ein albuminöses Exsudat zu betrachten. Das Zusammentreffen der Bedingungen, welche der tuberkulösen und der entzündlichen Ausschwitzung günstig sind, übt dabei einen Einfluss aus. Aber eben so häufig scheint der meist sehr acut verlaufende Krankheitszustand keinen Unterschied von der sogenannten croupösen Pneumonie darzubieten.

In Beziehung auf die Therapie fragt sich: ob der ungünstige Standpunkt derselben eine bessere Aussicht darbieten würde, wenn die Tuberkelmaterie wie ein Residuum des Ernährungsprocesses betrachtet werden muss? Ich glaube nicht, dass ein günstigerer Erfolg zu hoffen sein dürfte. Bronchialdrüsen, die seit einer Reihe von Jahren verstopft sind, würden schwerlich auf ihren früheren Zustand zurückgeführt werden können. Die Prophylaxis bliebe immer die Hauptsache.

Blutentziehungen, Hautreize, Arzneimittel, welche den Magen verderben, und reizend oder hemmend auf das Gehirn, oder auf das Herz einwirken, werden in allen Fällen mehr Schaden als Nutzen bringen. Von grösserer Bedeutung sind gymnastische Uebungen, namentlich diejenigen, welche den Alten in so grosser Auswahl zu Gebote standen, und durch die sie beabsichtigten, die mannigfachsten Bewegungen des Oberkörpers und der Arme möglich zu machen. Lautes Lesen, tiefes Einathmen bei Reckung und bei Schwingungen des Körpers, Fechten, Sägen, Holzspalten, Schwimm- und Reitübungen, überhaupt alle Einflüsse, welche den Kreislauf durch die Lungen befördern, ohne doch zu erhitzen, sind hier zuerst namhaft zu machen, und verdienen — neben der Sorge für reine, gesunde Luft, gleichförmige Temperatur, gehörige Beleuchtung und häufige, aber niemals übertriebene Bewegung — immer zuerst berücksichtigt zu werden.

Ausserdem verdienen manche Arzneimittel Aufmerksamkeit, deren man sich mit Vortheil in den Skrofeln bedient, und die auch zum Theil zur Verhütung der Lungensucht einige Anerkennung geniessen. Ich nenne nur den Leberthran, das Jodkali, das kohlensaure Natron und die Seifen. Es versteht sich von selbst, dass die genannten Arzneien — mit Ausnahme des Leberthranes — nur in kleinen Gaben lange Zeit fortgebraucht werden können. Aber auch nur bei dieser Anwendungsweise wirken sie nicht ungünstig auf die Verdauung ein.

---

die zunächst betheiligte Persönlichkeit ist, die ihr verfallen, sondern ein Freund in der Seele seines Freundes beleidigt und gekränkt vor die Oeffentlichkeit tritt. Den Vortheil bietet das für mich freilich, dass ich unumwundener meinen Clienten —n vertheidigen darf. Hr. Cohn hat jene Correspondenz in seiner Freundschaft für Hrn. Dr. Götz offenbar ganz falsch aufgefasst und missverstanden. So oft ich dieselbe heut wieder gelesen habe, dass darin Hr. Götz einem „hämischen Angriff preisgegeben" sei, will mir nicht gelingen herauszufinden. Wenn Jemand darin angegriffen ist, so ist es Hr. v. Siebold und die Breslauer Facultät; dass aber auch dies in hämischer Weise geschehen, will mir nicht einleuchten. Sehr richtig sagt College Cohn selbst, dass die Wahl der Breslauer Facultät auf Hrn. Götz gefallen, dafür kann ja doch Hr. Götz selbst gewiss nichts, jeder etwaige Tadel, und so auch der des Correspondenten, trifft daher nur die Wähler, nicht den Gewählten. Oder sollte es Hr. Cohn wirklich für einen hämischen Angriff halten, wenn man sagt, die Wahl des und des Mannes auf einen akademischen Lehrstuhl nimmt uns Wunder, weil der Mann der wissenschaftlichen Welt gar nicht bekannt ist, weil er weder literarisch sich hervorgethan, noch sein Lehrtalent oder die Neigung bekundet hat, die Schätze, die er zu sammeln in der glücklichen Lage war, auch grösseren Kreisen zugänglich zu machen? Hämisch wäre eine solche Aeusserung, wenn der, von dem sie ausgeht, das Gegentheil wüsste und es doch absichtlich verschwiege, hämisch, unehrlich, unehrenhaft zugleich. Die Richtigkeit jener Behauptungen aber leugnet Hr. Cohn so wenig, dass er sie vielmehr selbst hervorhebt und zugiebt. Die Wahrscheinlichkeit, ja Gewissheit, dass Hr. Götz, den der Correspondent nicht kennt, trotzdem ein tüchtiger praktischer Arzt sei, wird von ihm ganz deutlich betont. Aber meint denn Hr. Cohn im Ernst, dass jeder tüchtige Arzt, ja, wie die Correspondenz ebenfalls vermuthet, jeder tüchtige Hospitalarzt um deswillen auch ein fähiger, tüchtiger akademischer Lehrer sei, und dass es deshalb in das Gebiet der Unbilligkeiten und des hämischen Verdächtigens gehöre, Zweifel dagegen nur irgend zu erheben? Wir halten gern der Freundschaft, die durch so getrübte Brillen sieht, dergleichen zu gut, aber die Sache werden wir das Recht und die Pflicht haben zu vertheidigen gegenüber derartigen Trugschlüssen eines Freundes.

Zur Entscheidung der Frage, ob unter denen, die bereits der akademischen Laufbahn sich gewidmet haben, nicht solche zu finden waren, die mehr Ansprüche an eine Vocation hatten, und dabei hinlängliche Gewähr leisteten, ganz den Posten auszufüllen, erklärt sich Hr. Cohn selbst für incompetent. Auch wir wollen das hier nicht, wenigstens nicht mit Rücksicht auf Persönlichkeiten näher untersuchen. Wie man aber das Princip anfeinden kann, dass es richtiger ist, Leute zu Posten zu berufen, die sich diesen bereits in jeder Weise gewachsen gezeigt haben, und dass darin wahrhaftig noch nicht eine Vertheidigung verrosteten Anciennitäts-Unwesens liegt, verstehe ich eben so

Sie gelangen um so gewisser in das Blut, je weniger sie sich den Zugang zu ihm durch Reizung des Magens und des Darmkanales selbst versperren.

Ich glaube günstige Wirkungen nach den lange Zeit fortgesetzten Einreibungen des Oberkörpers mit Terpenthinöl wahrgenommen zu haben. Diese Einreibungen werden täglich viermal, am besten vor dem Schlafengehen, oder wenigstens einen Tag um den andern, vorgenommen und Monate fortgesetzt. Zur innerlichen Anwendung wurde während dieser Kur von Zeit zu Zeit Schwefelsäure in sehr verdünnter Form gereicht. Aeltere Beobachtungen rühmen kleine Gaben von gebranntem Schwamm und von Goldschwefel, in Verbindung mit einem Aufgusse von Bärentraube, oder mit ähnlichen diuretischen Potionen, als Vorbeugungsmittel gegen die Lungensucht.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurg.-augenärztlichen Klinik der rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn vom 1. October 1848 bis Ende September 1849 vorgekommenen Ereignisse.

Von
Geh. Med.-Rath C. W. Wutzer,
Director des Instituts.

Während des in der Ueberschrift aufgeführten Schuljahres betrug die Zahl der in das akademische Hospital aufgenommenen Kranken 226; unter ihnen befanden sich 131 Männer und 95 Frauen; 40 derselben waren Augenkranke. Von Seiten der Poliklinik wurden ambulatorisch behandelt 644 Kranke, und zwar im Verhältniss von 409 Männern zu 235 Frauen. Aus letzterer Gesammtsumme litten 118 an Augenübeln.

Unter den in beiden Abtheilungen der chirurgischen Klinik behandelten Krankheitsformen kamen am häufigsten folgende vor: 55 offene, frische Wunden und 49 Contusionen; letztere wurden sämmtlich, von ersteren 48 poliklinisch behandelt; — 17 Fracturen, 11 Luxationen, unter letzteren eine merkwürdige, diagnostisch vollkommen constatirte Subluxation des fünften Halswirbels, welche, eingerenkt, keinen Nachtheil zurückgelassen hat; 33 Afterproducte; ausserdem 14 Mal der offene Krebs; Syphilis und Gonorrhöen fanden sich öfter, als dies früher der Fall gewesen, ein, und nur das Jahr 1848 stand hierin ungefähr auf gleicher Stufe. Es kamen nämlich 68 Fälle von Syphilis und 32 von Gonorrhöe und bösartigem weissem Fluss zur Behandlung, gesondert von diesen noch 3 Mal spitze Condylome und 4 Mal *Tubercula gonorrhoica* (breite Condylome), als spätere Folgeleiden 4 Harnröhrenverengerungen. — Die Hasenscharte wurde uns 3 Mal einfach, 2 Mal doppelt und 2 Mal mit gespaltenem Gaumen complicirt zugeführt. Sie wurden sämmtlich mit glücklichem Erfolge operirt. — Von chirurgischen Operationen wurden 198 an Hospitalkranken, 169 an ambulatorischen Kranken, zusammengenommen also 387 ausgeführt; unter ihnen waren 36 Augenoperationen. — Unter diesen Operationen mögen Erwähnung finden: zwei Unterbindungen der Schenkelarterie und eine Operation des Aneurysma der Schädelarterien mit Heilung. Drei Unterschenkel-Amputationen mit dem Lappenschnitt liefen vollkommen glücklich ab; von zwei Oberschenkel-Amputationen erzielte die eine Heilung, die andere hatte unglücklichen Ausgang. Eine partielle Resection des Zahnrandes des Unterkiefers wegen Epulis erreichte den Zweck vollkommen, eine partielle Resection des Unterkiefers wegen Markschwamm liess die Gefahr des Recidives zurück, und die Resection der Diaphyse der Ulna wegen weit ausgedehnter, bösartiger Knochenwucherung, lief durch Pyämie tödtlich ab. Bei 7 Operationen des Krebses der Unterlippe wurde 2 Mal die Cheiloplastik erforderlich, die nach der in der Dissertation des Dr. Heck bekannt gemachten eigenthümlichen Methode stattfand; die 7 Operirten wurden geheilt entlassen. Ebenso hatten zwei Transplantationen auf das untere Augenlid nach Dieffenbach's Methode, wegen cancröser Zerstörung ausgeführt, den gewünschten Erfolg des genügenden Ersatzes. — Die Teleangiektasie wurde 3 Mal durch Abbinden beseitigt. — Von 8 Operationen der Blasenscheidenfistel mittelst der umwundenen Naht erreichten 3 die vollständige Heilung, 3 brachten merkliche Verbesserung und 2 blieben ohne Erfolg.

Es benutzten 43 Studirende die Behandlung jener 870 Kranken zu ihrer Belehrung; 23 derselben besuchten die Klinik im Winter-, 20 im Sommersemester. Von ihnen practicirten in beiden Halbjahren 28; es auscultirten 15. — Drei Doctoranden benutzten das ihnen dargebotene Material zur Ausarbeitung folgender Inauguraldissertationen:

1) Caspar Heck, *de restaurando labio inferiori oris per transplantationem. Def.* 11. *Julii* 1849.
2) Bernhard Brandis, *de hypertrophiae cutis specie, vulgo elephantiasis Arabum nominatae. Def.* 20. *Julii* 1849.
3) Eduard Weber, *Spicilegium casuum nonnullorum chirurgicorum, qui in clinico chirurgico Bonnensi novissimis annis observati sunt. Def.* 20. *Julii* 1849.

Die ökonomische Verwaltung des Instituts hat, nach Ausweis des Rechnungsabschlusses für 1849, ein befriedigendes Resultat geliefert. Die von zahlenden Kranken des Hospitals eingenommene Summe betrug in diesem Jahre 1737 Thlr. 22 Sgr.; durch diese Einnahme konnte die Zahl der unentgeltlich zu Verpflegenden um so höher gesteigert werden.

Während der Zeit der akademischen Semester erhob sich der tägliche Numerus der Hospitalkranken häufig auf 32. — Bei einer Zahl von 9860 Verpflegungstagen stellte sich der durchschnittliche Kostenbetrag für Beköstigung im Hospital pro Tag und Kranken auf 6 Sgr., für Arzneien auf 1 Sgr. 7 Pf.

Von den wichtigeren Krankheitsfällen mögen die folgenden hier Erwähnung finden.

1. Keloide.

Von der bösartigen Narbenwucherung, welche Alibert zuerst unter dem Namen „Cancroide", hernach Rayer unter dem weiter in Aufnahme gekommenen der „Cheloide" genauer beschrieb, hat späterhin Cäsar Hawkins [1]) belehrende Mittheilungen gegeben, indem er

[1]) *Medico-chirurgical Transactions.* Vol. XIX. — Vorlesungen über wichtige Gegenstände der therapeutischen und operativen Chirurgie, von C. Hawkins und R. Liston. A. d. Engl. von Fr. Behrend. Leipzig, 1847. S. 530.

---

wenig, als ich klar aus der Correspondenz ersehe, dass sie nur eventualiter, d. h. wenn bereits namhafte Kliniker nicht zu haben waren, sich für die Auswahl unter bekannten Privatdocenten, und das keineswegs Breslau's allein, sondern deutscher Hochschulen überhaupt, erklärt. Konnte man übrigens mit Aussicht auf Erfolg den sehr wohl situirten Director des Danziger Hospitals nach Breslau berufen, so fanden sich wohl auch noch ganz bewährte Kliniker, bei denen man dasselbe Anerbieten wagen durfte, auch ohne dass das letzte Mittel der in der Correspondenz erwähnten Berliner Autorität zur Anwendung kam. Wie es nebenbei möglich war, aus jener heraus zu lesen, dass der Schreiber der Meinung sei, „dass einige mehr oder weniger gelungene medicinische Arbeiten als Zeugniss für die Befähigung zum klinischen Lehrer dienen können", ist mir gleichfalls nicht ganz verständlich, das aber weiss ich, dass die Mehrzahl der Menschen doch wohl mehr Gewicht legt auf vorliegende tüchtige wissenschaftliche Leistungen, als auf das Wort eines einzelnen Mannes hin, und dass diese Ansicht auch da vorwaltet, wo man in letzter Instanz über die Besetzung von Stellen entscheidet, zeigt unter anderen noch die neueste Schrift des Geh. Med.-Rathes Dr. Schmidt. Ob diese Leistungen aber in Form von grösseren Werken oder in Journalartikeln zu Tage liegen, wenn sie nur tüchtig sind, — und nur von solchen spricht offenbar der Artikel in No. 10 — dazwischen werden wohl nur Wenige mit Hrn. Cohn einen Unterschied bilden. Somit wird auch etwas unverständlich der Passus in seiner Erwiederung, in dem er von medicinischem Dilettantismus in Journalen spricht. Mit derartigem Dilettantismus (Hr. Cohn stellt eben gegenüber Journalarbeiten und selbständige Werke ganz allgemein) haben den Grundstein zu ihrem Ruf und demnächst ihrer Beförderung zu akademischen oder klinischen Lehrstellen, um nur bei der jüngsten Generation stehen zu bleiben, Virchow, Roser, Wunderlich, Bardeleben, Dietrich, Griesinger u. A. gelegt, und den Privatdocenten Reinhardt, Traube, Günzburg, v. Gorup-Besanez etc. etc. gereicht dieselbe schriftstellerische Thätigkeit auch wohl noch nicht zur Unehre. Nicht nach der Elle, sondern nach dem, was der Zoll werth ist, misst man den Mann der Wissenschaft, und eine kleine Entdeckung, die sich bescheiden in irgend einem Journal Platz gesucht hatte, hat schon gar oft der Wissenschaft, und unserer in specie, weit weit mehr genutzt, als ein dickleibiges Buch.

Doch auch den Concours lässt Hr. Cohn nicht unerwähnt! Ja hätten wir, was wir leider nicht haben, den Concours, und hätte sich Hr. Götz unter die Concurrenten zur Breslauer Stelle geschaart, und hätte er da neben seiner ärztlichen Erfahrung ein entschiedenes Lehrtalent gezeigt, Niemand, und gewiss auch nicht der Correspondent —n, hätte angestanden, ihm den Vorrang vor vielen Mitbewerbern mit Freuden einzuräumen. Auch zwei Beispiele bringt uns Hr. Cohn, aber er ist nicht glücklich in seiner Wahl. Baum, der seinem Ruf nach Greifswald und dann nach Göttingen so grosse Ehre gemacht hat, der

sie *Tumor verrucosus cicatricum* nennt. Mit Unrecht sprechen Rokitansky [1]) und nach ihm G. Simon [2]) von einem Keloid Alibert's, der sich dieses Ausdruckes nie bedient hat, dessen Cancroide sich auch nicht aus einem Narbengewebe entwickelt, sondern nur in der äusseren Form den nach starken Verbrennungen zurückbleibenden Narben sehr ähnlich sein soll [3]).

In der eben erwähnten Dissertation des Dr. Eduard Weber sind drei Fälle dieses häufig noch verkannten Uebels genauer mitgetheilt worden. Ein vierter dazu gehöriger ist der folgende:

Catharine Köthen aus St. Tönis bei Crefeld, war, 32 Jahre alt, am 29. Mai 1847 durch die Operation von einem unzweifelhaften Skirrhus der linken Brustdrüse befreit worden, zu dessen Entstehen ein heftiger Stoss mitgewirkt hatte, den ihr ein wahnsinniger Bruder beibrachte, dessen Misshandlungen sie ausserdem seit Jahren ausgesetzt gewesen war. Die Brust musste in ihrer Totalität amputirt werden; die Wunde heilte zwar langsam, indessen vollständig zu. Die Operirte versicherte hiernach, sich vollkommen wohl zu befinden.

Im August 1849 erschien sie wieder mit der Klage, dass an der operirten Stelle Stiche bemerklich geworden seien. Die Untersuchung lehrte, dass zwar kein die charakteristischen Merkmale des Skirrhus an sich tragendes Afterproduct, dagegen eine bösartige Narbenwucherung zum Vorschein gekommen war. Die ziemlich langgedehnte, ursprünglich normal zusammengezogen gewesene, nur an einem Punkte $\frac{1}{2}$ Zoll breit gebliebene Narbe, welche bei der Entlassung allenthalben weisslich gefärbt erschienen war, wie es im gesunden Zustande der Fall zu sein pflegt, zeigte sich jetzt blassroth, 2—$2\frac{1}{2}$ Linien über die gesunde Hautoberfläche erhaben, elastisch hart; in ihr empfand die Kranke öfters wiederholt lancinirende flüchtige Stiche. Die Entartung hielt den Verlauf der Narben ganz genau inne; die umgebende Haut verhielt sich normal. Verlängerungen in die letztere, deren Alibert und Rayer erwähnen, fanden sich hier nicht vor. — Nachdem die Exstirpation dieser Narbenwucherungen beschlossen worden, deren gefährliche Natur aus den hier früher beobachteten drei Fällen hinlänglich bekannt war, wurde dieselbe am 15. August, in Gegenwart des Hrn. Prof. Bruns aus Tübingen, unter Beihülfe der Herren DD. Schäffer und P. H. Becker so vorgenommen, dass drei verschieden gewucherte Narben der beschriebenen Art durch das Skalpell vollständig entfernt wurden. Die Heilung der Operationswunden wurde durch Anlegung der umwundenen Naht beschleunigt; auch gelang sie, mit Ausnahme zweier kleinen Stellen, die kurze Zeit eiterten, durch schnelle Vereinigung. Als man die Nadeln herausgenommen hatte, versuchte man, sie auf kurze Zeit durch Leinwandstreifen zu ersetzen, die mit Collodium befeuchtet worden; auffallender Weise erregte letzteres in den zarten, aber normalen Integumenten Blasen, und musste deshalb beseitigt werden, eine Erscheinung, die sich seitdem hier noch einige Male in anderen Fällen gezeigt hat. — Während der Heilung wurde, um zur möglichsten Verhütung eines Rückfalles beizutragen, das ohne Merkur bereitete Zittmann'sche Decoct innerlich in Anwendung gebracht.

Zehn Monate nach der Entlassung erschien die C. Köthen nochmals in der Klinik, und die Besichtigung der Narben ergab, dass bis dahin keine neue Wucherung oder sonstige Neubildung eines Afterproducts hervorgetreten war. Die in den früher hier vorgekommenen Fällen von Keloide constatirte Bösartigkeit des Uebels lässt in dieser Hinsicht indessen für die Folge immer noch fürchten. — Unmittelbar nach der Exstirpation wurde die parasitisch gewucherte Masse mikroskopisch untersucht. Es fanden sich nur zahlreich gehäufte Fäden vor, wie man sie in Fibroiden gewahr wird; charakteristische Zellenbildung fehlte gänzlich. — Somit war die Ansicht Rokitansky's auch hier gerechtfertigt, der die Keloide den fibroiden Exsudaten zuzählt.

Vielleicht sind wir durch zeitige Exstirpation der bösartigen Gestaltung des secundären Parasiten zuvorgekommen. In einem zu Bonn früher von mir behandelten Falle, den Dr. E. Weber beschreibt, genügte auch die zweite, sehr gründlich vorgenommene Excision nicht; der abermals wiederkehrende Parasit brach endlich auf und stellte im späteren Verlaufe ein rasch um sich greifendes Krebsgeschwür der scheusslichsten Art dar. — Auffallend ist mir sowohl, als auch C. Hawkins, die Beobachtung gewesen, dass diese eigenthümliche Art des Krebses nicht die nachbarlichen Lymphdrüsen ergreift, ferner, dass sie auch in Constitutionen vorkommen kann, deren Untersuchung mit Sicherheit keine früher dagewesene ursprüngliche Dyskrasie auffinden lässt. Den „warzigen" Zustand der Wucherungen, nach welchem Hawkins seinen Namen geformt hat, fand ich nicht Gelegenheit zu sehen; ihre Oberfläche blieb vielmehr bis zum Durchbruche stets glatt. Der Grund des offenen bösen Geschwürs zeigte hernach zwar abwechselnde schwammige Erhabenheiten und jauchende Vertiefungen, jedoch keine den Namen der Warzen eigentlich verdienende Auswüchse. Die jüngste von Hawkins' Patienten war 28 Jahre alt; ich fand das Uebel bereits bei einem 16jährigen Mädchen mit blühender Aussenseite, bei dem es aus den Narben hervorgegangen war, die von dem in früher Kindheit auf die Brust eingeriebenen Brechweinstein zurückgelassen worden waren. Alibert fand es gleichfalls bei jungen Mädchen. — Da die Narben der Art oft lange Jahre bestanden hatten, ohne eine nachtheilige Veränderung gewahr werden zu lassen, so lässt sich ihre bösartige Umgestaltung kaum anders erklären, als durch das Hinzutreten irgend eines die gesammte Constitution ergreifenden Allgemeinleidens, welches sich nun auf die Narbengegend local concentrirt. Ich vermag deshalb auch nicht Hawkins beizustimmen, wenn er hier von „local" bösartigen Geschwülsten spricht, wohingegen seine Ansicht viel für sich hat, dass die bösartige Richtung der Constitution nicht ausgebildet genug sein müsse, um die Entwickelung des Parasiten in gesunden Geweben zu vermitteln, weshalb sie früher schon krank gewesene Hauttheile allein ergreifen.

2. *Amaurosis a fungo medullari durae matris.*

Die 26jährige Dorothee Tresken aus Hiltrup bei Bochum in Westphalen, erschien am 9. Juli 1849 in der Klinik, mit der Klage über heftigen Kopfschmerz oberhalb des rechten Auges, in dessen Folge sich allmälig ihr Gesicht auf beiden Seiten so getrübt habe, dass sie selbst ihren Weg nicht mehr finden und grössere Gegenstände nur noch äusserst unsicher und wie in dickem Nebel liegend zu erkennen vermöge. Sie war übrigens von starkem Körperbau und gross. Die Untersuchung der Augen erwies Pupillenstarre; nur eine sehr schwache Contractilität der Pupillen ergab sich, während des Hineinleitens eines hellen Lichtstrahls, noch vorübergehend. Alle übrigen Körperfunctionen

[1]) Handbuch der pathologischen Anatomie. 1. Bd. Wien, 1846. S. 253.
[2]) Die Hautkrankheiten. 2. Aufl. Berlin, 1851. S. 252.
[3]) Alibert, *Precis théorique et pratique sur les maladies de la peau.* T. I. Paris, 1818. p. 418.

---

mit Recht so hoch gestellt wird von seinen Collegen und Schülern, hatte doch damals, als in Danzig sich ihm die akademische Carrière plötzlich aufthat, vor Hrn. Götz etwas voraus. Er wurde als Chirurg berufen und hatte bereits hinlängliche Beweise geliefert, dass er der einen Seite, die den chirurgischen Kliniker ziert, vollständig Herr war, d. h. dass er zu operiren verstand.

Ferner will Hr. Cohn durch das Beispiel des Dr. Sinogowitz beweisen, dass ein Hospital-Dirigent in Danzig nicht Lust haben könne, in Journalen medicinischen Dilettantismus zu treiben, noch Ruhe, Bücher zu schreiben, dass aber die Zeit schon käme, wo er sein Licht unter dem Scheffel hervorziehe, wie sie denn auch gekommen bei Sinogowitz. Hr. Cohn hat diese Zeilen offenbar geschrieben, ohne irgend näher um Sinogowitz's schriftstellerische Thätigkeit Bescheid zu wissen, und in der Idee, „was ein Arzt aus Danzig, wo S. so lange gelebt und gewirkt hat, über ihn sagt, werde das Publicum so ohne Weiteres als baare Münze acceptiren". Zur Belehrung über diesen Punkt möge Hrn. Cohn denn dienen, dass Sinogowitz, während er Spital-Director in Danzig war, als eigene Drucksachen hat erscheinen lassen: Anleitung zu einer zweckmässigen Manualhülfe bei eingeklemmten Brüchen etc.; *De Cholera epidemica 31 anno Dantisci et Berolini observata etc.*; Geschäfts-Tagebuch für praktische Aerzte etc., und dass er eine ganze Reihe interessanter Beobachtungen und Erfahrungen aus dem Danziger Krankenhause, Berichte über die vorkommenden Epidemien, Mittheilungen über Hospital-Einrichtungen etc. etc., während seiner ärztlichen Wirksamkeit zu Danzig, in Rust's Magazin, in dem Journal von v. Gräfe und Walther, in Radius's Cholera-Zeitung, der Preussischen Vereins-Zeitung u. s. w. deponirt und somit gezeigt hat, dass es wenigstens nicht in das Reich der Unmöglichkeit gehört, das, was das Danziger Hospital bietet, dem grösseren Publicum zugänglich zu machen, auch während man noch an der Spitze desselben steht. Und damit sei es genug. Meine Leser bitte ich, nochmals die Correspondenz in No. 10 dieser Klinik zu durchfliegen, und danach zu entscheiden, ob diese meine Deduction zu Gunsten des Breslauer Correspondenten oder die Freundschaft des Hrn. Cohn in der Sache Recht hat.

Berlin, 3. April 1851. Göschen.

Verzeichniss der medicinischen und naturwissenschaftlichen Vorlesungen auf der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn im Sommer 1851.

Heilkunde.

Encyklopädie und Methodologie: Prof. Albers.
Osteologie des Menschen: Prof. Weber.
Repetitorium für menschliche Anatomie: Prof. Budge.

erwiesen sich bei der Aufnahme normal; indessen blieb die Monatsperiode im Monat August zum ersten Male aus. Die Gemüthsstimmung war stets trübe, und wir erfuhren bald, dass der unerwartete Tod eines Bruders und die Störung der Aussicht auf eine von ihr gewünschte eheliche Verbindung den ersten Grund zu den quälenden Kopfschmerzen gelegt hatten. — In der Klinik trat Anfangs eine merklich wahrnehmbare Verbesserung jener Schmerzen und selbst des Gesichts ein, nachdem eine kräftig ableitende Behandlung, mittelst Haarseil im Nacken, Schröpfköpfe an die Schenkel, Senfteige, besonders aber der grossen Ventose von **Junod**, eingeleitet worden war, welche letztere täglich eine Viertelstunde lang an eine der Unterextremitäten, 4 Wochen hindurch, angelegt wurde. Bald aber stockte die Besserung. Der elektromagnetische Apparat, dessen beide Pole an die Schläfegegenden geschlossen wurden, schien keine Wirkung zu üben, innere Mittel eben so wenig. — Im Laufe des August fanden sich tonische Krämpfe in der rechten Körperhälfte, zuerst bloss Nachts, späterhin auch mehrmals am Tage, ein; sie dauerten gewöhnlich 5 bis 10 Minuten. Die Muskeln wurden, unter Wimmern der Kranken, zusammengezogen; im Verlaufe des Anfalls traten jedoch auch Zuckungen, von der rechten Schläfengegend ausgehend, über die entsprechende Gesichtshälfte bis zum Halse, in der rechten Oberextremität und mit dem Kopfe ein; das Hinterhaupt wurde gewaltsam in das Kissen nach hinten eingedrückt. Die Besinnung war auf wenige Minuten verschwunden, erwachte jedoch unmittelbar nach dem Anfalle jederzeit wieder. Mitunter trat der Anfall so schwach und so kurz ein, dass sie stehen bleiben konnte. In den letzten 5 bis 6 Tagen erstreckte sich der Stirnschmerz heftig zur rechten Hinterhauptsseite hinüber. — Anfangs September waren die Krampfanfälle ganz ausgeblieben, und die Kranke rühmte, etwas besser sehen zu können, ging auch täglich im Freien spazieren. Am 4. Sept. traten sie nach einer Gemüthsbewegung wieder ein, kamen nun heftiger, und während eines solchen nächtlichen Anfalles trat plötzlich am 6. Sept. der Tod ein.

Die Autopsie zeigte beide Seitenventrikel des Gehirns mit vielem Serum gefüllt; ausserdem war die Hirnmasse gesund. An der inneren Oberfläche der harten Hirnhaut fand sich auf der linken Seite, der *Fossa Sylvii* entsprechend, der serösen Platte der *dura mater* hier anhängend, ein 10 Loth wiegender Markschwamm vor, der äusserlich eine rundliche Form, innerlich auf dem Durchschnitte aber ein pankreasartiges Ansehen darbot. Ein in der linken Hirnhemisphäre wahrnehmbarer vertiefter Eindruck liess die verderbliche Wirkung jenes Afterproducts erkennen, und so die während des Lebens in den Nerven beider Augen und der rechten Körperhälfte beobachteten Erscheinungen erklären. Hr. Prof. **Baum** aus Göttingen war bei der interessanten Section zugegen. Die späterhin von Hrn. Dr. O. **Weber** vorgenommene genaue Untersuchung des Parasiten hat folgende Resultate ergeben:

Das Afterproduct hat die Grösse einer kleinen Mannsfaust, sitzt mit einem breiten Stiele auf der *dura mater* auf, und zeigt auf seiner Oberfläche grosstraubige, von Bindegewebe umzogene unregelmässige Lappen. Beim Durchschnitte bemerkt man strahlenförmig von der Hornhaut ausgehende Maschen und Falten von sehr feinem und zartem Bindegewebe, welches die körnige, schmierige Masse der Geschwulst umschliesst. Die mikroskopische Untersuchung des in Spiritus aufbewahrten Präparates ergab: netzförmig zusammenhängende Massen eines sehr feinfaserigen Bindegewebes, welche die zahlreichsten Zellenbildungen in den verschiedensten Stufen der Entwickelung und des Verfalles umfassen; letztere bilden kein zusammenhängendes eigentliches Parenchym. Unter ihnen sind namentlich zu bemerken: kernhaltige Faserzellen (*b*), verschiedenartige geschwänzte, sogenannte Krebszellen (*c*), einfache kernhaltige Zellen (*d*), zusammengesetzte sogenannte Mutterzellen (*e*), Fettzellen (*f*). Ausserdem zahlreiche sogenannte Elementarkörperchen, freie Kerne; Fetttröpfchen (*g*) und Cholestearinkrystalle (*h*).



3. Amputation beider Unterschenkel.

Magdalene Fassbender aus Stotzheim bei Euskirchen, 40 Jahr alt, hatte im Winter 1846—47 bei strenger Kälte eine Fussreise gemacht, während welcher sie ermüdet sich in den Schnee niedersetzte und einschlief. Der Schnee bedeckte sie bald, und sie hatte so, ihrer Aussage nach, in empfindungslosem Zustande drei Tage zugebracht, als sie endlich von Vorübergehenden wahrgenommen und in ein benachbartes Dorf geführt wurde. Der hinzugerufene Arzt fand beide Füsse vom Brande ergriffen und amputirte sie, 6 Wochen später, nahe oberhalb des Fussgelenkes an der Grenze des Brandigen. Die Wunden wandelten sich indessen in Geschwüre um, die erst nach 22 Wochen in der Anstalt zu Brauweiler zuheilten, um beim Gehen bald wieder aufzubrechen, und so wurde sie endlich Anfangs Juli 1848 der Klinik überwiesen. Man fand hier, dass an dem rechten Fusse die gesammte Fusswurzel mit beiden Knöcheln der Tibia und der Fibula verloren gegangen, ausserdem eine straffe, dünne Narbe, die in der Mitte excoriirt war; vom linken Fusse war noch das Sprungbein, ebenso waren beide Knöchel vorhanden, die dünne Narbe aber ebenso, wie bei dem rechten Fusse, excoriirt. Zum Auftreten konnte der linke Fuss gar nicht, der rechte nur unter lebhaften Schmerzen gebraucht werden. Somit blieb nur eine Wiederholung beider Amputationen übrig; hectischer Schweiss und andere Folgen der vorangegangenen Leiden machten diese unvermeidliche Unternehmung jedoch bedenklich, wenn gleich die normale Function aller inneren Organe die Prognose günstiger gestaltete. — Am 7. Juli 1848 wurde der linke Unterschenkel, am 5. Aug. der rechte, beide mitten in der Mitte der Wade, und zwar mittelst des einfachen Lappenschnittes ausgeführt, welcher hier in Bonn seit 19 Jahren so viele Vorzüge vor der Zirkelamputation des

---

Vergleichende Anatomie: Prof. **Weber**.
Vergleichende Osteologie: Prof. **Budge**.
Demonstrationen der Präparate des anatomischen Museums: Prof. **Mayer**.
Chirurgische Anatomie: Prof. **Wutzer**.
Anatomie und Physiologie der Sinnesorgane, des Gehirns und der Nerven: Prof. **Weber**.
Physiologie des Menschen: Prof. **Mayer**.
Specielle Experimental-Physiologie: Prof. **Budge**.
Specielle Physiologie mit Beobachtungen und Versuchen: Dr. **Schaaffhausen**.
Physiologischer Experimental-Cursus: Prof. **Mayer**.
Physiologisch-praktischer Cursus: Prof. **Weber**.
Physiologisch-praktischer Cursus: Prof. **Budge**.
Mikroskopische Untersuchungen über den feinsten Bau der Gewebe: Dr. **Schaaffhausen**.
Ueber die Sinne des Menschen: **Derselbe**.
Ueber die Entwickelung des Menschengeschlechts: **Derselbe**.
Allgemeine Pathologie und Semiotik: Prof. **Naumann**.
Pathologische Anatomie: Prof. **Weber**.
Allgemeine Therapie: Prof. **Nasse**.
Allgemeine Therapie: Prof. **Naumann**.
Gesammte Arzneimittellehre: Prof. **Harless**.
Allgemeine Arzneimittellehre: Prof. **E. Bischoff**.
Allgemeine und specielle Arzneimittellehre: Prof. **Albers**.
Gesammte Arzneimittellehre: Dr. **Böcker**.
Ueber die vorzüglicheren Heilquellen und Kurbäder Deutschlands (mit Einschluss Böhmens) und der Schweiz: Prof. **Harless**.
Formulare, dessen allgemeinen oder therapeutischen Theil: Professor **E. Bischoff**.
Gesammte specielle Pathologie und Therapie: Prof. **Naumann**.
Specielle Pathologie und Therapie: Prof. **Albers**.
Pathologie und Therapie der Seelenkrankheiten: Prof. **Nasse**.
Allgemeine und specielle Chirurgie: Prof. **Wutzer**.
Die Lehre von den Beinbrüchen und Verrenkungen: Dr. **Hoppe**.
Gesammte Geburtshülfe: Prof. **Kilian**.
Anthropologische Erläuterungen zur gerichtlichen Medicin für Juristen: Prof. **E. Bischoff**.
Gerichtliche Medicin für Mediciner und Juristen: **Derselbe**.
Gerichtliche Medicin: Prof. **Harless**.
Gerichtliche Medicin: Dr. **Böcker**.
Medicinische Polizei: Prof. **Harless**.
Die Lehre von den Vergiftungen: Dr. **Böcker**.
Medicinisch-propädeutische Klinik: Prof. **Nasse** und Prof. **Albers**.
Operationslehre an Leichen: Prof. **Wutzer**.
Verbandlehre: Dr. **Hoppe**.
Gynäkologische Operationen: Prof. **Kilian**.

Unterschenkels gewährt hat, dass nur sehr selten, etwa bei eigenthümlich gestalteten Localverhältnissen, zu einer anderen Methode gegriffen wird. — Bei der ersten Amputation verbat sich die Kranke jede Betäubung durch Aether u. dgl.; bei der zweiten erlaubte sie die Anwendung des Chloroforms. In beiden Fällen genügten drei vorsichtig angelegte Gefässunterbindungen zur augenblicklichen Stillung des Blutens. Nach der ersten Amputation gelang die Anheilung des Lappens an den Knochenstumpf vortrefflich, ohne alle unangenehme Zwischenfälle. Acht Stunden nach der zweiten erfolgte aber eine ansehnliche Nachblutung, welche Lösung des Lappens erforderte, bei welcher sich fand, dass das Blut aus einer Menge kleiner Gefässe hervorströmte, die Blutung also eine parenchymatöse war. Wir konnten den letztern Uebelstand nur der Wirkung des benutzten Chloroforms zuschreiben. Zahlreiche Beobachtungen der Bonner Klinik haben gezeigt, dass die Anwendung des Aethers und des Chloroforms, wo sie, um Anästhesie hervorzubringen, längere Zeit hindurch fortgesetzt werden muss, oft das Blut dergestalt carbonisirt, seinen Gehalt an Faserstoff dergestalt verflüssigt, dass es, dünner werdend, leichter aus den geöffneten Gefässmündungen hervorströmt, und also bisweilen zu übermässigem Blutverluste Veranlassung giebt. Auch bestätigte sich uns die von Anderen bereits gemachte Beobachtung, dass das Chloroform recht häufig dem arteriellen Blute die Farbe des venösen giebt, ein Phänomen, welches ganz geeignet ist, die letztgenannte Erscheinung leichter zu erklären. Nicht immer tritt sie ein, auch aus der längeren oder intensiveren Anwendung des Mittels allein lässt sie sich nicht erklären; es bedarf wahrscheinlich einer dazu geneigt machenden Krase des Bluts, die sich indessen bei den der Operation Bedürftigen oft genug vorfindet. — Nachdem die erwähnte Nachblutung vom 5. Aug. gründlich gestillt war, fiel es noch schwer, den mit Blut infiltrirten Lappen der Weichtheile in die früher inne gehabte Lage gegen den Stumpf gehörig zurückzuführen. Dies gelang nur im Laufe der folgenden Tage allmälig, und eine stärkere Eiterung war die Folge hiervon. Dessenungeachtet gelang es, durch gehörige Unterstützung der Kräfte mittelst leicht verdaulicher gehaltreicher Nahrung und sorgsamen Verbandes die Amputationswunde der rechten Seite zu einer eben so vortheilhaften Vernarbung zu bringen, als diese auf der linken Seite schon früher bewirkt worden war. Am 5. Oct. konnte die völlig Geheilte entlassen werden. Sie befand sich, ein Jahr später eingegangenen Nachrichten zufolge, in Brauweiler ihren Umständen angemessen wohl. Da keine Mittel vorhanden sind, kostspielige künstliche Füsse zu beschaffen, so bewegt sie sich dort mit Hülfe eines kleinen Kärrchens fort. Die Lappen der Weichtheile sind an beiden Knochenstumpfen voluminös genug geblieben, um eine möglichst vortheilhafte Decke zu beschaffen, auch zu zeigen, dass die Behauptung der Chirurgen ungegründet ist, nach welcher in solchen Lappen die Musculatur späterhin vollständig verschwinden und nichts als Haut übrig bleiben soll. Ausser der M. Fassbender beweisen mindestens 40 zu Bonn durch den Lappenschnitt Amputirte, dass in gehörig geformten Amputationslappen die Muskulatur nie ganz verloren geht, sondern im Gegentheil zu einem ansehnlicheren Polster wesentlich beiträgt. — Eben so thut der Fall der M. Fassbender, neben zahlreichen anderen hier vorgekommenen Amputationen, unläugbar dar, dass das aus den von Paris uns zugegangenen statistischen Nachrichten sich ergebende, für diese Operationen so höchst ungünstige Resultat grossentheils in den dortigen Localverhältnissen, namentlich der schlechten Hospital-Atmosphäre, begründet sein müsse, und also glücklicher Weise keine allgemeine Anwendung zulasse.

4. *Synechia anterior partialis utriusque bulbi; Coremorphosis.*

Am 7. Mai 1849 erschien die 26jährige Köchin Elisabeth Stiel aus Schleiden, welche in Folge wiederholter heftiger rheumatischer Augenentzündungen eine theilweise Verwachsung der vorderen Seite der Iris mit der hinteren der Cornea, in bedeutendem Umfange am linken Augapfel, in geringerem am rechten zurückbehalten hatte. Eine leukomatöse Verdunkelung hatte die äussere Hälfte beider Hornhäute, besonders linker Seits, eingenommen. Die verzerrten Pupillen waren durch Exsudat vollständig verschlossen. Nur die Bildung künstlicher Pupillen gewährte hier noch einige Aussicht auf Wiederbeschaffung eines Theiles des verlorenen Gesichts, und selbst diese Aussicht war für das linke Auge äusserst gering, insofern dieses bloss hinter dem innern Hornhautabschnitte einen ziemlich schmalen Streifen der Iris erblicken liess. Am rechten Auge erschien der freie Raum zur Anlegung der künstlichen Pupille breiter, und dieses günstigeren Umstandes wegen wurde, bei dem übrigens vortheilhaften Gesundheitszustande der Person, an jenem die Operation den 15. Mai durch Iridectomedialysis vollzogen. Durch einen Einschnitt in die Cornea wurde nämlich die Reisinger'sche Hakenpincette eingeführt, mit ihr die Iris von ihrem Anheftungspunkte an das Ciliarband nach innen gelöst, dann nach aussen durch die Wunde hervorgezogen, und endlich der ausserhalb erscheinende Theil derselben mit der Hohlscheere abgeschnitten. Bald nach der Operation folgte ein Aderlass und die Application eines Blasenpflasters in den Nacken. Der Erfolg war weit über Erwarten günstig, indem die dringend gefürchtete Iritis ausblieb. Schon am achten Tage nach der Operation vermochte die Kranke aufzustehen, und kleinere Gegenstände, z. B. Geldmünzen, zu unterscheiden, indem sich hinter dem gesund erhaltenen Theile der Hornhaut nach innen und unten eine hinlänglich grosse Pupille zeigte. Der vortheilhafte Ausgang dieser Operation veranlasste die E. Stiel, unaufhörlich um die Wiederholung derselben am linken Auge zu bitten. Nur der Umstand, dass durch jene sich die wichtige Thatsache einer sehr geringen Disposition zu traumatischen Entzündungen und Exsudaten herausgestellt hatte, konnte, bei der sehr ungünstigen Lage der Dinge im linken Auge, zu einer Operation desselben ermuthigen. Am 13. Juni wurde dieselbe nach der schon erwähnten Methode auch an diesem ausgeführt. Da der für die Bewegung der Instrumente hier gegebene Raum ungemein beschränkt war, so wurde die Verwundung eine bedeutendere, welcher eine starke Iritis folgte, der wiederholte Blutentziehungen, narkotische Einreibungen, Blasenpflaster, Fussbäder u. s. w. entgegengestellt werden mussten. Ein Exsudat war hierbei nicht zu vermeiden gewesen; aber glücklich genug nahm es die neugeschaffene Pupille nicht ein. Nach völlig beseitigter Entzündung vermochte die Kranke mit dem linken Auge beinahe eben so gut, als mit dem rechten zu sehen. Immerhin blieb die Gesichtsfunction beschränkt, da die künstliche Pupille eine normale bekanntlich nie vollständig zu ersetzen vermag, wenn sie auch so vortheilhaft liegt, als es hier (auf beiden Seiten nach innen und unten) wirklich der Fall war; dass aber der für die E. Stiel erzielte Vortheil ein bedeutender gewesen sein muss,

---

Phantom-Uebungen: Derselbe.
Medicinische Klinik und Poliklinik: Prof. Nasse.
Psychiatrische Klinik: Derselbe.
Chirurgische und augenärztliche Klinik: Prof. Wutzer.
Geburtshülfliche Klinik: Prof. Kilian.
Praktische Uebungen in mikroskopischen Untersuchungen organischer Flüssigkeiten, mit besonderer Beziehung zur Pathologie, Pharmakologie und klinischen Medicin: Dr. Böcker.

Naturwissenschaften.

Ueber die Einrichtung des Weltgebäudes: Prof. Argelander.
Experimental-Physik: Prof. Plücker.
Meteorologie: Prof. Radicke.
Akustik: Dr. Beer.
Ueber Dampfmaschinen, Eisenbahnen und elektro-magnetische Telegraphen: Prof. v. Riese.
Reine und angewandte Experimental-Chemie: Prof. Bischof.
Analytische Experimental-Chemie: Prof. Bergemann.
Organische Chemie: Prof. Bischof.
Organische Experimental-Chemie: Dr. Bödeker.
Die chemische Beschaffenheit der Nahrungsmittel: Derselbe.
Praktisch-chemische Uebungen: Prof. Bergemann.
Praktische Uebungen in der analytischen Chemie: Dr. Bödeker.
Unterredungen über chemische Gegenstände: Prof. Bergemann.
Praktische Uebungen in der Anwendung des Löthrohrs: Dr. Bödeker.
Mineralogie: Prof. Nöggerath.
Ueber besondere Lagerstätten der Mineralien: Derselbe.
Geognosie: Derselbe.
Geognosie des nordwestlichen Deutschlands: Dr. Römer.
Geognostische Excursionen: Derselbe.
Privatissima über Krystallographie und Mineralogie: Derselbe.
Versteinerungskunde: Derselbe.
Die allgemeine Botanik: Prof. Treviranus.
Die natürlichen Gewächsfamilien: Derselbe.
Anatomie und Physiologie der Gewächse: Dr. Brandis.
Medicinische Botanik: Derselbe.
Demonstrationen im botanischen Garten: Derselbe.
Privatissima über verschiedene Zweige der Botanik: Derselbe.
Zoologie: Prof. Troschel.
Naturgeschichte der Strahlthiere: Derselbe.
Zoologische Uebungen im Bestimmen und Zerlegen der Thiere: Derselbe.
Naturwissenschaftliches Seminar: die Professoren Plücker, Treviranus, Nöggerath, Bischof und Troschel.

ging daraus hervor, dass sie vor der am 17. Juli erfolgten Entlassung eigenhändig ein Danksagungsschreiben aufzusetzen vermochte.

5. *Hygroma patellae.*

Die 28jährige Dienstmagd Catharine Lutz, aus Nastetten im Nassauischen, wurde der Klinik am 30. Jan. 1849 durch Hrn. Geh. Med.-Rath Merrem aus Cöln zur Operation zugesendet. Die Kranke hatte, ihrer Aussage zufolge, während des Dienstes an jedem Morgen einem langen Hausgottesdienste knieend beiwohnen müssen, und schrieb diesem Umstande, wohl mit Recht, die Entstehung ihres Kniegelenkleidens zu, welches in einem faustgrossen *Hygroma patellae* bestand. Am 31. Jan. kam die Operation desselben zur Ausführung. Man hatte die Absicht, ein Haarseil quer durch die Geschwulst zu führen. Gleich nach dem Einstechen der Haarseilnadel gab sich indessen ein so ungewöhnlich hartnäckiger Widerstand kund, dass von diesem Unternehmen abgestanden werden musste. Ein halbmondförmiger Schnitt mit dem convexen Skalpell, welcher seine Convexität nach abwärts wendete, wurde hierauf an der unteren Seite des Hygroms so geführt, dass man die Höhle desselben damit öffnete. Jetzt erst ergab sich, dass die Wand des Sackes ringsum einen halben Zoll im Durchmesser mass, aus lauter concentrischen fibrösen Platten bestehend, die der Gesammtmasse eine ungemeine Dichtigkeit verliehen. Die von ihr umschlossene Höhle, welche eine eiweisshaltige trübe Flüssigkeit enthielt, erschien demnach an Raum nur geringfügig. — Die nachfolgende entzündliche Reaction blieb sehr mässig, wahrscheinlich eben deshalb, weil während der Operation der ganze fibröse Sack unter der Haut vollständig ausgeschält worden war, und somit die Basis für jene oft so verderblichen Entzündungen fehlte, die der einfachen Punction von dergleichen Cysten, Ganglien u. s. w. nicht selten folgen. Unter mässiger Eiterung war die Vernarbung am 23. Febr., dem Entlassungstage, vollendet. Am 19. Oct. stellte sie sich nochmals, von jedem Recidive frei geblieben, vor.

6. *Ectropium utriusque palpebrae inferioris; transplantatio cutis.*

Die 31jährige, in hohem Grade skrofulöse, sonst aber kräftig constituirte Elisabeth Cürten aus Niederbergrath, erschien am 10. März 1849 in der Klinik mit einem Ectropium beider untern Augenlider, hervorgebracht durch eine bösartige Verschwärung der Weichtheile der äusseren Seite letzterer. Diese Verschwärung bot die Merkmale eines Epithelialkrebses dar. Auf der rechten Seite waren die äusseren Theile des unteren Augenlides grossentheils zerstört: statt ihrer nahm man dort eine dicke braune Kruste von erhärtetem Secrete wahr. Für die Diagnose nicht unwichtig ist es, zu bemerken, dass ein früherer Arzt die Augenlider häufig geätzt hatte. Auf der linken Seite erschien der Substanzdefect noch ansehnlicher, so dass hier augenscheinlich nur durch Ueberpflanzung neuer Haut Hülfe gebracht werden konnte. Am 12. März wurde diese Operation ausgeführt, indem aus der linken Schläfegegend ein unten schmäler werdender, länglich viereckiger Lappen entnommen, und, nachdem schon im ersten Akte die verdorbenen Weichtheile des Augenlides selbst mit dem Messer entfernt worden waren, durch eine seitliche Verschiebung in der Richtung von aussen nach innen in die so entstandene Lücke hineingezogen und eingepflanzt wurde. Die Befestigung des Lappens geschah mittelst der Knopfnaht; nur zum Zusammenziehen der Wunde in der Schläfegegend bediente man sich einiger gerader Nadeln. Die Drehung des Lappens war also, nach der von Dieffenbach zuerst angegebenen Methode, verhütet worden, und so heilte denn die übergepflanzte Masse auch eben so rasch als vollständig an, obgleich am neunten Tage nach der Operation eine damals epidemisch herrschende Rose hinzukam, die bereits an einem anderen Orte beschrieben worden ist. (S. Rheinische Monatsschrift für practische Aerzte. 1849. S. 538.)

Das Leiden des rechten Augenlides, welches viel weniger umgestülpt war, suchte man durch Beseitigung der allgemeinen Dyskrasie und durch milde äussere Mittel zu heilen. Zu diesem Zwecke reichte man mehrmals das Zittmann'sche Decoct ohne Merkur, später die Fowler'sche Arsenikauflösung. Doch blieb dies ohne localen Erfolg, obgleich sich das Allgemeinbefinden sichtlich verbesserte. So sah man sich denn genöthigt, am 4. Aug. auch eine Transplantation auf das rechte untere Augenlid auszuführen. Nach gründlicher Entfernung des Krankhaften geschah diese so, dass man unterhalb und nach aussen vom Augenlide einen zwei Zoll langen, einen halben Zoll breiten Lappen aus der Haut entnahm, ihn um seine halbe Achse drehte, und zuerst seine Spitze in der Nähe des inneren Augenwinkels mit einer Knopfnaht anheftete, so dass diese Spitze dort einen Defect, der einen grösseren Theil des Augenlides einnahm, ersetzen musste. Die hier gewählte Methode war also eine modificirte Fricke'sche. Der schmale Rest des Augenlides machte es nöthig, viele Nahtfäden durch dasselbe, mit Einschluss seiner Bindehaut, vollständig hindurchzuziehen, um den Lappen allenthalben genau zu befestigen. Die Anheilung geschah auch hier ganz erwünscht. Das rechte Augenlid erschien zwar, unmittelbar nach beendigter Vernarbung, an seiner Aussenseite nicht so glatt als das linke, als die am 10. September entlassene Elisabeth Cürten sich aber später nach einer Reihe von Monaten, in der Klinik von neuem zeigte, so hatte die in ihr vorwaltende, kräftiger gewordene Bildungsthätigkeit die meisten Unebenheiten dort ausgeglichen; beide Augenlider erfüllten ihre Bestimmung, und kaum erinnerte ein schmaler rother Saum an die früher vorhanden gewesene bedeutende Entartung.

Drei Fälle von Hydrorrhachis.

Von

Dr. Brunhoff in Kaldenkirchen.

(Schluss aus No. 8.)

Fall II. Jacob Lommes, Weber, 22 Jahre alt, aus Barlow bei Leuth, musculös gebaut, von gesundem Aussehen, hat früher ausser einer *Febr. intermittens* an keiner bemerkenswerthen Krankheit gelitten. Ende Mai verspürte derselbe fast 8 Tage lang ein solches Frösteln, dass er ein Recidiv des Wechselfiebers befürchtete; Anfangs Juni fühlte derselbe bei einem starken Frostgefühl heftige Schmerzen im Rücken, Nacken, in den Armen und Beinen, legte sich zu Bette und trank Fliederthee. Nach einer sehr schmerzvollen Nacht wollte derselbe Morgens aufstehen, fühlte jedoch eine grosse Steifigkeit und Schwäche im Rücken, weshalb er sich auf den Ellenbogen stützen musste, um sich aufzurichten. Die Beine fühlte er sehr schwer, kalt, wie eingeschlafen, und als er auf denselben stehen wollte, fiel er hin und konnte sich allein nicht mehr aufrichten. Er wurde daher wieder zu Bette gebracht, wo er beim Versuche, eine Tasse Thee zu nehmen und zu halten, eine vollkommene Machtlosigkeit in den Armen verspürte. Der herbeigerufene Arzt verordnete 12 Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule, ein Brechmittel, gab dann *Vin. semin. Colchici* ℥β, alle 2 Stunden 10 Tropfen, liess später oberhalb des linken Hüftgelenkes eine Fontanelle legen und monatelang Leberthran trinken. Patient konnte, auf dem Rücken liegend, mit den Armen anfänglich nichts erheben, sitzend jedoch damit ein Kind halten; sitzend das linke Bein nicht von der Stelle bewegen oder erheben, liegend jedoch dasselbe etwas rotiren. Allmälig stärkten sich die Arme etwas, besonders der linke; den rechten konnte er zwar etwas erheben, doch dann keinen Gegenstand damit halten, so dass Lommes, in beide Achselhöhlen eine Krücke stemmend, allmälig Gehversuche machen konnte, wobei er das rechte stärkere Bein aufstemmte und, wenn auch schlotternd, fortbewegte, während er das linke, ödematös angeschwollene, jedoch wie todt nachschleppte. Im Bette konnte er sich nur mit Hülfe der Arme aufrichten; dabei waren Appetit und Schlaf gut. Da ich in der Nähe von Barlow einen Kranken besuchte, liess sich Lommes mit der Karre dorthin bringen und bat mich um Hülfe.

Dies war am 13. Nov. Pat. erinnerte sich keiner Erkältung, doch war er derselben in seiner schlechten ungedielten Wohnung fortwährend ausgesetzt, zumal er an Fussschweissen litt und dabei mit blossen Socken durch das Haus lief. Die Fussschweisse sistirten auch hier seit Beginn der Krankheit. Ich hielt das Uebel für eine *Hydrorrhachis acuta rheumatica*. Gründe waren mir die Entstehungsweise und das Fortschreiten der Lähmung von unten nach oben, ferner der Umstand, dass die Lähmungserscheinungen bei horizontaler Lage in die Höhe stiegen, während bei aufrecht sitzender Stellung die Lähmung der oberen Theile viel geringer war. In letzterer Stellung konnte der Kranke den linken Fuss aus eigener Kraft nicht emporheben, nicht rotiren, horizontal liegend konnte er letzteres wohl. Der Kranke konnte nicht auf den Füssen stehen, kann dies auf dem linken noch nicht. Zugleich fand ich starkes Oedem der äussern Haut des Rückens längs der Wirbelsäule, ödematöse Anschwellung des linken Beins, keine allgemeine Abmagerung, keine Dislocation der Wirbel; Druck auf die Wirbelsäule verursachte keine Schmerzen; die Harnsecretion dabei vermindert.

Ich verordnete, wie beim ersten Falle, 2 Vesicatorien in den Rücken, offen zu halten, *Ung. Veratrini*, zweimal täglich längs der Wirbelsäule eine Bohne dick einzureiben, und innerlich *Kali hydroj.* ʒj in *Infus. flor. Arnicae* (ʒij) ℥vj, *Vini stibiat.* ʒij, *Spirit. sulf. aeth.* ʒj, *Syrup. cort. Zingiberis aurant.* ℥j. Zweistündl. 1 Esslöffel voll z. n. (repet.); ausserdem anfänglich ein scharfes Fussbad. Es brach bald ein allgemeiner, andauernder Schweiss aus, und die Harnsecretion wurde vermehrt. Schon nach 14 Tagen konnte der Kranke sich ohne Hülfe der Arme im Bette aufrichten, den rechten, meist gelähmten Arm, wenn auch nicht lange, horizontal ausstrecken und

schwerere Gegenstände damit halten, fing auch schon an, links auf eine Krücke, rechts mit der Hand auf einen Stock gestützt, Gehversuche zu machen. (Zusatz von *Extr. nuc. vomic. spir.* gr. x.) Das Gefühl, die Wärme in den Beinen wurden besser; Zunahme von Kraft war schon in beiden vorhanden, doch reichte sie noch nicht hin, dass L. auf dem linken Beine stehen oder es vom Flecke bewegen konnte. Die Bewegungen des rechten Beins wurden artikulirter; das Oedem des linken Beins nahm zusehends ab, weniger rasch das des Rückens. Um diese Zeit las ich die 3 ähnlichen Fälle von Dr. Clemens in der „Deutschen Klinik" und beschloss, die dort angegebene Behandlungsweise vergleichungsweise einmal hier (wie gleichzeitig bei meinem dritten Falle) anzuwenden. Ich gab am 1. Dec. *Calom., Pulv. herb. Digital.* āā gr. viij, *divid. in part. aeq. No. XVI*, viermal täglich 1 P. z. n., und setzte die Veratrinseinreibungen aus; am 8. Dec. *Jodii* gr. iv., *Calom., Digital.* āā gr. viij, *divid. in part. aeq. No. XVI*, dreimal täglich 1 P. z. n.

Am 10. Dec. stellte sich eine starke Salivation ein; die Harnsecretion nahm ab, ebenso die Hautsecretion; das Oedem verringerte sich weniger rasch, wie früher; Appetit und Kräftegefühl gingen verloren. Patient fühlte sich sehr elend. Ich setzte daher diese Behandlung wieder aus, gab ein adstringirendes Gurgelwasser und innerlich eine Campheremulsion, um den Ptyalismus zu heben; äusserlich liess ich wieder Veratrinsalbe einreiben. Die Salivation verschwand binnen einigen Tagen, der Kranke war sehr angegriffen; ich verordnete nun wieder (am 16. Dec.) mein früheres Mittel und fügte noch einen diuretischen Thee bei (*Rad. Levistici, Ononidis spinos., Rad. Liquirit.* āā ℥ β, *Baccar. Juniperi* ℥ ij). Gestern besuchte ich meinen Kranken, und die Besserung schritt wieder wie früher rascher voran; der linke Fuss konnte etwas vom Flecke verrückt werden; das rechte Bein functionirt täglich sicherer. Lommes behauptet, täglich mehr Einfluss seines Willens auf die gelähmten Theile zu fühlen. — Ich werde bei dieser Behandlung bleiben, und später weiter berichten.

Fall III. Heinrich Nothen, Ackerknecht auf einem Bauerngute bei Leuth, 29 Jahre alt, von blassem Aussehen, robustem Körperbau, litt seit dem Frühjahre an ziehenden Schmerzen im Kreuz, in Armen und Beinen, meist aber zwischen den Schultern und im Nacken. Die Schmerzen nahmen bei schlechtem Wetter zu, und es gesellte sich seit Anfang September dazu ein Gefühl von Kälte und Schwere in den Füssen, ein schlotteriger Gang, allmälig Taubsein und Abmagerung beider stets schwächer werdenden Beine, ein Gefühl von Spannung um den Leib, endlich auch Schwäche in beiden Armen und Händen, so dass er nichts mehr damit erheben und arbeiten konnte. Der Gang wurde charakteristisch, mit zuerst aufgesetzten Hacken; vom Stuhle sich zu erheben, wurde N. schwer; wenn er im Bette ausgestreckt lag, war das Lähmungsgefühl in den Armen grösser, wie bei aufrechter Stellung. Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule, einige Flaschen Medicin (zum Schwitzen, wie Pat. sagte) endlich Leberthran in grosser Quantität war die bisherige Cur — über 1 Monat gebrauchte er jedoch gar nichts — wobei jedoch stete Zunahme der Lähmung, geschwollene Füsse und immer schlechteres Aussehen.

Am 16. Nov. kam der Kranke zu mir, hatte also den Weg von Leuth hierher (½ Stunde) noch allein, ohne Stock oder Krücke zurückgelegt, allein fast eine Stunde dazu gebraucht, und war ganz erschöpft. Er klagte über fortwährende ziehende Schmerzen, die ihn Nachts nicht schlafen liessen, über verminderten Appetit, seit 3 Monaten zunehmende Schwäche und Kälte in Beinen und Armen, über häufigen Drang zum Uriniren, wobei jedoch gar nichts, oder nach langem Pressen nur einige Tropfen trüben Urins entleert wurden. Starkes Oedem an den Füssen, auf dem Rücken längs der Wirbelsäule. Puls normal. Das Fortbestehen des Rheumatismus spricht deutlich für eine *Hydrorrhachis rheumatica*. Auch hier sind alle die sub II. angeführten charakteristischen Kennzeichen vorhanden. Ich verordnete die obige Mixtur mit dem Zusatz von *Vini sem. Colchici* ʒij, dabei Abends *Pulv. Doweri*, 2 Vesicatorien im Rücken, die in Eiterung erhalten bleiben; ausserdem *Ung. Veratrini* längs der Wirbelsäule einzureiben. Nach einigen Tagen nahmen die rheumatischen Schmerzen ab; die Urinsecretion wurde reichlicher, die Haut schwitzte, der Appetit wurde besser; nach 8 Tagen bemerkte Patient schon bedeutend mehr Kraft, zuerst in den Händen, später auch in den Beinen, das Kältegefühl darin nahm ab, das Oedem der Füsse minderte sich, die rheumatischen Schmerzen verloren sich gänzlich. Weglassen des *Vin. sem. Colchic.*, Zusatz des *Extr. nuc. vomic. spirit.* gr. x. unter welcher Behandlung täglich freiere Bewegung der Beine, grössere Kraft in den Armen, Abnahme der ödematösen Erscheinungen. Anfangs December kam noch eine *Febris intermitt. quotid.* hinzu, die ich jedoch bald mit Chinin beseitigte. Gleichzeitig wie bei Lommes wandte ich auch hier *Calom.* und *Digital.* āā gr. viij, *div. in 16 part.*, viermal täglich 1 P., zweimal an, allein schon am siebenten Tage des Gebrauchs zeigten sich Erbrechen, Schwindel, Funkensehn, sowie ein starker Speichelfluss. Ich setzte das Mittel gleich aus und verfuhr wie bei Lommes. Als die Salivation verschwunden war, gab ich meine frühere Mixtur nebst Veratrinsalbe und der Kranke fängt jetzt schon an, wieder schwerere Arbeiten zu thun.

Die Hydrorrhachis, wenigstens die rheumatica, scheint sonach nicht so sehr selten zu sein, auch Frauen werden davon, doch begreiflicher Weise seltener, befallen. Was die Therapie betrifft, so glaube ich, dass locale Blutentziehungen meist ausreichend sind, in der acuten Periode des Uebels mag Calomel sehr am Orte sein, doch später möchte ich den Organismus weniger rasch angreifende Mittel vorziehen (sofern sie ebenso hülfreich sind), da die Resorption doch nur langsam voranschreitet. *Kali hydrojodicum* ist ein Antirheumaticum (Causaleur) und zugleich ein Resorbens; die *Flores Arnicae* sind ebenfalls ihrer resorbirenden Kräfte wegen berühmt. Die nervenstimulirende Wirkung derselben war mir ebenfalls passend, denn wenn gleich hier die Lähmung durch Druck der ergossenen Flüssigkeit auf das Rückenmark herzuleiten ist, so scheint mir doch bei einem längere Zeit durch Druck in beschränkte Function gesetzten Nerven eine vorsichtige Stimulation zweckmässig zu sein, wenn, wie hier, gleichzeitig die bisherige Ursache der Lähmung, die ergossene Flüssigkeit, schwindet. Aus gleichem Grunde später Zusatz von *Extr. nuc. vomic. spirit.* Veratrin wirkt gleichfalls gegen Lähmung, wie ausgezeichnet gegen Wassersucht und chron. Rheuma (Thurnbull, Magendie, Warneck). Dies meine Gründe zu der von mir eingeschlagenen Behandlung, welche sich in allen 3 Fällen als heilend, resp. noch Heilung versprechend, erwiesen hat.

Lommes hatte bei dem Gebrauch des Leberthrans und einer Fontanelle so weit schon Besserung verspürt, dass wenigstens ein Arm und ein Bein (sich kreuzend) wieder etwas brauchbar geworden war — war das Wirksame, Heilende hier vielleicht der Jodgehalt des Leberthrans? — Uebrigens sind z. B. im Stadium der Transsudation bei *Hydrocephalus acutus* die *Flores Arnicae*, sowie das Jod von vielen namhaften Aerzten schon bewährt gefunden, und dort wie hier gilt es doch, eine von Hirn-, resp. Nervenhäuten ergossene Flüssigkeit zur Resorption zu bringen! — In Canstatt's Klinik ist unter dem Artikel „Hydrorrhachis" wenig, von Jodanwendung gar nichts zu finden.

Miscellen.

Eine Molken-Anstalt in Berlin.

Ueber die Errichtung einer solchen in der Oranienburger Strasse No. 18 geht uns Folgendes zu:

1) Die Molken-Anstalt wird mit dem 2. März eröffnet, sofern sich eine genügende Anzahl Kurgäste melden. Die Eröffnung im Garten geschieht den 8. Mai.

2) Kurgäste, welche Molken zu trinken wünschen, müssen sich Tags vorher von 8 bis 1 Uhr Mittags melden und mindestens auf 3 Wochen Karten lösen, weil immer nur so viel Molken bereitet werden, als bestellt sind.

3) Diejenigen Kurgäste, welche nothgedrungen das Trinken auf mehrere Tage aussetzen müssen, können, wenn sie dies einen Tag vorher anzeigen, die versäumten Tage nachtrinken.

4) Die Anstalt sendet auf Verlangen gegen eine mässige Entschädigung die Molken in's Haus, oder es können solche von der Dienerschaft der Interessenten abgeholt werden.

5) Kurgäste, welche neben den Molken auch Brunnen zu trinken wünschen, können solchen nach der Anstalt hinsenden, wo er an einem kühlen Orte aufbewahrt wird, wofür eine kleine Vergütung zu entrichten ist.

6) Der Garten ist mit einem hinreichend bequemen Salon versehen, so dass auch bei Regenwetter die Kur nicht unterbrochen wird.

7) Der Preis: für 2 Glas täglich auf die Dauer von 3 Wochen ist auf 3 Thlr., für 3 Glas auf 4 Thlr., für 4 Glas auf 5 Thlr., für 1 Glas für Kinder 1 Thlr. 24 Sgr. festgesetzt worden.

8) Kurgäste, welche länger als 3 Wochen trinken, zahlen dann wöchentlich für 2 Glas 1 Thlr., für 3 Glas 1 Thlr. 10 Sgr., für 4 Glas 1 Thlr. 20 Sgr., für 1 Glas 18 Sgr. Diejenigen Kurgäste, welche es vorziehen, sich nur wöchentlich zu abonniren, zahlen für jede obige Portion pro Woche 5 Sgr. mehr.

9) Die Molken werden vom 2. März an bis den 31. Mai von präcise 6 bis 10 Uhr Morgens in der Anstalt verabreicht; nach dieser Zeit hängt es vom Einfluss der Witterung ab, von welcher Zeit ab es möglich ist, die Molken zu verabreichen.

10) Die Eintrittskarten werden in der Anstalt, bei der Directrice Margarethe Deltran, verkauft.

Personalien.

Personalveränderungen. Kurhessen. Dr. Suchier ist zum Physikus der Aemter Friedwald und Schenklengsfeld ernannt worden. Die Ober-Med.-Räthe DD. Harnier, Mengold und Stracke, die Ober-Med.-Assessoren DD. Fiedler und Neuber haben ihre amtlichen Stellen niedergelegt.

Oesterreich. Versetzt: Oberarzt Dr. Szabo von Prinz Alexander von Würtemberg Husaren als Contumaz-Arzt zum Rothenthurmer Contumaz-Amt; Reg.-Aerzte DD. A. Wntypka von Constantin zu Fürst Schwarzenberg Inf., Gernath von Baiern Cuirass. zu Wellington Inf. Ober-Wundarzt Dr. Fr. Steiner von der Militär-Akademie in Wiener-Neustadt ist zum Oberarzt bei Fürst v. Warschau Inf. befördert worden.

Sächs. Herzogthümer. Honorar-Professor Dr. E. Martin in Jena ist zum ord. Prof. bei der med. Facultät daselbst befördert worden.

Würtemberg. Unteramtsarzt Dr. Stockmayer in Rosenfeld ist auf sein Nachsuchen entlassen worden.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

I. Chirurgie.

Ainsworth, Ueber anatomische Erscheinungen nach Unterbindung der *Arteria subclavicularis*, vier Jahre nach der Operation. Rev. med.-chirurg., Jan.

Beau, Ueber die varicöse Erweiterung der lymphatischen Gefässe des Präputium. Rev. med.-chir., Jan.

Beraud, Betrachtungen über Hämatocele. Archiv. génér. März.

Besnard, Mittheilungen aus dem Militär-Krankenhause zu München. Deutsche Klinik No. 13.

Bretschneider, Der Bruch der Kniescheibe und dessen Heilung. Gotha, 1851.

v. Breuning, Kothfistel durch Lauge und Kartoffeln geheilt. Deutsche Klinik No. 6.

Campbell de Morgan, Geschwulst des Kniegelenks nach Verletzung; Fungus der Synovialmembran; Amputation. Lancet, Jan.

Clark, Ueber die Behandlung der Hydrocele mit Einspritzungen von Jodtinctur. Lond. Gaz., Jan.

Colton, Doppelter Anus in Folge von Exulceration. Dublin Press No. 627.
— Hypertrophie u. Induration des Zellgewebes des Beines. Ebend. No. 629.

Cooper, Heilung eines durch elektrische Moxe entstandenen Geschwürs. Lancet, Jan.
— Klinische Vorlesungen über Chirurgie (Mastdarmfistel; Abscess am Kniegelenk; tertiäres Geschwür). Med. Times, Jan.

Critchett, Gleichzeitige Amputation beider Beine; schnelle Heilung. Lancet, Jan.

Curling, Doppelter Taleps; Tenotomie und Zerreissung der Ankylose; Heilung. Lancet, Jan.

Dartnell, *Aneurysma femoralis;* Druck; Heilung in 24 Stunden. Med. Times, Febr.

Erichsen, *Hernia inguinalis congenita;* Einklemmung; Operation; Tod; Autopsie. Lancet, Jan.

Fergusson, Ueber Lithotritie und Lithotomie. Lond. Gaz., Jan.
— Vorlesungen über Chirurgie (*Aneurysma per anostomosin*). Med. Times, Febr.

Gallwey, Ein Versuch über bösartige Entzündungen. Lond. Gaz., Jan.

Geuth, 1) *Calculus vesicae urinariae;* Steinschnitt; Heilung. 2) *Fractura cranii c. depressione;* Heilung ohne Trepanation. 3) *Fungus medullaris testiculi*, für Hydrocele gehalten; *Tetanus traumaticus chron.;* Tod. Deutsche Klinik No. 6.

Gilbert, Chirurgische Fälle (Verletzungen; Fracturen; Luxationen; Tracheotomie). Americ. Journ., Jan.

Gosselin, Ueber die Synovialcysten der Hand und des Daumens. Bullet. de l'Acad. nat. XVI. 7.

Grantham, Ein Fall von partieller Ruptur der mittleren Partien des *Extensor carpi radialis*. Lond. Gaz., Febr.

Hare, Fall von seitlicher Verkrümmung des Rückgrats mit gleichzeitiger Spinalirritation und Paralyse. Lond. Gaz., Jan.

Hawkins, Abscess in der Cervicalgegend nach Scharlach. Lancet, Jan.

Heinrich, 1) Ausziehen fremder Körper aus der Nase und den Ohren. 2) Ligatur des Penis. Casper's Wochenschr. No. 2.
— Schädelbruch mit Substanzverlust. Impression des Schädels. Ebd. No. 5.
Hernia femoralis; Sectionsbefund. Lond. Gaz., Febr.

Hilton, Ueber das Hausmagds-Knie (*Ganglion patellae*). Lond. Gaz., Jan.
— 1) Ueber zwei Fälle von *Fistula ani*. 2) Vorlesung über ein Geschwür in der Schamgegend und einen chronischen Abscess am Schenkel. Ebend., Febr.

Hussey, Penetrirende Wunde mit profuser Blutung. Ebend., Jan.

Jüngken, 1) *Elephantiasis scroti exulcerata et hydrocele testiculi. Exstirpatio scroti cum operatione hydrocelis.* 2) *Necrosis centralis ossis femoris sinistri. Resectio. Hyperostosis exulcerata et amputatio femoris sub trochantere magno.* Deutsche Klinik No. 2.
— 1) Necrosis zweier Rippen; Resection; Heilung. 2) Penetrirende, durch Käse vergiftete Bauchwunde mit Vorfall des grossen Netzes; Heilung. Ebend. No. 9.

Landsdowne, Vorlesungen über Akiurgie. Lancet, Jan.

Langenbeck, B., Schusswunde durch die Achselhöhle; Blutung aus der Axillaris am 9. Tage; Unterbindung; Tod. Deutsche Klinik No. 9.

Lawrence, Klinische Vorlesungen über Chirurgie (Cysten). Med. Times, Jan.

Leuton, 1) Anomale Verrenkungen im Hüftgelenke. 2) Fälle von nicht vereinigten Fracturen, behandelt mit Elektricität. Dublin Press No. 627.

Livett, Operation eines eingeklemmten Bruches in hohem Alter. Med. Times, Jan.

Lloyd, Klinische Vorlesungen über Chirurgie (Hasenscharte). Med. Times, Febr.

Mackmurdo, Extravasation von Urin bei einem Kinde von 7 Monaten; Brand des Penis; Tod; Autopsie. Lancet, Jan.

Maund, Neue Behandlungsart der Ganglien. Med. Times, Jan.

Mercier, Neue Methode, die Paraphimose zu reponiren. Rev. med.-chirurg., Jan.

Michon, Bemerkungen und Beobachtungen über einige Fälle von plastischen Operationen im Gesicht. Rev. med.-chirurg., März.

Parratt u. Briscoe, Fälle von Aneurysmen der *Arteria femoralis*, mittelst Druck behandelt. Dublin Press No. 628.

Partridge, *Aneurysma popliteae*. Dubl. Press No. 628 u. Lancet, Jan.

Piogey und Dubreuil, Vollständige Luxation der Ulna nach aussen und des Radius nach vorn und innen. Einrichtung 5 Stunden nachher. Heilung in 14 Tagen. Rev. med.-chirurg., Jan.

Rau, Verletzung des Peritonäums mit glücklichem Ausgang durch Laparoraphe. Casper's Wochenschr. No. 1.

Ross, Mittheilungen aus dem Militär-Lazareth zu Altona. (Trepanation; Schusswunden; *Anus non perforatus*.) Deutsche Klinik No. 8.

Sealy, Ausgedehnte Fractur der Hirnschaale ohne Symptome von Compression. Med. Times, Jan.

Smith, Ueber Behandlung der Pseudarthrose mit einem eigenen Apparat. Americ. Journ., Jan.

Stanley, Klinische Vorlesungen über Chirurgie (Encephaloid des Vorderarmes). Med. Times, Jan.

Syme, Fall von *Aneurysma popliteae*. Monthly Journ., Jan.

Synovitis, chronische, des Kniegelenks. Lond. Gaz., Febr.

v. Textor, Die Abtragung des Gelenkknorpels bei Exarticulationen. Deutsche Klinik No. 1.

Velpeau, Ueber die Fibroidgeschwülste (jetzt von ihm *Tumeurs adénoides* genannt) der weiblichen Brust. Rev. med.-chirurg., März.

Verletzung des Fusses. Lond. Gaz., Febr.

Verletzung des 5. und 6. Halswirbels. — Paraplegie und Anästhesie der unteren Körperhälfte. Lond. Gaz., Jan.

Verletzungen, Fälle von. Lond. Gaz., Jan.

Warren, *Aneurysma subclaviae*, durch Unterbindung geheilt. Americ. Journ., Jan.

Werner, Untersuchungen über Paralyse der Inspirationsmuskeln als Ursache der Skoliose. Pr. Vereins-Ztg. No. 10. 11. 12.
—, Ueber Paralyse des *Serratus magnus* und Skoliose. Casper's Wochenschr. No. 4. 5. 6.
— Untersuchungen über die Erweiterung des Brustkastens beim Athmen, zur Begründung einer wissenschaftlichen Therapie der Skoliosen leitend. Pr. Vereins-Ztg. No. 3 und 4.

Whittle, Ueber Bruchoperation ohne Eröffnung des Sackes. Lond. Gaz., Febr.

Wiedersheim, Congestions- (Psoas-) Abscess und zweimaliges Recidiv. Würtemb. Corresp.-Bl. No. 3.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Inhaltsverzeichniss

zum ersten Quartal 1851 der Deutschen Klinik (No. 1—13).

Namensverzeichniss.

Sonnabend, № 15. 12. April 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Von der fortschreitenden Muskelatrophie mit Immobilität.

Von

Dr. Helfft in Berlin.

Seitdem auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten gründlichere Studien angestellt worden, und auch hier die pathologische Anatomie zur Aufhellung mancher Dunkelheiten beigetragen hat, hat sich herausgestellt, dass viele krankhafte Zustände, die bisher von einem Leiden der Centralorgane des Nervensystems oder der peripherischen Nerven hergeleitet wurden, einer ganz andern Ursache ihre Entstehung verdankten.

So hat man bis vor Kurzem die Lähmung, d. h. die geschwächte oder aufgehobene Muskelcontraction durch Abnahme oder Verlust der Leitungsfähigkeit in den motorischen Nerven mit der Immobilität des Muskels, die entweder durch Mangel der normalen Reize der Muskelfaser, oder durch Desorganisation des Muskelgewebes entsteht, verwechselt. Erst in der neuesten Zeit hat man jene Immobilität näher kennen gelernt, welche durch Störung der Circulation des Blutes in den Arterien entsteht; von nicht minderer Wichtigkeit ist aber diejenige, die auf Entartung des Muskelgewebes einzelner Theile des Körpers oder in seiner Totalität beruht, und worauf englische und französische Aerzte zuerst unsere Aufmerksamkeit gelenkt haben.

So lange man mit dieser Veränderung nicht vertraut war, wurden jene Fälle der *Paralysis saturnina* an die Seite gestellt, zumal mit der aufgehobenen Function der Muskeln ein Schwinden derselben verbunden war, wenngleich die Kranken niemals der Einwirkung des Bleies ausgesetzt waren. Schon van Swieten schildert uns dergleichen Zustände in dem Capitel von der Bleilähmung, die offenbar von einer solchen Degeneration des Muskelgewebes herrührten. Er sagt nämlich: „*Crebram occasionem habui, hunc morbum videndi et tractandi et summa cum commiseratione vidi, deltoides musculos in utroque brachio evanuisse quasi, ita ut sola certe tectum humeri articulum tangere potuerim. Torosam illam carnem musculosam, quae primae phalangi pollicis in parte manuum spectanti apponitur et pollicem magna vi, dum agit, versus manus palmam adducit. Pariter adeo emarcuisse vidi, ut vertigium ejus fere superesse videretur et miseri illi nullam vim manubus exercere potuerint* [1].“

Unter den neueren Aerzten finden wir bei Bell [2]) ähnliche Fälle erwähnt, der auf den Rheumatismus, als ursächliches Moment, das meiste Gewicht legt. Ferner hat Abercrombie [3]) einige beschrieben, wo er eine locale Affection der Nerven beschuldigt. Später haben Graves [4]) und Darwall [5]) die Aufmerksamkeit darauf gelenkt und letzterer wohl zuerst auf die wahrscheinlichste Ursache des Leidens hingedeutet, nämlich eine bedeutende Anstrengung einzelner Muskeln, wie sie in manchen Gewerben erforderlich ist, das Tragen schwerer Lasten u. dgl. Romberg [6]) theilt drei Fälle mit, von denen jedoch der letztere nach der Schilderung des Verlaufes und den Resultaten der Leichenöffnung nicht hierher zu gehören scheint. Denn es entwickelte sich allmälig vollständige Paraplegie, und die Section ergab weder eine Atrophie, noch eine Veränderung des Muskelgewebes, so dass hier wohl ein Leiden des Rückenmarks zu Grunde lag, wenngleich dasselbe dem äusseren Anscheine nach keine Abnormität darzubieten schien. — Unter den französischen Aerzten liefert uns

[1]) *Comment. in Boerhavii aphorism.* T. III. p. 170.
[2]) *The nervous system of the human body, with additions.* 3. edit. London, 1844.
[3]) Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks.
[4]) *Clinical lectures.*
[5]) London medical Gazette, 1831.
[6]) Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. I. Bd. 3. Abth. p. 769 sqq.

Feuilleton.

Ueber die Einrichtung der Gesinde-Krankenkasse zu Magdeburg.

Von

Sanitätsrath Dr. Kersten.

So wie überhaupt in der neueren Zeit zur Verbesserung der Lage der untern Klasse der Gesellschaft viel geschehen ist, und man sich es hat angelegen sein lassen, in materieller wie in geistiger Hinsicht derselben zu Hülfe zu kommen, so hat auch insbesondere der dienende Stand sich in vielen Orten einer besonderen Berücksichtigung zu erfreuen gehabt. Man hat diesem sonst wohl nicht so, wie es sein könnte, beachteten Stande nämlich Gelegenheit gegeben, die etwanigen Ersparnisse sicher und doch so anzulegen, dass bei etwa vorkommendem augenblicklichen Bedarfe auch dieselben gleich wieder zur Hand wären, und was Aehnliches der Art ins Werk gesetzt ist; man hat aber ganz vorzüglich durch Stiftung von freiwilligen Gesinde-Krankenkassen für sie gesorgt. — Magdeburg, allen anderen Städten in dieser Hinsicht wenigstens gleichstehend, besitzt ein solches Institut seit dem Jahre 1845, und es wird dasselbe vom Publicum auch so benutzt, dass der städtischen Kasse eben kein Nachtheil dadurch erwächst, daher es denn auch unter Bewilligung der Stadtbehörden von Jahr zu Jahr fortbesteht. Eine fünfjährige Erfahrung steht uns jetzt zur Seite, und da von vielen Orten, namentlich von Collegen, über die Einrichtung, den Fortgang etc. einer freiwilligen Gesinde-Krankenkasse Anfragen an mich ergangen sind, das kleine Büchelchen aber, welches ich zu einem wohlthätigen Zwecke im Jahre 1847 über diesen Gegenstand herausgab [1]), vergriffen ist, so glaube ich nichts Unzweckmässiges zu thun, wenn ich in diesen Blättern, die sich ja besonders die Verbreitung der Erfahrungen aus den Hospitälern zum Zweck gesetzt haben, ein kurzes Referat über dieselbe gebe.

Eine freiwillige Gesinde-Krankenkasse muss mit einem schon bestehenden oder neuerrichteten Krankenhause in Verbindung gebracht werden, wenn sie Vortheil gewähren soll; auf eine Anstalt nur für Gesinde, ohne Hinzutritt anderer Patienten, welche die Kosten zugleich mit tragen helfen, ist Hinsichts des Fortbestandes nicht eben zu rechnen, weil der reine Beitrag aus dem Abonnement wohl nicht die Kosten decken möchte; mir ist auch nicht bekannt geworden, ob diejenigen Herren Collegen, welche bei mir um Mittheilung von Nachrichten und Erfahrungen zu dem Zwecke baten, auf eigenes Wagniss ein solches Unternehmen, wohl gar in einer kleinen Stadt, zu begründen, wirklich damit den Versuch gemacht haben, und noch weniger, ob er ihnen geglückt ist, so dass dergleichen Krankenanstalten für die dienende Klasse allein bestimmt und aus den Abonnements-Beiträgen allein

[1]) Kurze Nachricht über die Gesinde-Krankenkasse zu Magdeburg. 1847. Creutzsche Buchhandlung in Commission.

Dubois [1]) eine empfehlenswerthe Abhandlung über die Atrophie der Schultermuskeln, vor allen aber gebührt Aran [2]) das Verdienst, uns über das Wesen des Leidens näheren Aufschluss gegeben zu haben, indem er nachwies, dass hier keine Lähmung der Nerven vorhanden, vielmehr in dem krankhaft ergriffenen Muskelsystem die Ursache der aufgehobenen Functionsthätigkeit der Muskeln zu suchen ist. Leider fehlt es aber [illegible] an einer hinreichenden Anzahl von Sectionen, um jeden Einwand [illegible] diese Behauptung zu beseitigen, doch genügen schon die wenigen [illegible]gestellten pathologisch-anatomischen Untersuchungen und die Beobachtungen während des Lebens, die von Aran gewählte Bezeichnung: fortschreitende Muskelatrophie, ohne Anstand zu nehmen, dem nosologischen Systeme einzuverleiben.

In der Schilderung der Krankheit werden wir uns vorzugsweise auf die von Aran zusammengestellten Thatsachen stützen und ein, soweit es angeht, treues Bild derselben zu liefern versuchen.

Das Leiden beginnt mit einer Schwäche in einer Extremität, die bei Anstrengungen und in der Kälte sich steigert, oft von Crampi und Sehnenhüpfen begleitet ist und sich auf die Ausführung gewisser Bewegungen beschränkt, sich dann immer weiter auf die übrigen Partien der Extremität verbreitet und gewöhnlich auch symmetrisch die entsprechenden Muskeln der anderen Extremität befällt. Hierauf stellt sich eine Abmagerung nicht in allen, sondern nur in einzelnen derselben ein, wodurch mannigfache Deformitäten entstehen. Die Bewegungen des Gliedes gehen langsam und schwer von Statten, bis sie zuletzt ganz unmöglich werden. Diese Schwäche und Abmagerung ergreift gewöhnlich zuerst die oberen Extremitäten, und am häufigsten den rechten Arm, doch wurden nicht immer dieselben Muskeln im Beginne heimgesucht: während in manchen Fällen die Schultermuskeln und die des oberen Theils des Rumpfes zuerst abmagern, tritt in anderen die Atrophie zuerst in den Muskeln des Ober- und Vorderarms, in noch anderen in denen der Hand, in den kleinen Muskeln des Daumens und den *Musc. interossei dorsales* ein. Selten sind alle Muskeln eines Gliedes gleichzeitig von der Atrophie betroffen, wie bei anderen Formen derselben; so waren in dem einen Falle von Bell die Flexoren der Hand und der Finger, und die Muskeln des Daumens in beträchtlichem Grade atrophisch, die Strecker der Hand, der vier Finger und die Supinatoren aber von normalem Umfange. An der Aussenfläche des Vorderarms hatten alle Muskeln ihre normalen Dimensionen, mit Ausnahme der drei Daumenstrecker. Oft bleiben sogar unter denjenigen Muskeln, die gleiche Functionen zu verrichten haben, einzelne verschont.

Am häufigsten findet man die Muskeln der Hand ergriffen, zumal die kleinen des Daumens. Am Vorderarm leiden die der vorderen und äusseren Fläche häufiger als die der hinteren, und von den ersteren sind besonders die Supinatoren und Flexoren erkrankt, unter den letzteren die Extensoren, der *M. anconaeus*, hauptsächlich aber der *M. abductor pollicis longus* und *extensor pollicis longus*. Am Oberarm hat man bis jetzt den *Triceps* stets unversehrt angetroffen, dagegen war der *Biceps*, der *Brachialis internus* mehr oder minder afficirt.

[1]) *Observations d'atrophie des muscles moteurs de l'humerus.* (Gaz. médicale de Paris, 1847.)

[2]) *Archives génér. de méd.* Sept. u. Oct. 1850.

Von den Schultermuskeln waren sowohl die an der vorderen wie hinteren Fläche des Schulterblatts gelegenen bedeutend atrophirt; so in einem Falle der *Supraspinatus* und *Infraspinatus*, während der *Trapezius*, *Latissimus dorsi* und die anderen Muskeln, die das Schulterblatt mit dem Rumpfe verbinden, stark und fleischig erschienen; vor allen erkrankt der *Deltoideus* in hohem Maasse.

Mit dieser Abmagerung geht aber auch die Elasticität der Muskeln zu Grunde; man fühlt nicht, wie bei der Atrophie in anderen Krankheiten, noch eine resistente Masse, sondern die Muskelsubstanz ist entweder durch ein weiches, dem Fette oder Zellstoffe ähnliches Gewebe ersetzt, welches sich zusammendrücken lässt, oder man fühlt einen harten, dem fibrösen Gewebe ähnlichen Strang; daher kommt es denn auch, dass die prominenten Theile des Schulterblattes, das *Acromion*, der *Processus coracoideus*, der Kopf des Oberarmbeines sich scharf unter der Haut zeichnen und starke Hervorragungen bilden; zwischen den Mittelhandknochen entstehen starke Vertiefungen, und die schlaffe Haut liegt unmittelbar auf dem Knochen auf.

Sehr oft vergeht eine geraume Zeit zwischen dem Gefühl der Schwäche im Gliede und dem Eintritt der Abmagerung, und während dieser finden schmerzhafte Contractionen und *Subsultus tendinum* im befallenen Theile statt. Ausserdem stellen sich andauernde, rasch auf einander folgende Contractionen der Muskelfasern ein, wodurch ein fortwährendes Oscilliren entsteht, welches sich zu steigern pflegt, wenn anstrengende Bewegungen ausgeführt werden, oder die kalte Luft auf die Theile einwirkt. Allmälig kann es sich über den ganzen Muskelapparat des Körpers verbreiten, und selbst die Muskeln der Zunge befallen, wodurch das Sprechen und Schlucken sehr erschwert wird. Diese Contractionen erfolgen unwillkürlich, und ohne dass der Kranke eine Empfindung davon hat, so dass sie gewöhnlich erst bei sorgfältiger Besichtigung wahrgenommen werden. Eine genaue Prüfung eines jeden Muskels in Betreff seiner Beweglichkeit und Ernährung ist aber um so nothwendiger, da, wie schon angeführt, im Beginn des Leidens oft nur ein einzelner an einem Gliede ergriffen ist, und der Kranke entweder auf die Schwäche in der Ausführung einer Bewegung nicht achtet, oder nicht anzugeben im Stande ist, wo der Sitz des Leidens zu suchen.

Gewöhnlich sind die Functionen der übrigen Organe nicht im Geringsten gestört; die Digestion geht regelmässig von Statten, fieberhafte Erscheinungen geben sich nicht kund, die Respiration bleibt ungestört, es sei denn, dass die Athemmuskeln beim Fortschreiten der Krankheit in hohem Maasse ergriffen werden, und die Erweiterung des Thorax, sowie die übrigen zur Respiration nothwendigen Akte nicht mehr auszuführen vermögen. Niemals leidet die Sensibilität; es findet weder eine Steigerung noch Verminderung des Gefühls statt.

Die Krankheit kann sich sehr lange hinziehen, auf eine kleine Anzahl von Muskeln der oberen Extremität, besonders der Hand, beschränkt bleiben, oder aber, was häufiger vorkommt, sie ergreift nach und nach auch die übrigen Muskeln, und geht dann auf die Extremität der andern Seite über. Seltener werden die unteren Extremitäten befallen, und ist dies der Fall, so nimmt zuletzt das ganze Muskelsystem an der Erkrankung Theil. Hat sich das Leiden einmal entwickelt, so scheint es leider nicht in unserer Macht zu stehen, ihm Einhalt zu

---

erhalten, mit Nutzen für die Patienten jetzt noch beständen. Bei einem schon vorhandenen oder auf städtische Kosten begründeten Hospitale dagegen sind die Ausgaben für die Utensilien, für die Bäder u. dgl. schon gemacht, und höchstens braucht durch einen kleinen Zuschuss das Inventar vergrössert zu werden, wenn sich durch das Abonnement die Krankenzahl vermehrt, keineswegs aber ist es nöthig, dass Alles, was zu einem Krankenhause erforderlich ist, angeschafft werde, wodurch ungemeine Kosten entstehen würden.

Von besonderer Wichtigkeit ist aber vor allen die Frage: ob denn die Einrichtung einer Gesinde-Krankenkasse wirklich Nutzen bringt. Es ist nicht zu läugnen, und bei uns nun schon durch fünfjährige Erfahrung festgestellt, dass ein wirklicher Nutzen den Communen, den Herrschaften und ganz vorzüglich dem dienenden Personale selbst daraus erwächst.

Der Nutzen für die Gemeinde selbst ist hauptsächlich in dem Umstande zu suchen, dass die betreffende Gemeinde wegen der Cur- und Verpflegungskosten für die kranken Dienstboten, welche auf dem Krankenhause verweilt haben, weniger verkürzt wird. Die Dienstherrschaften nämlich trachten sehr oft darnach, die Verpflichtung zur Bezahlung der Kosten, welche für die Krankheit des Gesindes entstanden sind, zu umgehen, und verstehen sich entweder gar nicht zur wirklichen Bezahlung, oder müssen erst durch Erinnerungen, Drohungen oder selbst durch Processe, die sich mitunter noch sehr in die Länge ziehen, dazu angehalten werden, ihren Obliegenheiten gegen die Commune nachzukommen. Durch die neuere Gesetzgebung ist darin nichts geändert, und daher ist es für die Gemeinde offenbar ein grösserer Gewinn, wenn für die Dienstboten ein Abonnement eingeführt und erhalten wird, wodurch der Schaden einigermaassen ausgeglichen werden kann.

Für die Herrschaften ist der Gewinn, den sie aus einem Abonnement für die Gesinde-Krankenkasse ziehen, noch ersichtlicher, denn für wenige Groschen erreichen sie das, wozu in manchen Fällen früher ein Aufwand von eben so viel Thalern und selbst noch mehr nöthig war. Und wenn sie auch glücklicherweise die Hülfe der Anstalt nicht in Anspruch zu nehmen brauchten, weil während des laufenden Jahres keine Erkrankung bei den abonnirten Dienstboten sich einstellte, welche die Aufnahme auf das Krankenhaus erheischt hätte, so ist doch die Ausgabe so unbedeutend, gewährt durch die Gewissheit, im Nothfall ohne fernere Kosten den erkrankten Dienstboten wohl untergebracht und sobald als möglich diensttauglich wieder hergestellt zu sehen, so grossen Vortheil, dass die Herrschaften die Ausgabe nicht bereuen, was theils aus deren Reden abzunehmen ist, theils thatsächlich daraus hervorgeht, dass sie immer von Jahr zu Jahr das Abonnement erneuern.

Am meisten in die Augen springend ist nun aber der Nutzen für die Dienstboten selbst, für welche ja auch besonders das Abonnement gestiftet ist. In den Fällen, in welchen die Dienstherrschaften zur Tragung der Cur- und Verpflegungskosten gesetzlich verpflichtet sind, behalten dieselben die erkrankten Dienstboten gewöhnlich so lange in ihren Wohnungen, als es ohne zu grosse Störung ihres Haushaltes irgend angeht, gewähren ihnen dabei auch meistens nur die nöthigste

thun oder die eingetretenen Veränderungen rückgängig zu machen. Die Dauer beträgt Monate und Jahre; ein bestimmter Zeitpunkt des Beginnens ist aber schwer zu ergründen, weil die meisten Kranken erst auf das Leiden achten, wenn die Schwäche bedeutende Fortschritte gemacht und die Desorganisation bereits eine grosse Ausdehnung erlangt hat; aus diesem Grunde ist es wohl auch erklärlich, weshalb die angewandten Mittel dann nichts mehr zu leisten vermögen.

Aus der angegebenen Schilderung geht wohl klar hervor, dass die Krankheit eine von jeder anderen, ihr dem äusseren Anschein nach analogen, dem Wesen nach verschieden ist. Sobald sich zu der Schwäche in einem Gliede Abmagerung mit Contractionen und Oscilliren der Muskelbündel hinzugesellt, und die Atrophie besonders gewisse Muskelgruppen ergreift, kann man fast mit Sicherheit auf eine Veränderung im Muskelgewebe schliessen. Diese Annahme unterliegt aber keinem Zweifel mehr, wenn vollständige Immobilität eintritt und das Schwinden der Muskeln einen so hohen Grad erreicht, dass sie sich nur wie ein dünner Strang anfühlen, oder keine Spur von ihnen mehr wahrzunehmen ist, so dass die Vorsprünge und Fortsätze der Knochen stark prominiren.

Tritt in Folge eines Gehirn- oder Rückenmarksleidens Lähmung ein, und gesellt sich später Atrophie der Muskeln hinzu, so erscheint dieselbe gleichmässig in allen Muskeln, und befällt nicht bloss einzelne, während sie andere verschont; auch erfolgt sie niemals so frühzeitig, nachdem die Innervation aufgehoben. Bei der Blei-Intoxication werden nur die Extensoren von der Lähmung und Atrophie befallen, und breitet sich diese bei Vernachlässigung und Fortdauer der schädlichen Einflüsse auf die ganze Extremität aus, so sind die Flexoren doch stets minder beeinträchtigt, als die Extensoren. Während in der Bleilähmung, wie Duchenne nachgewiesen, die Contractilität der Muskelfasern durch galvanischen Reiz vollständig erloschen ist, dauert sie hier ungeschwächt fort, so lange noch eine Spur des Muskelgewebes vorhanden, natürlich in schwächerem Grade als im normalen Zustande; ein deutlicher Beweis, dass hier die Nerven keineswegs betheiligt sind.

Was die Ursache anbelangt, so sind in fast allen Fällen fortdauernde bedeutende Anstrengungen der Muskeln nachweisbar. Diejenigen, die am längsten in Thätigkeit gewesen, werden auch zuerst befallen. So tritt die Atrophie in den Schultermuskeln ein, wenn schwere Lasten auf der Schulter getragen werden; so habe ich bei einer Frau in den Muskeln des Vorderarmes eine Schwäche mit beginnender Atrophie entstehen sehen, welche mehrere Stunden hindurch ein Kind auf diesem Arme getragen hatte und dabei eingeschlafen war. Alle von Aran zusammengestellten Fälle kamen bei Handwerkern vor, bei denen bestimmte Muskeln sich während der Arbeit in fortwährender Action befanden. Für ein solches ursächliches Moment scheint mir aber auch der Umstand zu sprechen, dass die Krankheit stets die Muskeln befällt, deren Bewegungen im natürlichen Zustande associirt sind, wenn sie auch an verschiedenen Stellen der Extremität liegen und von verschiedenen Nerven und Arterien versorgt werden, was auch Bell bei seiner ersten Schilderung des Leidens hervorgehoben hat. Jedoch bin ich weit entfernt, einer solchen Ursache allein die Entstehung einer so wichtigen, oft das ganze Muskelsystem betreffenden Krankheit zuzuschreiben, vielmehr muss eine eigenthümliche, bis jetzt unbekannte Prädisposition stattfinden, und die Anstrengung ist nur der gelegentliche Anlass, den Keim des Leidens zu wecken, denn sonst wäre es auffallend, weshalb dasselbe nicht öfter beobachtet wird. Ob rheumatische Einflüsse, wie Bell und Romberg annehmen, der Entwickelung der Atrophie förderlich sind, lässt sich nicht mit Sicherheit bestimmen. Erst die Vergleichung einer grösseren Zahl von Fällen kann hier einen Aufschluss gewähren; so viel geht aber sicher aus den bereits vorhandenen Thatsachen hervor, dass wir es weder mit einem Leiden der Centralorgane, noch einzelner Nervenstämme zu thun haben, sondern das Muskelgewebe krankhaft afficirt ist. Dafür sprechen, um es noch einmal zu wiederholen, das isolirte Erkranken einzelner Muskeln, die von verschiedenen Nerven ihre Zweige erhalten, und das Freibleiben solcher, die ergriffen sein müssten, weil in ihnen derselbe Nerv sich verästelt, der die erkrankten versorgt; ferner das Fehlschlagen aller angewandten Mittel (wie Elektricität, Strychnin, Massiren, Douche u. s. w.), die sonst bei Lähmungen einen Stillstand oder Heilung der Affection herbeiführen. — Ich fordere daher alle Collegen auf, auf diesen noch so dunkeln Process ihr Augenmerk zu richten, und wo es angeht, sich von der Beschaffenheit der Muskeln durch anatomische und mikroskopische Untersuchungen zu überführen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus dem chirurgisch-augenärztlichen Klinikum des Geh. Rath Wutzer zu Bonn.

Von

Dr. C. O. Weber,

zweitem Assistenten daselbst [1].

1. Fractur des Oberarmbeines innerhalb der Kapsel. Innerer Leistenbruch. Bronchiopneumonie mit tödtlichem Ausgange.

F. Jacobs, geboren zu Bonn im Jahre 1772, verlor seine Eltern erst spät; beide sollen stets gesund gewesen sein. Seine Jugend will er frei von allen Krankheiten hingebracht haben. Nachdem er schon früh in die Militär-Dienste des Kurfürsten von Köln getreten, wurde er später der französischen Armee einverleibt, focht mit in der Schlacht bei Jena etc., und trotzdem er damals mancherlei Drangsale auszustehen hatte, wurde er doch nie von einer bedeutenden Krankheit heimgesucht. Die einzige, deren er sich erinnert, war ein ganz gutartig und ohne weitere Folgen verlaufener Tripper. In seine Heimath zurückgekehrt, ergriff er das Bürstenbinderhandwerk, welches ihm in kurzer Zeit ein gutes Auskommen sicherte; in seinem vierzigsten Jahre

[1] In den folgenden Mittheilungen ist nicht so sehr darauf gesehen worden, glückliche, wenn auch leichte Heilungen, als vielmehr seltenere und lehrreiche Fälle bekannt zu machen.

Hülfe, ziehen knapp einen Arzt zu Rathe, wenn sie nicht einen bestimmten Hausarzt haben, und entschliessen sich erst dann, dieselben auf ihre Kosten der Krankenanstalt zu überweisen, wenn die Patienten im höchsten Grade lästig geworden sind, wenn die Krankheit derselben auf das Höchste gestiegen ist; oder umgekehrt, sie entfernen dieselben mit einer kleinen Geldentschädigung versehen wohl gar sogleich aus ihrem Dienste und überlassen sie ihrem Schicksale, welches oft das kläglichste ist, wenn nicht in gewiss seltenen Fällen ein gütiges Geschick den Dienstboten noch die Eltern oder mildthätige Verwandte gelassen hat, an welche sie sich wenden können. Gewiss ist es, dass durch diese Verfahrungsarten der Herrschaften schon bei manchen Dienstboten eine anfangs unbedeutende Krankheit zur bösen und langwierigen, selbst zur unheilbaren oder gar tödtlichen angewachsen ist. Aber andererseits sind auch viele arme Dienstboten mit Krankheiten behaftet, welche sie sich weder in dem Dienst noch bei Gelegenheit desselben zugezogen haben, zu deren Cur also auch die Herrschaft sich nicht für verbunden hält, auch gesetzlich nicht in Anspruch genommen werden kann, diese werden meistens sogleich, wenn sie ihre Obliegenheiten nicht mehr erfüllen können, aus dem Dienste entlassen, und Niemand kümmert sich weiter um sie. Auch sie suchen sich nun, wie es gehen will, zu helfen, aber in der Regel wird das Uebel durch Anwendung von sogenannten Hausmitteln, durch Benutzung des Rathes von Quacksalbern, Schäfern, alten Weibern u. dgl., immer bösartiger und erst, wenn dasselbe unheilbar oder lebensgefährlich geworden ist, suchen sie die Aufnahme auf das Hospital nach. — Diesem Allen wird durch ein gehörig benutztes Abonnement für das Gesinde in der grossen Mehrzahl der Fälle vorgebeugt. Die abonnirten Patienten kommen zeitiger auf das Krankenhaus, wo das Uebel noch nicht den hohen Grad erreicht hat, und sie werden auch in der Regel rascher hergestellt, und bei solchen nicht im Dienst entstandenen Krankheiten finden sie auch leichter ein passendes Unterkommen mit der nöthigen ärztlichen Pflege, wodurch sie auch meistens geheilt werden.

So wie nun der Nutzen nicht zu verkennen ist, den eine Gesinde-Krankenkasse darbietet, wenn man mit unpartheiischem Auge die Sache betrachtet, so ist andererseits auch nicht zu läugnen, dass wohl mannigfache Bedenken vorhanden sind, welche gegen die Errichtung einer solchen Kasse geltend gemacht werden können, dass selbst Schwierigkeiten sich finden, die sich dem Bestehen derselben entgegenstellen. Aber es fragt sich nur, ob diese Uebelstände nicht beseitigt werden können, ob sie nicht wenigstens viel geringer anzuschlagen sind, als der Nutzen, welchen ein derartiges Institut gewährt. Letzteres ist nun ganz gewiss der Fall, ersteres ist nicht immer von Anfang an zu bestimmen, gestaltet sich auch wohl an jedem Orte anders, und wird daher auch nicht von so grosser Bedeutung sein, dass es die ganze Einrichtung in Frage stellte.

Man hat nämlich wohl behauptet, dass die Commune statt des gehofften Vortheils leicht einen pecuniären Schaden leide. Werden freilich die Kosten für die einzelnen abonnirten Kranken, wie sie in Jahresfrist auf der hiesigen Anstalt behandelt sind, ohne Unterschied, ob die Herrschaft zur Bezahlung der Cur- und Verpflegungskosten ver-

verheirathete er sich mit einer kräftigen, gesunden Frau, zeugte mit ihr zwei noch lebende, ebenfalls gesunde Töchter, und will im Laufe seines weiteren Lebens keiner bedenklicheren Krankheit unterlegen sein. Allabendlich pflegte er mit seiner Frau eine Flasche Rothwein zu trinken, woran er sich so gewöhnte, dass er sich allmälig mehr und mehr dem Trinken ergab, und, da hierdurch sein Vermögen gelitten hatte, in den letzten Jahren nur zu oft mit Branntwein vorlieb nehmen musste. Etwa im 60. Jahre zog er sich eine Unterleibskrankheit zu, welche, mit heftigem Erbrechen und lebhaften Schmerzen verbunden, doch bald der gehörigen ärztlichen Behandlung wich. Ein Jahr darauf bildete sich in Folge eines Falles ein Hodensackbruch aus, welcher Patienten jedoch so wenig beschwerte, dass er es nicht einmal der Mühe werth hielt, ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen, wenn auch das Uebel allmälig zu einer bedeutenden Grösse anwuchs.

Vor einem halben Jahre stellte sich bei ihm in Folge einer Erkältung, die er sich bei Gelegenheit einer Ueberschwemmung zugezogen hatte, ein heftiger, jedoch schmerzloser Husten ein, welcher ihn nicht mehr verliess.

Am 29. Sept. 1850 fiel J a c o b a, als er Morgens herausgehen wollte, von einer steinernen Treppe vor seinem Hause auf den linken Oberarm zu Boden, der Arm schwoll in Folge davon heftig an, schmerzte sehr und veranlasste ihn, noch an dem nämlichen Tage in der hiesigen Klinik Hülfe zu suchen.

Die sogleich vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Der kranke Arm war bedeutend geschwollen, namentlich trat die Geschwulst an der vorderen Seite des Armkopfs stark hervor. Längs der vorderen und inneren Seite, neben dem Verlaufe der *MM. pectoralis major* und *biceps brachii*, befand sich eine bedeutende Ecchymose. Die Schulter selbst erschien etwas weniger abgeflacht. Der Kranke war nicht im Stande, seinen Arm frei zu bewegen, was jedoch unter Schmerzen ziemlich leicht durch Herrn Dr. H. S c h ä f f e r, welcher die erste Untersuchung vornahm, geschehen konnte. Wurde der Armkopf fixirt, so vermochte man den Arm nur wenig um seine Achse zu drehen, bei welchen Manipulationen deutlich am Armkopfe eine Crepitation wahrgenommen wurde. Eine Dislocation des Kopfes konnte nicht bemerkt werden. Der Bruch selbst musste, innerhalb der Kapsel, das sogenannte *Collum humeri anatomicum* betroffen haben; höchst wahrscheinlich war er ein Splitterbruch. Am Ellbogen befand sich eine kleine, leicht gequetschte Wunde. — Der Arm wurde, da wegen der bedeutenden Anschwellung an einen festen Verband nicht gedacht werden konnte, vorläufig in eine einfache Mitelle gelegt. Während der Nacht steigerte sich der Husten bedeutend; der Kranke klagte über stechende Schmerzen, besonders in der rechten Brust; die angestellte Untersuchung derselben ergab in den unteren Lappen beider Lungen crepitirendes Rasselgeräusch, weiter hinauf fast überall *Rhonchus sibilans* und *sonorus*, auch an mehreren Stellen deutlich bronchiales Athmen, während der Percussionston über den unteren Theilen der Lunge, besonders aber der rechten, gedämpft erschien, so dass die Annahme einer Bronchiopneumonie, durch Steigerung der wohl schon lange vorhanden gewesenen chronischen Bronchitis, gerechtfertigt erschien. Es wurde demgemäss eine entsprechende antiphlogistische Behandlung eingeleitet. Ausserdem zeigte der Kranke einen sehr bedeutenden inneren Leistenbruch von der Grösse eines Kinderkopfes, welcher sehr leicht zurückgebracht werden konnte; man unterstützte ihn durch Anlegung eines Suspensoriums.

Die entzündlichen Erscheinungen der Lunge steigerten sich leider von Tag zu Tag; die Quantität des abgesonderten Auswurfs, der, wie das Mikroskop und die physikalische Untersuchung nachwies, aus reinem Eiter bestand, nahm bedeutend zu, und das Ende des 78jährigen Greises musste bald als nahe bevorstehend angenommen werden. Doch widerstand die kräftige Constitution noch einige Tage, bis denn am 8. Oct. Nachmittags ohne auffallende Erscheinungen der Tod erfolgte.

Die 24 Stunden nach dem Absterben vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Die Todtenstarre noch vorhanden. Auf dem Rücken und über den Glutaeen zahlreiche Todtenflecke. Die Pleura war über die ganze innere Fläche des Thorax mit dieser fest verwachsen, stark verdickt und zeigte an einigen Stellen der rechten Seite noch frisches Exsudat. Die Lungen erschienen nicht zusammengefallen; ihre unteren Lappen liessen einzelne neben einander liegende, über die Oberfläche hervorragende Knoten von grauröthlicher Farbe bemerken, welche beim Durchschneiden überall auf der Schnittfläche aus den verdickten kleineren Bronchien hervorgetretene Tropfen eines dicken gelben Eiters zeigten. Rings um sie herum war das Lungengewebe verdichtet, kaum noch knisternd, und serös infiltrirt. Beim Durchschneiden der übrigen Lungentheile zeigte sich fast überall noch Knistern; doch überzog sich die Schnittfläche mit einer schaumigen, röthlichen, serösen Flüssigkeit. Sämmtliche Bronchien ergaben beim Durchschnitte eine Aufwulstung und entzündliche Röthung ihrer Schleimhaut. Deutliche Zeichen einer Bronchiopneumonie oder sogenannten *Bronchitis capillaris catarrhalis.*

Die Baucheingeweide zeigten nichts Krankhaftes; nur war ein Theil der dünnen Gedärme, so wie der untere Theil des Dickdarms durch ein ziemlich festes Gewebe mit dem Peritonäum verwachsen. — Die Untersuchung des sehr bedeutenden Scrotalbruches bestätigte, dass derselbe ein v o l l k o m m e n e r i n n e r e r war, d. h. der Bruchsack senkte sich bis auf die Scheidenhaut des Hodens herab, welcher selbst unter ihm in der Tiefe seines Scrotum lag. Die Bruchmündung hatte die ganze dreieckige Leistenfläche verdrängt und bildete eine längliche, schief von oben und aussen nach unten und innen gerichtete Spalte, deren Länge 2 Zoll 6 Linien Rh. betrug. Der Bruchsack hatte beinahe den Umfang einer kleinen Kalbsblase und enthielt eine Schlinge von dem unteren Ende des Dünndarms, welche über 1 Fuss Rh. lang war. Die Hüllen des Bruchsackes wurden von aussen her zunächst gebildet durch die *Tunica dartos*, welche, von bedeutender Dicke, die ziemlich ausgedehnten Zweige der *Art. pudenda externa* deutlich bemerken liess. Dann folgte die *Tunica vaginalis communis*, ebenfalls sehr verdickt, mit deutlichen Fasern des *M. cremaster*; sie war durch eine bedeutende Zellgewebsschicht mit dem eigentlichen, durch das Peritonäum gebildeten Bruchsacke verwachsen, so dass sich beide nicht leicht von einander trennen liessen. Das Bauchfell selbst war hier bedeutend fester und undurchsichtiger, als innerhalb des Bauches. An der äusseren Seite desselben lagen, ziemlich auseinander gedrängt, die Gefässe des Saamenstranges; mehr nach hinten das *Vas deferens.* Die *Art. epigastrica inferior* entsprang normal aus der *Art. iliaca*

---

pflichtet war, oder nicht, in Summa, und nach dem gewöhnlichen Satze, der für zahlende Kranke festgestellt ist, berechnet, dann übersteigt dies allerdings in jedem Jahre die eingekommene Summe um ein Ansehnliches, werden aber von der Summe diejenigen Kosten abgerechnet, welche die Commune doch hätte tragen müssen, weil die Herrschaft oder der Angehörigkeitsort nicht zur Erstattung verpflichtet ist, so bleibt noch immer ein bedeutender Ueberschuss. Dies hat sich in den 5 Jahren in Magdeburg jedesmal bestätigt. Wenn aber eine rege Theilnahme des Publicums erweckt wird, wozu nöthig ist, dass der Preis für das Abonnement den Verhältnissen des Orts angemessen festgesetzt wird, und wenn wohl anzunehmen ist, dass die meisten Herrschaften bei leichten und bald zu beseitigenden Erkrankungen ihre Dienstleute nicht sogleich nach dem Krankenhause schicken, so wird der Commune kein so grosser Schaden entstehen, im Gegentheil eher der oben erwähnte Vortheil erwachsen. Und sollte auch wirklich ein Ausfall bei der Kasse sich ergeben, so wird er doch vollkommen aufgewogen durch den Vortheil, welcher dem Wohle des Gesindes dadurch geschafft wird, wofür auch ein Opfer gebracht werden kann, und dadurch der Gewinn, dass die Commune nicht soviel Unheilbare zu verpflegen hat.

Ein weiterer Vorwurf, welcher der Gesinde-Krankenkasse gemacht ist, besteht in der Behauptung, dass das Gesinde, besonders das weibliche, einen zu grossen Widerwillen gegen die Aufnahme auf ein Krankenhaus hätte, und dass zweitens durch diese Einrichtung das Band zwischen Herrschaften und Dienstleuten noch mehr gelockert werde, als es schon sei, indem durch das frühzeitige Fortschaffen nach dem Krankenhause bei Erkrankungen der Patient Lieblosigkeit, Hartherzigkeit u. dgl. bei der Herrschaft voraussetze und daher mistrauisch und übelgestimmt gegen dieselbe würde. — Der erste Punkt ist allerdings vielfach begründet; an vielen Orten hat das Publicum im Allgemeinen ein Vorurtheil, ja einen Widerwillen gegen das Krankenhaus, und besonders findet man dies in dem dienenden Stande. Da ist es nun aber Hauptsache, dass man den Dienstboten Vertrauen zur Anstalt erwecke, man muss sie daher einigermaassen mit den Einrichtungen des Hospitals, welches sie bei Erkrankungen aufnehmen soll, bekannt machen; ihnen Gelegenheit geben, von denselben bei gesunden Tagen sich zu überzeugen, indem man z. B. eine bestimmte Stunde, des Sonntags vielleicht, festsetzt, an welcher Besuche und Beschauungen der nicht mit Patienten belegten, sonst aber zur Aufnahme von solchen vollkommen eingerichteten Locale stattfinden können. Nöthig ist es dabei auch ferner, dass nach Möglichkeit besondere Krankenzimmer für die abonnirten Dienstboten gehalten werden, damit sie nicht gezwungen sind, mit liederlichen Personen zusammen zu sein; das wird schon bei manchen den Abscheu tilgen, wie ich dies aus vielfacher Erfahrung bezeugen kann. Oft entsteht die Furcht auch aus der Beobachtung, dass auf dem Hospitale gar zu viele Patienten sterben, es drängt sich bei ihnen dann auch der Gedanke auf, sie kämen nicht wieder lebendig herunter. Dieser Aberglauben muss ihnen genommen, und sie müssen über den Grund der anscheinend grösseren Sterblichkeit in einem Krankenhause belehrt werden. Vor allen Dingen muss

externa, innerhalb der Bauchhöhle, der *Art. circumflexa ilei* fast gegenüber, etwas höher als diese, 4 Linien von dem Poupartischen Bande entfernt, wand sich unter dem Saamenstrange hindurch und stieg an der äusseren Seite des Bruches empor. — Wenn nun gleich dieser Bruch keine ungewöhnlichen Verhältnisse darbot, so war er doch in sofern interessant, als ein innerer Leistenbruch wohl nicht häufig von solcher Grösse beobachtet ward, und vorzüglich, weil der Kranke, ohne ein Bruchband zu tragen, niemals durch denselben besonders beschwert worden war.

Die nähere Untersuchung der kranken Schulter endlich bot folgende Resultate:

Unter der Haut, vorzüglich zwischen den *MM. deltoideus, pectoralis, biceps* und *coracobrachialis*, so wie um das ganze Schultergelenk herum, befand sich eine bedeutende Infiltration des Zellgewebes mit Blut, welche bis über die Hälfte des Oberarms hinabreichte. Weiter hinab, zwischen den Bäuchen des *M. anconaeus externus* und des *brachialis internus*, befand sich ein haselnussgrosser Abscess in dem Zellgewebe der Fascia. Die kleine gequetschte Wunde am Ellbogen war bereits fest geschlossen, wiewohl sie in den ersten Tagen ziemlich geeitert hatte. Die Gelenkkapsel der Schulter war nirgends zerrissen, zeigte sich aber beim Aufschneiden, namentlich an den Stellen, welche den Bruch des anatomischen Oberarmhalses bedeckten, wie dieser selbst, stark entzündlich geröthet. Diese Röthe verbreitete sich ferner auch in Verästelungen über den ganzen Oberarmkopf und folgte dem Bruche überall. Zwischen den Bruchenden befand sich Blut ausgetreten, einzelne feine Fädenchen Faserstoffs zogen hie und da von dem einen zu dem andern Bruchende herüber. Von Callusbildung war natürlich keine Spur. Was den Bruch selbst betrifft, so war seine Hauptrichtung eine schief von oben und aussen nach innen und unten gehende. Zunächst war der grosse Höcker durch einen Bruch im *Collum anatomicum* vom Kopfe getrennt, welcher vorn der Längenfurche für die Sehne des langen Kopfes des Biceps folgend, dann 14 Linien unterhalb des kleinen Muskelhöckers und unterhalb der Sehne des *M. teres minor* über die *Spina tuberculi minoris* schräg nach abwärts gerichtet hindurchging und über der Sehne des *M. latissimus dorsi* sich wieder an der hinteren Seite des Oberarms zum *Collum anatomicum* in die Höhe wandte. Ein Querbruch hatte, sich mit jenem Hauptbruche vereinigend, das *Tuberculum majus* zum Theil gelöst, so wie dasselbe auch noch durch einen Riss zwischen den Ansatzpunkten der Sehnen des *M. supraspinatus* und *M. infraspinatus* in zwei beinahe viereckige Stücke getrennt war; in ähnlicher Weise war das *Tuberculum minus*, so weit sich die Sehne des *M. subscapularis* an dasselbe ansetzte, durch eine Fissur als ein fast kubisches Stückchen vom Oberarme abgebrochen. Der Kopf selbst war auf seiner scharfen Bruchfläche um etwa eine Linie nach unten und ein klein wenig nach hinten abgewichen.

Der Bruch befand sich mithin zum Theil innerhalb, zum Theil ausserhalb der Gelenkkapsel, hatte einestheils das eigentliche sogenannte *Collum humeri anatomicum*, und zwar in dessen oberer Hälfte, anderntheils das *Collum humeri chirurgicum*, und zwar in dessen vorderer Hälfte, endlich aber auch den oberen Theil der Diaphyse selbst betroffen; er lässt sich mithin nicht wohl unter die in den Lehrbüchern aufgestellten Arten der Knochenbrüche unterbringen, wie denn überall die Natur sich nicht an unsere Kathegorien bindet, auch hat er mit den gewöhnlichen Brüchen des Oberarmhalses keine Aehnlichkeit; denn sowohl die von A. Cooper [1]) bekannt gemachten und abgebildeten Fälle, als auch die neuerdings von Malgaigne [2]) erwähnten wichen von dem vorliegenden mehr oder weniger ab, ebenso wie hier auch nicht von der schon einige Male beobachteten Trennung der Epiphyse die Rede sein kann. — Beide interessante Präparate sind der pathologischen Sammlung der Klinik einverleibt.

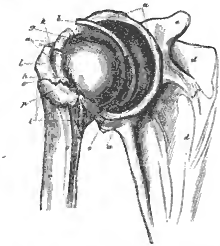


Abbildung des gebrochenen Oberarmes von der hinteren Seite.

a. a. Die von hinten aufgeschnittene und vom Oberarme zum grossen Theile gelöste Gelenkkapsel.
b. Sehne des langen Kopfes des *M. biceps brachii.*
d. *Cavitas glenoidea* der Scapula.
e. *Processus acromialis* derselben.
f. *Spina scapulae.*
g. *Caput humeri.*
h. Fractur des *Collum capit. humeri anatomicum.*
i. Fractur des *Collum capit. humeri chirurgicum.*
k. Ansatzstelle des *M. supraspinatus* an das *Tuberculum majus.*
l. Ansatzstelle des *M. supraspinatus* an dasselbe.
n. Fractur zwischen diesen beiden Punkten.
o. Bruch zwischen den Ansatzpunkten der Sehnen der *MM. infraspinatus* und *teres minor.*
p. Ansatzpunkt für die Sehne des *M. teres minor.*
q. *Angulus externus ossis humeri.*
r. r. Ansatzstelle des *M. anconaeus externus.*

Dass übrigens dieser Bruch an und für sich wohl geheilt worden wäre, wenn sich nicht die chronische Bronchitis in der erwähnten

[1]) S. Guy's Hospital Reports, Vol. II. und Froriep's chirurg. Kupfertaf. T. 126.
[2]) S. d. Knochenbrüche, deutsch bearb. von Burger. Stuttgart, 1850. S. 199 ff.

---

es ihnen auch vorgestellt werden, dass sie die ihnen nöthige Pflege und Aufwartung in der Regel besser im Hospital erhalten, als im eigenen Hause; es ist dies auch in der That so, fast keine Herrschaft ist im Stande, ihren Leuten eine gleich gute und dem Uebel angemessene Wartung zu gewähren, wie sie ihnen in der Krankenanstalt zu Theil wird, die wenigsten Herrschaften haben z. B. so geräumige Wohnungen, dass sie dem schwerkranken Dienstboten ein besonderes, heizbares Zimmer einräumen könnten, dass sie für denselben einen eigenen Wärter hielten u. s. w. Ein vernünftiger Dienstbote wird daher auch sehr bald einsehen, dass die Herrschaft durch den Beitritt zum Abonnement besser für ihn gesorgt hat, als es sonst auf irgend eine Weise geschehen könnte, er wird derselben dankbar sein, und das Band zwischen ihm und der Herrschaft wird also nicht lockerer, als es früher war, im Gegentheil, es knüpft sich fester, da dem Dienstboten die Gewissheit gegeben wird, dass durch die Fürsorge seines Herrn ihm im Voraus bei etwa vorkommender schwerer Erkrankung ein Asyl gesichert ist. — Also auch dieser Einwand möchte nicht stichhaltig sein; noch viel weniger ist es aber nun der, wonach behauptet wird, dass eine solche Einrichtung mehr von Reichen als von Unbegüterten benutzt werden könnte, dass daher den ersteren dieselbe auch nur zu Gute käme, obgleich sie es am wenigsten bedürften. Abgesehen davon, dass die Stadtbehörden so viel als möglich die Interessen aller Einwohner — der reichen wie der armen — und nicht etwa die der letzteren ausschliesslich wahrnehmen sollen, so ist es gerade der Mittelstand, der, wenn er sich am Abonnement für das Gesinde betheiligt, den grössten Vortheil davon zieht. In der geräumigen Wohnung des Reichen findet sich immer eher ein Plätzchen, welches der erkrankte Dienstbote einnehmen kann, sein Hausarzt behandelt denselben ohne Steigerung der Kosten, und daher verbleibt der Dienstbote hier oft, und der Herr tritt dem Abonnement nicht bei; anders in der kaum für die eigene Familie hinreichenden Wohnung des Handwerkers, wo die Magd auf dem Boden schlafen muss, bei deren Erkrankung kein Raum zu einer Lagerstelle für sie sich darbietet, und die grösste Verlegenheit schon deswegen für den Brodherrn entsteht. Ist dieser nun nicht dem Abonnement beigetreten, und das Mädchen musste doch nach dem Hospitale geschafft werden, so kann er natürlich die aufgelaufenen Curkosten viel schwerer erschwingen, als der Wohlhabende; es kommt also auch ihm im Gegentheil gerade ganz vorzüglich die Gesinde-Krankenkasse zu statten, wenn er rechtzeitig abonnirt, ein Umstand, der auch von dieser Art Leuten immer mehr erkannt wird, so dass diese in der That dem Abonnement vielfach beitreten.

(Schluss folgt.)

Weise schnell gesteigert hätte, bezweifeln wir kaum, da die von der Natur getroffenen Heilanstalten, sowohl in Bezug auf die Resorption des ausgetretenen Blutes, wie auf die nothwendige Entzündung der den Bruch umgebenden Theile nichts zu wünschen übrig liessen, soweit überhaupt bei so hohem Alter eine Heilung von Knochenbrüchen mit Bestimmtheit erwartet werden darf.

2. Siebzehntägige Luxation des Oberschenkels nach hinten und oben, mit erfolgreicher Einrichtung. Bruch des Oberarmes.

Wenn schon im Allgemeinen die Einrichtung veralteter Verrenkungen Schwierigkeiten darbietet, so gilt dies besonders von der Einrichtung des verrenkten Oberschenkels, und dürfte deshalb der folgende Fall von Interesse sein, zumal die Einrichtung nach der beschriebenen Methode bei dem ersten Versuche leicht ausgeführt wurde. Bekanntlich haben manche Chirurgen, z. B. C. Richter [1]), bei schon länger bestehenden Luxationen des Oberschenkels, ganz von der Wiederholung des Versuches der Einrenkung abgerathen, sobald der erste mässige nicht ausreichte.

Michael Viornich aus Mechenich bei Commern, Bergknappe, 23 Jahr alt, hatte als Kind an einem wahrscheinlich skrofulösen Kopfausschlag, später am Nervenfieber gelitten. Derselbe wurde am 12. Aug. 1850 im Schachte von einem Haufen aufgethürmten Steingerölls von hinten her überschüttet, als er sich in gebückter Stellung befand. Indem man, um den ganz Vergrabenen aufzufinden, mit einem Grabscheidte sondirte, brachte man ihm eine Kopfwunde bei, die jedoch von keiner besonderen Bedeutung war. Der Mann verblieb sowohl während der Ausgrabung, als auch fast noch zwei Tage nach derselben, in bewusstlosem Zustande. Der herbeigerufene Arzt fand einen Bruch des linken Oberarms, welcher zwei Tage darauf mit einer Art von Kleisterverband umgeben wurde, so wie eine Quetschung des rechten Oberschenkels, während er eine vorhandene Luxation erst bei einer zweiten, zwei Tage später vorgenommenen Untersuchung entdeckte. Den Einrenkungsversuchen wurden ein Aderlass, die örtliche Application von Schröpfköpfen und einige Gaben *Natron sulphuricum* vorausgeschickt. Trotz dem Beistande von 5 Männern und mehrmaligen Versuchen gelang die Reposition nicht, ebenso wie ein späterer Versuch ohne Erfolg blieb, zu welchem man den Physikus des dortigen Kreises hinzuzog, auch den Flaschenzug zu Hülfe nahm. Hierauf beschloss man, den Kranken in die Klinik nach Bonn zu schicken, woselbst er am 29. Aug. aufgenommen wurde. Er zeigte sich von kräftigem, schlankem Körperbau und litt damals zugleich an einer katarrhalischen Diarrhöe, welche er sich auf dem Transporte zugezogen hatte, so wie an einem leichten Bronchialkatarrh, welche beide im Verlaufe der Behandlung von selbst verschwanden. — Der linke Oberarm befand sich in einem durch Holzschienen unterstützten Kleisterverbande, hatte jedoch, weil der Verband zu lose geworden war, volle Freiheit sich zu bewegen. Der rechte Schenkel erschien nach innen rotirt und um etwas über 2 Zoll verkürzt. Fuss und Knie waren der linken Extremität zugewendet, so dass das Knie fast über dem andern, der Fuss mit der grossen Zehe auf dem Rücken des linken Fusses auflag. In dieser Lage konnte das Bein ohne Schmerzen für den Kranken weiter bewegt werden, so dass es völlig über das andere zu liegen kam, während man die Abduction des kranken Schenkels von dem gesunden nicht ohne die heftigsten Schmerzempfindungen zu bewirken vermochte. Die kranke Hüfte zeigte sich abgeflacht, der grosse Trochanter weiter nach hinten und höher hinaufgerückt, als normal; der Schenkelkopf war bei der Rotation des Beines nach innen deutlich auf der äusseren Fläche des Darmbeines zu fühlen. Auf dem Knie der kranken Extremität befand sich eine ziemlich grosse Wunde; am Arme, am Rücken, am Hodensacke, am Damme, in den Leisten und an den inneren Seiten der Schenkel sah man mehr oder weniger bedeutende Excoriationen und Blutextravasate. Uebrigens war der Kranke gutes Muthes und froher Hoffnung.

Nachdem der Kranke vorher *Tart. stibiatus* in kleinen Gaben genommen, und vor dem Beginnen der Operation während 4 Minuten lang Chloroform eingeathmet hatte, so dass er während derselben gänzlich bewusstlos war, wurde die Reposition von Hrn. Dr. H. Schäffer in folgender, zuerst von Hrn. Dr. O. Fischer in Cöln angegebenen Methode [2]) vollzogen, nach welcher hereits früher im Jahre 1847 eine ganz ähnliche Verrenkung des Oberschenkels bei einem herkulischen Bauer, Anton Mai aus Obercassel, durch ihn mit gleich schnellem und glücklichem Erfolge geheilt worden war. — Der Kranke lag auf dem rechten Rande einer glatt auf die Erde gebreiteten Matratze. Vermittelst eines Tuches wurde von jeder Seite her das Becken durch je einen Assistenten fixirt, ein Dritter fixirte das gesunde, ein Vierter leitete das kranke Bein. Der Arzt, welcher den Kranken bisher behandelt und ihn nach Bonn begleitet hatte, übernahm die Extension, welche er sich durch ein um das Knie des Patienten geführtes und um den eigenen Hals geschlungenes Tuch erleichterte, während Hr. Dr. Schäffer das Ganze beaufsichtigte und den Kopf in die Pfanne leitete. Der Schenkel wurde zunächst gehoben und kräftig angezogen, bis zu einem spitzen Winkel gegen den Stamm gebeugt, alsdann unter leichten Rotationen abducirt und durch gleichzeitigen starken Druck auf den Schenkelkopf eingelenkt. Nachdem auf diese Weise leicht, ohne andere als manuale Hülfe, und bei dem ersten Versuche die Reposition vollzogen war, war das runde Ansehen der Hüfte hergestellt, die Länge des Beines gleich der des anderen, die abnorme Drehung des Schenkels nach innen beseitigt, und die Beweglichkeit zurückgekehrt. Patient hatte zwar während der Operation heftig geschrieen, kam aber erst zu sich, als er mit der Matratze in sein Bett gebracht worden und wunderte sich höchlichst, dass er durchaus keine Schmerzen empfunden hatte. Bald nach der Operation, so wie an den nächstfolgenden Tagen, litt dagegen der Kranke an heftigen Schmerzen im Fusse, so wie später auch im Knie der verletzten Extremität, welche sich durch Senfteige anfangs mässigen liessen, nach einigen Wochen sich aber gänzlich verloren, und nur dann und wann noch wiederkehrten.

Drei Tage nach der Ankunft des Mannes veranlassten die Schmerzen, über welche derselbe im linken Oberarme klagte, die Wiederabnahme des angelegten Kleisterverbandes. Es fand sich ein schräger, dislocirter und bereits an der äusseren Seite mit Callusmasse verseheer Bruch an der oberen Hälfte des Oberarmbeins. Durch kräftige Ausdehnung und Gegenausdehnung wurde die richtige Lage der Theile hergestellt und ein neuer Kleisterverband angelegt, welchen man noch durch Holzschienen befestigte.

Allmälig kehrte die jetzt schmerzlose Beweglichkeit des Beins zurück; da jedoch die vollkommene Beugung des Oberschenkels nicht gut vollzogen werden konnte, so wurde, um das wahrscheinlich vorhandene Exsudat zu beseitigen, die Umgebung des Hüftgelenkes mit Jodkaliumsalbe eingerieben, und da auch diese den gewünschten Erfolg nicht zeigte, Jodtinctur eingepinselt, während gleichzeitig allgemeine Bäder angewandt wurden, worauf der Gebrauch des Gliedes allmälig zurückkehrte. Der Kleisterverband konnte bereits am 2. Oct. wieder entfernt werden. Der Arm fand sich von einem starken Callusringe vereinigt und in jeder Beziehung günstig geheilt. — Leider ergab sich bei den später angestellten Gehversuchen, dass der heftige Schlag der Erzmasse gegen das Rückgrath zugleich eine theilweise Lähmung der Musculatur der rechten Seite, wahrscheinlich durch Erschütterung des Rückenmarks, herbeigeführt hatte. Bei völlig normalem Hüftgelenke bewegte der Mann jetzt im Gehen den rechten Fuss gleich den an *Tabes dorsalis* Leidenden. Die tägliche Anwendung des elektromagnetischen Rotationsapparates verbesserte jedoch in dieser Hinsicht, wenngleich langsam, viel, und als der Mann am 20. März 1851 die Klinik verliess, vermochte er ohne Stock rasch und ziemlich kräftig einherzuschreiten, wenngleich die rechte Unterextremität immer noch etwas geschleppt wurde.

3. Ungewöhnlich ausgedehnter Markschwamm des Hodens, des männlichen Gliedes, der Lungen und der Leber.

Jacob Görgen aus Arzheim, 40 Jahr alt, wusste nicht anzugeben, ob die Eltern an Afterproducten gelitten. Einen Bruder hatte er an der Lungenschwindsucht verloren. Ein noch lebender Bruder soll gesund sein. Bis zu seinem 24. Jahre völlig gesund, bekam er damals die Krätze, welche er sich durch ein Volksmittel (einem Decocte der inneren Rinde des Faulbaums in altem Weine, welches mit Butter zu einer Salbe angerieben wird [1]) vertrieb. Vor fünf Jahren hatte er an einem äusserst intensiven Nervenfieber einige Wochen gelegen. Im December des Jahres 1849 bemerkte Patient, nachdem er 8 Tage lang beim Zerstossen von Gewürzen einen metallenen Mörser von 22 Pfund Gewicht gehandhabt hatte, dass der rechte Hode etwas angeschwollen war und ihm einen gelinden brennenden Schmerz verursachte, welche Erscheinungen jedoch, nachdem er einige Tage lang die erwähnte Beschäftigung aufgegeben hatte, von selbst wieder verschwanden. Sobald er diese aber wieder begann, erschienen Schmerzen und Geschwulst jedesmal wieder, bis er sie endlich ganz verliess und fortan als Steinarbeiter seinen Erwerb suchte. Vier Monate hindurch blieb er nun von allen Beschwerden befreit. Nach einer heftigen Anstrengung beim Setzen steinerner Tröge schwoll jedoch der

[1]) S. Rust's Handb. d. Chirurgie Bd. XI. S. 464.

[2]) Vergl. Generalbericht des königl. Rheinischen Medicinal-Collegii über das Jahr 1845. Coblenz, 1847. S. 105 f.

[1]) Beiläufig gesagt, erwähnt schon Tabernaemontan in seinem „New vollkommen Kräuterbuch", herausgegeben von H. Bauhinus. Basel, 1664. S. 1462 C., eines solchen aus der Rinde des Faulbaums bereiteten Krätzmittels.

rechte Hode von Neuem, und zwar bis zur Dicke eines Hühnereies, an und verursachte heftige Schmerzen, welche beide Symptome der von einem Coblenzer Arzte verordneten Anwendung von grauer Salbe allmälig wichen. Bei einer neuen Wiederkehr des Uebels, bei anhaltenden, brennenden Schmerzen im stark geschwollenen Hoden, während zugleich mehrere erbsengrosse Knötchen am Gliede mit stechenden Schmerzen entstanden, während das Glied sich oft und auf längere Zeit erigirte, vermochte weder das Einreiben von grauer Salbe, noch das Bestreichen mit Jodtinctur irgend welche Linderung zu verschaffen, und da vielmehr das Leiden sich von Tag zu Tage steigerte, so befolgte Patient den Rath seines Arztes und liess sich im hiesigen Klinikum am 13. Juli 1850 aufnehmen. Wir fanden in ihm einen Mann von mittlerer untersetzter Statur, mit kräftiger Musculatur. Sein Zahnfleisch war etwas geschwollen und stärker als normal geröthet; über den beiden mittleren oberen Schneidezähnen zeigte sich eine etwa erbsengrosse, livid geröthete, ziemlich harte Geschwulst, welche nur unbedeutende Beschwerden verursachte. Die Brust erschien breit und gut gebaut; Percussion wie Auscultation liessen nichts Abnormes bemerken. Der Appetit war gut, die Verdauung regelmässig, obwohl der Kranke hin und wieder an Verstopfung litt. Der Schlaf normal, so lange der Schmerz nicht zu heftig wurde. Der rechte Hoden, bedeutend angeschwollen, hatte die Dicke einer starken Mannesfaust ($3^1/_2$ Zoll lang und $2^1/_2$ Zoll breit) erreicht, zeigte eine glatte Oberfläche, fühlte sich ziemlich hart an und liess nirgends Fluctuation wahrnehmen; über demselben war die Haut stark geröthet, und erschienen die Hautvenen etwas angeschwollen. Der Schmerz im Hoden war brennend, nur zuweilen stechend. Der Samenstrang fühlte sich bis in den *Canalis inguinalis* hinein knotig verdickt und hart an. In den Weichtheilen über dem horizontalen Aste des Schambeins nach der Schamfuge zu, befand sich ebenfalls eine scheinbar fluctuirende, sehr schmerzhafte Geschwulst von der Grösse eines starken Taubeneies.

Das Glied war jetzt beständig erigirt, hierbei zugleich unverhältnissmässig dicker, als im gesunden Zustande (es hatte 2″ im Durchmesser), und war über den cavernösen Körpern an verschiedenen Stellen mit erbsengrossen harten Knötchen besetzt, namentlich befanden sich auch mehrere derselben rings um den hinteren Rand der Eichel herum unter der Vorhaut. Alle diese Knoten verursachten dem Kranken, besonders während der Nacht, heftige stechende Schmerzen. Durch die starke Anschwellung des Gliedes, namentlich der Eichel, hatte sich schon damals ein leichter Grad von Phimosis gebildet, so dass die Vorhaut nur mit Mühe zurückgebracht werden konnte. Die Eichel erschien tiefblauroth, die Knötchen auf ihr etwas heller. Die Lippen der Harnröhrenmündung lagen fest an einander; der Urin konnte nur tropfenweise und mühsam entleert werden, wobei sich der Kranke durch Nachdrücken mit der Hand selbst zu helfen pflegte; jedoch vermochte ein elastischer Catheter mit Leichtigkeit einzudringen.

Dass diese Geschwülste eine krebsartige Natur hatten, darüber konnte wohl kein Zweifel obwalten; die fluctuirende Geschwulst über dem Schambeine war gewiss ein bereits erweichter Markschwamm, welcher Art auch die Aftermasse des Hodens zu sein schien, während die Geschwülste auf dem Gliede selbst von aussen mehr den bösartigen Fibroiden glichen. Die stete Erection mochte von verhindertem Rückflusse des Blutes herrühren. Dass bei einer bereits so weiten Ausdehnung des Uebels nicht an eine Operation zu denken war, verstand sich von selbst, zumal die Vermuthung nahe lag, dass ähnliche Geschwülste sich bereits innerhalb des Beckens gebildet haben möchten, welche nach einer Exstirpation der ausserhalb desselben gelegenen, zahlreichen Afterproducte unfehlbar wachsen mussten. Aehnlicher Natur war auch wohl die Geschwulst am Zahnfleische, was um so mehr auf eine allgemeine Krebsdyskrasie schliessen liess. Das Einzige, was möglicher Weise noch erreicht werden konnte, war eine Beschränkung des Fortschrittes des Uebels, und der Versuch, sie durch zertheilende Mittel zu erreichen, musste wenigstens unternommen werden. Zu diesem Zwecke verordnete Geh. Rath Wutzer allgemeine, lauwarme Sodabäder; das Natron wurde zugleich innerlich zu starken Gaben in Pillenform gereicht, auch eine Jodauflösung lauwarm um die Hodengeschwulst geschlagen. Einige Wochen hindurch zeigte sich in der That keine Zunahme und überhaupt keine wesentliche Veränderung im Zustande des Kranken, bis sich eine entzündliche Reizung der Bronchialschleimhaut ohne andere, als die gewöhnlichen Symptome, einstellte, und somit bis zu ihrer nach einigen Tagen erfolgten Beseitigung der innerliche Gebrauch des Natron mit den allgemeinen Bädern ausgesetzt werden mussten. An die Stelle der letzteren traten danach Sitzbäder von Malz, welche dem Kranken, indem sie nicht allein die Schmerzen, sondern besonders auch die quälenden Erectionen mässigten, wesentliche Erleichterung schafften. Obgleich auch noch Einreibungen von Jodkaliumsalbe auf die innere Seite der Schenkel hinzugefügt wurden, vermochte man doch die Zunahme der Afterproducte endlich nicht mehr zu beschränken; die Schmerzen stellten sich heftiger wieder ein, steigerten sich besonders des Nachts zu einer unerträglichen Höhe. Man wendete sich jetzt zu der Fowler'schen Solution, anfangs zu 2 Tr. p. d., 3mal täglich allmälig steigend. Wiewohl hierauf einige Tage lang der Kranke weniger über Schmerzen klagte, und auch die Geschwülste an den Genitalien nicht mehr so stark hervortraten, so nahm doch dagegen das erwähnte Afterproduct an dem Zahnfleische zu und schmerzte sehr, wobei sich Linderung zeigte, wenn der Kranke durch Druck mit dem Finger, wie das sehr leicht schon bei blosser Berührung geschah, einiges Blut aus demselben entleert hatte. Endlich traten auch stechende Schmerzen in der Brust ein, welche sich bei tiefem Einathmen vermehrten. Der Puls wurde zugleich sehr schnell und klein, die Haut allmälig trockener, und, nachdem einige Tage hindurch ein auffallendes Schwanken im Befinden eingetreten war, nahmen sämmtliche Symptome mehr und mehr an Bedenklichkeit zu. Die Darreichung der Fowler'schen Lösung wurde jetzt eingestellt. Der Kranke war von einer grossen Unruhe befallen, hatte des Abends eine heftige Fieberexacerbation, delirirte des Nachts, klagte über ungewöhnlich heftige Schmerzen, die aber später noch einmal abnahmen, und verlor beim Uriniren einiges Blut. Endlich trat ein sehr profuser kalter Schweiss mit grosser Athmungsnoth ein, und der Kranke starb am 18. Juli unter den Erscheinungen der Erstickung.

Die Section wurde 30 Stunden nach dem Tode angestellt. Die Todtenstarre war nur unbedeutend; die Leiche zeigte bereits starke Spuren der Zersetzung. Der Unterleib war aufgetrieben und gespannt, die Därme mit Gas angefüllt, übrigens normal. Die Leber von normaler Grösse, etwas nach links vorgeschoben, und es befand sich an der concaven Fläche des linken Lappens eine gelbliche, ziemlich harte, nirgends erweichte, wallnussgrosse Geschwulst, wie auch in dem Inneren desselben Lappens zwei ähnliche kleinere Knoten, welche alle ganz die Zeichen des Markschwamms darboten. Uebrigens erschien das Gewebe der Leber gesund. Die Gallenblase war leer und zusammengefallen. Die Nieren liessen sich schwer von ihrer Scheide trennen; die linke war gesund, die rechte dunkel gefärbt und blutreich. Die Ureteren zeigten nichts Abweichendes. Auf dem rechten Psoasmuskel befand sich eine hühnereigrosse, dunkelrothe, sehr weiche Geschwulst, welche beim Anschneiden eine braunrothe, schmierige Flüssigkeit ergoss, die bei der Untersuchung unter dem Mikroskope Blutkörperchen und verschiedene Formen von Krebszellen, wie auch einige zerfallene Fasern zeigte. Die Milz war ziemlich klein, auffallend weich und zerfloss, nachdem sie angeschnitten war, in eine chokoladenfarbene dünne Masse, die, jedoch, mikroskopisch untersucht, nur Blut- und Milzzellen enthielt. — Die Pleura war auf der rechten Seite durch ein offenbar altes, faseriges Exsudat zum Theil verwachsen; die Lungen fielen nicht zusammen; das Gewebe knisterte, enthielt aber überall, besonders jedoch in den unteren Lappen, sehr zahlreiche, kleine, bis erbsengrosse, weissgelbliche, ziemlich weiche Geschwülste, welche dieselben Elementarformen, wie die erwähnten Markschwämme der Leber darboten. Der Schädel wurde nicht geöffnet. — Die Epulis über den Schneidezähnen, eine tiefrothe, jetzt haselnussgrosse Geschwulst, wies sich ebenfalls als ein zum Theil bereits erweichter *Fungus medullaris* aus.

Was die Geschwülste an den Genitalien betrifft, so hatte zunächst die über dem rechten Schambeine gelegene den Umfang einer kleinen Mannesfaust erreicht, war ganz in blutige Erweichung übergegangen und bestand aus einer breiigen, purpurbraunen Flüssigkeit mit höchst zahlreichen Blutkörperchen, grossen Mutterkrebszellen, geschwänzten Zellen, zerfallenen Fasern, Elementarkörperchen, kurzum den verschiedensten Bildungsstufen der so mannigfach variirenden Gattung der sogenannten Krebszellen. Dies waren auch die Elemente aller übrigen Geschwülste, nur dass in den noch nicht erweichten Afterproducten zahlreichere Fasern im Gewebe bemerklich wurden. Von dem normalen Gewebe des rechten Hodens war ebensowenig, wie von dessen Saamenstrange, eine Spur aufzufinden, an der Stelle des ersteren befand sich ein nach unten zu bereits in Erweichung übergegangenes Afterproduct, von der Grösse eines Kinderkopfes, welches beim Durchschneiden ein gelbliches, gewissermaassen körniges Gewebe mit einzelnen Mittelpunkten darbot, von welchen aus in Strahlen weisse, fasrige Streifen nach der leicht hügeligen Oberfläche verliefen, von zahlreichen Blutgefässen durchzogen. An der Stelle des Saamenstranges befand sich bis an den Leistenkanal hin eine Reihe von ähnlichen Knoten, rosenkranzartig nebeneinander, die aber in einander übergingen und ein ganz ähnliches Gewebe, wie der degenerirte Hode, zeigten. Der linke Hode war gesund. Das Membrum selbst war hingegen ebenso entartet; innerhalb der cavernösen Körper, besonders gegen die Wurzel des Gliedes hin, hatten sich einzelne in einander übergehende knotenartige Afterproducte gebildet, welche nur darin von jenen abwichen, dass hin und wieder noch das übrigens von der Krebsmasse verdrängte maschige Schwellgewebe mit seinen Gefässausdehnungen sichtbar wurde, wie dies vorzüglich in der Eichel der Fall war. Die

Harnröhre war stellenweise durch diesen merkwürdigen Markschwamm comprimirt. Zwischen dem Zellgewebe der Bedeckungen des Penis, wie auch zwischen der sehnigen Haut der *Corpora cavernosa penis* und dem Ueberzuge der Eichel befanden sich noch einige kleinere, gesondert für sich bestehende Schwämmchen. Uebrigens war eine ausgebildete Phimose vorhanden. — Das Präparat befindet sich jetzt in dem pathologischen Museum des chirurgischen Klinikums.

Wenn auch öfter ein Markschwamm des Hodens in ähnlicher Grösse vorgekommen, so fehlt es doch an Beobachtungen des Markschwammes in den cavernösen Körpern des Gliedes selbst, wie denn ohnehin die Ablagerung von Pseudoproducten in so mannigfachen Organen zugleich, wie auch der ausserordentlich rasche Verlauf des Uebels, selten in ihrer Art sein möchten. Als Ursache der zum Grunde liegenden fehlerhaften Blutbereitung dürfte wohl nur das vorangegangene intensive Nervenfieber betrachtet werden. Dass alle Heilversuche hier vergebens sein mussten, werden wohl alle erfahrene Praktiker gern zugeben.

Jahresbericht aus dem Landkrankenhause der Provinz Niederhessen.

Von

Dr. Aug. Ferd. Speyer,

Ober-Stabsarzt, Ober-Medicinalrath und dirigirendem Arzt dieser Anstalt.

(Juli 1849 bis Juni 1850.)

I. Statistisches.

Tabelle

über den Zu- und Abgang der vom 1. Juli 1849 bis 30. Juni 1850 in dem Landkrankenhause der Provinz Niederhessen behandelten Kranken.

	Männl.	Weibl.	Summa.
Bestand vom Juni 1849	89	44	133
Zugang	1914	589	2503
Ueberhaupt behandelt	2003	633	2636
Abgang als:			
Geheilt	1768	527	2295
Gebessert	46	20	66
Unheilbar	6	3	9
Nicht geeignet	14	22	36
Unfolgsam	1	—	1
Entlaufen	3	3	6
Gestorben	84	21	105
addirt	1922	596	2518
Bleibt Bestand pro Juli 1850	81	37	118

Uebersicht der zur Behandlung gekommenen Krankheiten.

1) Krankheiten des Nervensystems.

Stupiditas 4.
Amentia 1.
Dementia 11.
Melancholia 3.
Moria 1.
Mania 2.
Epilepsia 13.
Asthma pulmonum 2.
Stranguria 1.
Ischuria 1.
Hysterismus 4.
Hypochondriasis 1.
Commotio cerebri 5.
Apoplexia cerebri 5.
Hemiplegia 3.
Paraplegia 3.
Paresis 3.
Paralysis agitans 2.
Commotio medullae spinalis 3.
Apoplexia pulmonum 3.
Trophoneurosis intestinalis 1.
Cystoplegia 1.
Gastralgia 3.
Ischias 5.
Lumbago 3.
Aphonia 1.
Anaesthesia digitorum manus 1.

2) Krankheiten des Gefässsystems und der Säfte.

Encephalitis 2.
Meningitis 3.
Myelitis 5.
Irritatio spinalis 3.
Phlebitis 1.
Pericarditis 1.
Pneumonia 22.
Pleuropneumonia 5.
Pleuritis 14.
Thyreoideitis 1.
Bronchitis 7.
Parotitis 3.
Pharyngitis 3.
Angina tonsillaris 6.
Peritoneitis 10.
Enteritis 3.
Hepatitis 9.
Splenitis 1.
Metritis 5.
Oophoritis 1.
Mamitis 2.
Bubo 6.
Orchitis 18.
Psoitis 1.
Pneumorrhagia 14.
Enterorrhagia 1.
Haematuria 2.
Metrorrhagia 1.
Haemorrhoides 8.
Melaena 4.
Stases abdominales 26.
Amenorrhoea 3.
Menostasia 11.
Dysmenorrhoea 7.
Febris rheumatica 35.
— gastrica 34.
— catarrhalis 31.
— nervosa 3.
— intermittens 19.
Typhus cerebralis 8.
— spinalis 1.
— bronchialis 2.
— pulmonalis 9.
— abdominalis 47.
— petechialis 12.
Chlorosis 17.
Icterus 4.
Mercurialismus 3.
Methysmus chronicus 14.
— acutus (Delir. trem.) 11.
Rheumatismus localis 39.
Rheumarthrosis acuta 21.
Enterorrheuma 1.
Syphilis 219.
Scrophulosis 32.
Tuberculosis hepatis 3.
— omenti 2.
Tabes meseraica 5.
Cancer faciei 1.
— uteri 4.
Fungus haematodes 1.
Scirrhus mesenterii 1.
Enteroscirrhus 2.
Scirrhus testiculi 1.
Pyaemia 1.
Diabetes 2.
Hydrops universalis 9.
— pericardii 2.
Hydrothorax 4.
Oedema pulmonum chron. 2.
Ascites 6.
Hydrocele 2.
Helminthiasis 3.
Catarrhus chronicus 31.
Bronchorrhoea 6.
Status gastricus 6.
Diarrhoea 9.
Cholera nostras 2.
Gonorrhoea 44.
Leucorrhoea 29.
Pneumophthisis 87.
Enterophthisis 2.

3) Krankheiten des Hautorgans.

Morbilli 1.
Erythema 2.
Erysipelas faciei 24.
Urticaria 1.
Prurigo 1.
Lupus 3.
Herpes 12.
Zoster 1.
Eczema 13.
Psora 1029.
Pemphigus 1.
Variola 7.
Varioloia 80.
Impetigo 1.
Ecthyma 2.
Favus 8.
Syphilides 4.
Dermatitis 15.
Congelatio 17.
Pernio 2.
Erosio 20.
Phimosis 2.
Paraphimosis 2.
Intertrigo 1.
Contusio 68.
Anasarca 4.
Emphysema 1.
Phlegmone 9.
Furunculus 10.
Anthrax 2.
Combustio 12.
Abscessus 24.
Ulcus fistulosum 2.
— atonicum 30.
— menstruale 1.
— gangraenosum 1.
— sphacelosum 4.
— varicosum 3.
— carcinomatosum 4.
Vulnus capitis 14.
Vulnerationes diversae 34.
Tyloma 2.
Dermatokeras 1.
Hypertrophia cutis 1.
— praeputii 1.
— labii pudendorum 1.

4) Formkrankheiten.

Hypertrophia parotidis 2.
— cordis 5.
— hepatis 7.
Sarcocele 2.
Polypus narium 1.
Atrophia pulmonum 1.
— hepatis 1.
Laryngostenosia 1.
Stenosis ostiorum cordis 6.
Bronchiectasia 1.
Fistula ani 1.
Rhexis intestinalis 1.
Hernia incarcerata 2.
Prolapsus uteri 1.

5) Krankheiten des Sehorgans.

Blepharoadenitis 4.
Ophthalmitis universalis 1.
Ophthalmia catarrhalis 19.
— rheumatica 6.
— scrophulosa 11.
— gonorrhoica 1.
— blennorrhoica 5.
— traumatica 5.
Keratitis 2.
Hordeolum 1.
Hypopyon 3.
Dacryops 1.
Obscuratio corneae 6.
Maculae corneae 1.
Pannus 1.
Cataracta 3.
Staphyloma 2.
Synechia anterior 1.
Keratocele 2.
Prolapsus iridis 2.
— lentis 2.
Amaurosis 1.
Amblyopia amaurotica 3.

6) Krankheiten des Bewegungsapparates.

Periostitis 3.	Fractura fibulae 2.
Amputatio antibrachii 3.	Caries digiti manus 3.
— femoris 2.	— pedis 4.
— cruris 2.	Panaritium 7.
Conquassatio manus 1.	Abscessus psoaticus 1.
— pedis 1.	Exarticulatio humeri 1.
— hallucis 1.	— pollicis 1.
Fractura processus alveolaris 2.	— pedis 1.
— mandibulae 1.	— digitorum pedis 2.
— epistrophei 1.	— hallucis 2.
— vertebrae dorsi 1.	Tumor albus genu 1.
— costae 4.	Arthrophlogosis 2.
— ossis ilei 1.	Desmophlogosis 4.
— claviculae 7.	Cubarthrocace 2.
— colli humeri 2.	Gonarthrocace 9.
— corporis humeri 1.	Coxarthrocace 6.
— condylorum humeri 1.	Podarthrocace 2.
— antibrachii 5.	Hydrarthrus genu 3.
— ulnae 2.	Luxatio humeri 2.
— radii 3.	— cubiti 1.
— ossis metacarpi 2.	Distorsio manus 4.
— digiti manus 1.	— pedis 6.
— femoris 7.	— muscularis 3.
— colli femoris 3.	Necrosis costae 1.
— patellae 1.	— tibiae 7.
— cruris 15.	Rhachitis 3.
— malleoli interni 2.	Contractura musculorum 1.

Entozoen.

Taenia solium 1.

Wenn man die hier aufgezählten Krankheitsspecies in Gruppen bringt, so ergiebt sich folgendes numerische Verhältniss:

Krankheiten der Psyche 22.	Rheumen 92.
Neurospasmen 22.	Carcinosen 14.
Paralysen 33.	Hydropsien 32.
Neuralgien 11.	Blennorrhöen 177.
Anästhesien 2.	Phthisen 94.
	Dyspepsien 43.
Phlogosen 355.	Exantheme 1190.
Hämorrhagien 30.	
Stasen 48.	Helkosen 118.
Fieber [1]) 122.	Traumen (Fracturen 65) 135.
Dyskrasien 294.	Dysmorphosen 50.
Typhen 79.	Dislocationen 23.
Toxicosen 28.	

Die Zahl der acuten Krankheiten (ausschliesslich der Psora) überwog die der chronischen mit etwa $^1/_{12}$. Dies Verhältniss erwächst zwar gemeinhin aus der Tendenz einer dem grösseren Publicum zugewendeten nosocomialen Anstalt, in welcher fortwährend das Siechthum der ärmeren Volksklasse ein Hülfe erwartendes Asyl sucht, und daher das ganze Jahr hindurch die grössere Hälfte von disponibeln Lagerstätten alternirend besetzt hält; indessen kamen auch während des in Rede stehenden Behandlungsjahres verhältnissmässig weniger acute Fälle vor, als in den letztvergangenen Jahren, wo theils die *Diathesis phlogistica* der äusseren Natur auf einer höheren Scala stand, theils zufällig eine grössere Anzahl von sogenannten chirurgischen (Entzündungs-) Krankheiten unserem Heilwirken dargeboten wurde, obschon hierbei das Zahlenverhältniss, in Betracht der Gesammtzahl der hierorts Behandelten, vorzugsweise dieses Jahres, mit dem der verwichenen Jahre, eigentlich sich gleichblieb. Das Erscheinen von idiopathischen und dyskrasischen Entzündungskrankheiten wurde durch das von Varioloiden und Typhen periodisch unterbrochen. Die Variolois begann, unter vorausgegangenen Einzelfällen, mit Anfang des Monats September 1849 und endete mit Ausgang April 1850. Ihr Auftreten war in den Monaten September und October heftig, liess mit Ende November nach, um erst Anfangs Januar wieder von Neuem aufzutauchen. Von hier ab hielt sich die Epidemie in den Monaten Februar und März auf gleicher Höhe, worauf sie mit Ende April fast vollständig unterging, wiewohl im Mai noch einzelne seltene Erkrankungen vorkamen. Der modificirten Menschenblatter hatte sich indessen, wie solches häufig der Fall zu sein pflegt, auch die wahre zugesellt. Unter den sieben an Variola in unserer Anstalt Behandelten befanden sich sechs Kinder und ein Erwachsener. Drei dieser Kinder (von 3, 4 und 10 Jahren) waren ohne Zweifel unvollkommen vaccinirt gewesen, die anderen drei, Säuglinge, von ihren an Varioloiden erkrankten Müttern angesteckt worden; der Erwachsene dagegen, ein 59 Jahre alter Taglöhner, trug unzweideutige Narben von in seiner Jugend überstandenen wahren Blattern an sich, und wurde dennoch von Variola in einem so heftigen Grade befallen, dass er an dem immensen Mortificationsprocesse der äusseren Haut und der damit verbundenen Blutsepsis starb. Der Charakter der Epidemie war im Allgemeinen nicht so gutartig, als der in den vorherigen Jahren. Am seltensten kam *Variolois miliaris* vor, mehr die *abortiva*, am meisten die *pemphygoides* mit heftigem Suppurationszustande, welcher uns ebenwohl ein männliches Individuum von 30 Jahren dem Tode zuführte. Ueberhaupt nahmen wir aber vielfach einen Uebergang der genannten Formen, ja zuweilen bei einem und demselben Kranken wahr, dergestalt, dass eine geringere Form in eine bedeutendere (Variolois in Variola) metamorphosirt, ein Anfangs scheinbar milder Verlauf oftmals zu einem lebensgefährlichen erhoben wurde. Viele unserer Kranken waren so mit Pusteln überdeckt, dass ihre ganze Hautoberfläche im *Stadium suppurationis* eine Eiterkruste darstellte. Die Eruption hatte nicht selten sich der Körpereingänge bemächtigt, so dass an der inneren Fläche der Augenlider, in der Mund- und Nasenhöhle, in den Ohr-, Vaginal- und Aftereingängen Blatterpusteln aufsassen. Bei einer Kranken war der Ausbruch selbst unter den Nägeln der Finger erfolgt, wobei während des Eiterprocesses die Matrix erweichte, die Pustel durchbrach und im *Stadium desquamationis* verdorrt aus der linsengrossen Oeffnung hervorsah. Mit Regeneration der Nägel verschwanden allmälig jene Oeffnungen, ohne eine Deformität dieser Horngebilde zu hinterlassen. Als bemerkenswerthe Complicationen haben wir folgende zu erwähnen: mit *Pneumophthisis tuberculosa*, in der Reconvalescenz nach Typhus, mit *Methysmus acutus, Morbus maculosus Werlhofii, Hemiplegia, Scrophulosis, Hypertrophia cordis, Syphilis, Rheumatismus chronicus et acutus, Abscessus mammae, Coxarthrocace, Catarrhus chronicus, Abscessus perinaei, Hydrops universalis, Exarticulatio digitorum pedis, Carbunculus, Hydrocele, Psora*. Mit Ausnahme Eines dieser Kranken, welcher bereits mehrere Wochen an Hemiplegia gelitten hatte, und von *Variolois pemphygoides* im höchsten Grade befallen wurde, erhielten die gleichzeitig an den genannten Krankheiten übrigen Leidenden *Variolois miliares*, selbst *abortivae*, wobei wir nicht allein einen milden Verlauf des Exanthems, sondern auch, namentlich bei denjenigen Krankheiten, welche mit Ausstossung eines pathologischen Productes verknüpft waren, eine quantitative Abnahme desselben beobachteten. Diese Erfahrung bestätigt somit wiederholt unsere schon an einem anderen Orte [1]) ausgesprochene Ansicht, dass, wie die Keimfähigkeit der contagiösen Lymphzelle der Vaccine durch Zusammentreffen mit einem dem Organismus innewohnenden pathischen Stoffe in Form und Verlauf verändert werden könne, dies ebenso mit dem Processe der Variola-Contagion der Fall sei, dass auch diese namentlich dann in der freien Entwickelung ihres Individuums (Pustel) gehemmt werde, wenn eine andere pathologische Thätigkeit den Keimboden speciell beherrscht, wobei selbst dessen Product, durch die stattgefundene Infection, in einem gleichen Verhältnisse zeitweise verändert wird [2]). Die engen Grenzen dieser Blätter verbieten uns, diesen Gegenstand weiter zu verfolgen.

Vor Beginn der Blatter-Epidemie sahen wir ausschliesslich Typhen auftreten, welche während des Verlaufes derselben in einer interessanten Weise damit alternirten. Nach einer im Juni 1849 vorausgegangenen Pause von 3 Wochen stellten sich Anfangs Juli die Typhen, namentlich deren Petechialform, wieder ein, liessen mit den ersten Augusttagen gradweise nach, um dann, mit Ausschluss der zweiten Hälfte Octobers, wo sie einen zwar kurzen, aber bedeutenden Schwung zeigten, Anfangs December fast ganz (wenige Einzelfälle abgerechnet) aufzuhören. Erst mit Beginn des Monats März 1850 sahen wir sie wieder; ihr Erscheinen war jedoch von kurzer Dauer, denn in der zweiten Hälfte Aprils, wo sie mit Pneumonien wechselten, entschwanden dieselben auf eine längere Zeit gänzlich.

Während somit die Typhen vorzüglich Juli und August herrschten und im October, weniger im December und Februar, mehr dagegen im März und April, einen neuen Aufschwung erlitten, in den Monaten September, November und Januar sich aber gar nicht zeigten, grassirten die Blattern besonders September, October, Februar und März, es liess also diese Epidemie im November nach, verschwand December und begann erst wieder mit Januar. Im Juli, August, September, November, December und Januar wichen demnach beide Epidemien sich gegenseitig vollkommen aus, oder alternirend entweder Typhen (Juli, August und December), oder Varioloiden (September, November und Januar) herrschten, oder es traten dieselben (wiewohl die Zahl der Typhuserkrankungen in einem geringeren Verhältnisse) neben einander zu gleicher Zeit auf (October, Februar, März und April). Es ist nicht unwahrscheinlich, dass diejenigen Bedingungen des äusseren

[1]) Vergl. die über diesen Ausdruck in unserem vorjährigen Berichte (Nordhausen, 1850. Ad. Büchting.) p. 6 gegebene Note.

[1]) Zeitschr. für Militär-Aerzte. Braunschweig. 1844. No. 48 — 51.

[2]) Vergl. unseren o. a. vorjährigen Jahresbericht pag. 25.

Naturlebens, welche das Ausbrechen der Blattern zur Folge hatten, gleichzeitig eine eigenthümliche Influenz auf die Entwickelung der Typhen übten, da an denselben, seit dem Auftreten der ersteren, ein von den seitherigen Beobachtungen abweichendes Krankheitsbild wahrgenommen wurde. Hierzu gehört zunächst das Vorkommen der *Roseola typhosa* theils mit, theils ohne *Petechiae* untermengt, im Juli August und April, wo also die Variola-Epidemie entweder noch nicht begonnen hatte, oder im Aufhören begriffen war, und dass während des Bestehens der letzteren jenes Symptom dyskrasischen Typhusblutes vollständig cessirte; ferner ein fortwährend ausgeprägter *Pulsus dicrotus*, von 90—95 in der Minute, welcher in den früheren Epidemien 80—85 ergab; das, zumal im Beginne der Krankheit, vorherrschende Bestehen eines profusen allgemeinen Schweisses, dahei selten *Miliaria crystallina;* runzeliche, erschlaffte, aufgelockerte, heisse Integumente; eine auffallend dick weiss-schleimig belegte Zunge mit, zumal an den Rändern und an der Spitze, stark entwickelten Papillen, lebhafter Röthe daselbst und undeutlichem *Rhombus typhosus* versehen; constant heftige Schmerzen vorherrschend in der Milz, in der Magengrube (Ganglienschmerz) und am Kehlkopfe, weniger in der Leber- und Cöcalgegend; endlich die in den Leichen an Zahl, Grösse und Verbreitung gegen früher bedeutender entwickelt vorgefundenen Darmgeschwüre, welche sich oft bis zum Jejunum aufwärts, bis zum Colon abwärts erstreckten. In dieser Beziehung sahen wir auch öfter Abdominaltyphen, obschon ebensowohl Localisationen auf die Meningen der Nervencentra nicht ausgeschlossen blieben (worüber ein Mehreres unten). Unsere diesjährige Typhus-Epidemie zeigte fast durchgängig einen bösartigen Charakter. Das *Stadium dyscraticum* trat energisch auf und verlief eben so langsam, als das darauf folgende *Stadium nervosum.* Durch das bedeutende und anhaltende Ergriffensein des Organismus bedurfte es daher auch einer längeren Zeit zur Ausgleichung des pathologischen Missverhältnisses, zur Restitution des physiologischen Standpunktes; die Reconvalescenz zog sich ungewöhnlich in die Länge. Aber dennoch starben unter den 79 an Typhus Behandelten nur 11, wovon die Mehrzahl schon in der Agonie unsere Anstalt erreichten. Wie wir es bereits früher mitgetheilt ¹), dass Typhus sich gern mit *Febris intermittens* combinire, so wiederholte sich diese Beobachtung auch in der diesjährigen Epidemie. Der Typhus zeigte dann etwas Periodisches, alle 24 Stunden (Abends) eine Verschlimmerung. Eine Verbindung mit Variola kam diesmal nicht vor, obschon beide Epidemien, wie oben angegeben, zeitweise vereint auftraten. Als Combination mit Typhus sahen wir zuweilen Rheumarthrosis, als Vorläufer desselben Furunculosis.

Die *Constitutio annua* charakterisirte sich in diesem Berichtsjahre fast ebenso, wie seit mehreren der letzteren Jahre: Erethismus im Nervenleben mit consecutiven Störungen in der vegetativen Sphäre. Die allgemein herrschenden Krankheiten zeigten in ihrem Auftreten eine öftere Unterbrechung, je nachdem in dem gegenseitigen Normalverhalten der Dynamide ein Schwanken mit kürzeren oder längeren Intervallen stattfand, wodurch sie für den Organismus äussere schädliche Potenzen, Ursachen der verschiedensten Krankheiten wurden. Wir sahen daher Phlogosen, Rheumen, Dyspepsien, Typhen, Exantheme u. s. w. in rascher Abwechselung auf einander folgen, unter wochen-, ja monatelangen Pausen; bei allen aber blickte der Charakter der allgemeinen Krankheitsconstitution mehr oder weniger durch. Eine auffallende Erscheinung war das ungewöhnlich häufige Vorkommen der Pneumophthisen im Monat November, unter denen die Mehrzahl mit heftigen Pneumorrhagien einherschritt. Entzündungen der Athmungsorgane kamen vorzugsweise im April vor, wo eine inflammatorisch-katarrhalische Witterungsconstitution herrschte. Unter den acuten Krankheiten machten sich, namentlich zu Anfang September, Rheumatosen und Erysipelaceen der interessantesten Formen bemerklich, auch sahen wir, zu derselben Zeit wie im Jahre 1846 ²), wieder *Erysipelas nosocomialis* entstehen, und zwar vorzugsweise bei solchen jugendlichen skrophulösen Individuen, welche längere Zeit schon in der Anstalt verweilt hatten, und wovon ein 19 Jahre altes, bis daher noch nicht menstruirt gewesenes Mädchen, durch Ueberspringen der Gesichtsrose auf die Meningen des Gehirns, mit darauf folgender seröser Exsudatbildung, an *Apoplexia cerebri* unterlag. Chronische Dyskrasien, Phthisen und Helkosen kamen in grosser Anzahl und mannigfacher Gestalt zur Behandlung, ebenso die verschiedenartigsten Verwundungen und Knochenbrüche.

Wir nahmen an Lebenden folgende wichtigeren Operationen vor: *Operatio ad cataractam* 1 Mal, *Operatio hypopyi* 1 Mal, *Exstirpatio tonsillarum* 1 Mal, *Paracentesis thoracis* 1 Mal, *Paracentesis abdominis* 5 Mal, *Herniotomia* 2 Mal, *Operatio ad hydrocelen* 1 Mal, *Exstirpatio testiculi (castratio)* 1 Mal, *Operatio ad paraphimosim* 1 Mal, *Operatio ad fistulam ani* 1 Mal, *Amputatio antibrachii* 3 Mal, *Amputatio cruris* 2 Mal, *Amputatio femoris* 2 Mal, *Exarticulatio pedis* 1 Mal, *Exarticulatio digitorum pedis omnium* 2 Mal, *Exarticulatio hallucis* 2 Mal, *Resectio tibiae* 1 Mal, *Resectio digitorum pedis* 5 Mal, *Resectio ossis metatarsi* 1 Mal.

¹) Unser o. a. vorjährige Bericht pag. 25.

²) Unser Jahresbericht 1847. Braunschweig, Gebr. Meyer. pag. 10.

Wenn wir das hiesige Feld unserer Thätigkeit in der Erinnerung überschreiten, so begegnen wir einem sehr günstigen Heilresultate, indem von den 2636 aufgenommenen Kranken 2295 vollständig genasen, 66 wegen persönlicher Verhältnisse auf ihren Wunsch wesentlich gebessert, 9 an unheilbaren Geistes- oder Nervenkrankheiten und 36 als zur Behandlung ungeeignet alsbald wieder entlassen wurden, während ferner ein unfolgsamer Kranker aus der Anstalt verwiesen werden musste und 6 Individuen sich aus derselben heimlich entfernten. In diesem Betracht kann man auch die Sterblichkeit am hiesigen Orte als eine geringe bezeichnen, welche, nach der Mortalitätszahl 105, noch nicht 4 pCt. beträgt, und wobei obendrein berücksichtigt werden muss, dass die meisten der Verstorbenen bei ihrem Eintritte in die Anstalt einen solchen zerrütteten Körper mitbrachten, dass sie nicht lange nach ihrer Reception, wenn nicht schon während derselben, ihren Geist aufgaben. So weist unser Sterbe-Register allein 9 Moribundi nach, 45 an verschiedenen Phthisen Verstorbene, 11 an Typhen, 10 an Hydropsien, 6 an Apoplexien, ebensoviel an tödtlichen Läsionen oder internen Hämorrhagien, 8 an Entzündungskrankheiten mit schon bei der Aufnahme bestandenen tödtlichen Exsudationsprocessen, 5 an acuten Exanthemen, 3 an Krebsdyskrasie und 2 an unheilbaren chronischen Herzkrankheiten. Von diesen Leichen wurden 85 secirt und zum Theil bei dem Operationscurse benutzt, die übrigen an die Landesuniversität abgegeben. Wir haben bei den genau und umfassend vorgenommenen Sectionen, über deren jede ein ausführliches Protokoll abgefasst wurde, viel Lehrreiches zu sammeln Gelegenheit gehabt, zumal seltene pathologische Veränderungen beobachtet, welche über Wesen, Sitz, Ausbreitung etc. der stattgehabten Krankheit interessante Aufschlüsse gaben, zugleich aber auch unserem pathologisch-anatomischen Cabinet mitunter eben so schöne wie seltene Präparate lieferten.

Ausser den zwei alljährig zu ihrer praktischen Ausbildung anher commandirten Assistenz-Aerzten aus der Armee, suchten mehrere junge Mediciner und Chirurgen in unserer Heilanstalt ihre praktischen Kenntnisse zu erweitern, und vier Candidaten wurden, als Theil ihrer Staatsprüfung, geeignete Kranken überwiesen, um über dieselben Nosographien anzufertigen, um hiermit ihre wissenschaftliche Ausbildung, oder an Leichen ihre operative Tüchtigkeit nachzuweisen.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus dem Kinder-Hospital zu München.

Von

Dr. Hauner,

Privatdocent und Arzt am Kinder-Spital.

Zwei Fälle von Gehirn-Apoplexie bei ganz kleinen Kindern ¹).

Wenn ich hier in der geehrten Versammlung zweier Fälle von Gehirnblutungen ganz kleiner Kinder gedenke, so geschieht dieses in der Absicht, die Discussion der sehr verehrlichen Herren Collegen auf ein so wichtiges Kapitel, als mir das der Gehirnblutungen bei Kindern zu sein scheint, zu lenken, und hierdurch vielleicht Aufschlüsse über Manches, was in dieser Krankheit, sowohl in diagnostisch-therapeutischer, als auch in pathologisch-anatomischer Beziehung, unklar ist, zu finden.

Man hat in neuerer Zeit dieser Apoplexie der Kinder wohl mehr Aufmerksamkeit geschenkt, als in früheren Tagen, und gewiss hat hier wieder die pathologische Anatomie das Wesentlichste beigetragen; dessenungeachtet ist man aber noch nicht zu dem klaren Bilde gekommen, das diese Krankheit in der Mehrzahl der Fälle bei Erwachsenen darbietet. — West, Rilliet und Barthez, Coley und Billard sind Aerzte und Schriftsteller, die diese interessante Krankheit einer näheren Abhandlung gewürdigt, aber sie sind in ihren Ansichten und Beschreibungen ziemlich verschieden, und selbst durch solche Bestrebungen ist diese Krankheit noch nicht so deutlich geworden, als sie es sein sollte. Die so häufig, ja man darf sagen unzählige Male vorkommenden Congestiv-Zustände theils activer, theils passiver Art zum Gehirne kleiner Kinder dürften auch hier vor Allem als primäres veranlassendes Moment der Gehirnblutungen angesehen werden; denn wenn es auch bekannt ist und so häufig durch Sectionen nachgewiesen wird, dass es im kindlichen Alter wegen Nachgiebigkeit und grösserer Ausdehnbarkeit der Arterien im Gegensatze zum höheren Alter nicht leicht zu einer Berstung eines Gefässes kommt, so ist es eben so gut erwiesen, dass die kleineren und zarteren Gefässe, nämlich die Capillargefässe des Gehirns,

¹) Vortrag im ärztlichen Verein zu München am 5. März 1851.

geneigter sind, nachzugeben (gewiss wieder durch Congestion) und Capillarblutungen im Gehirn veranlassen. — Blutungen nun theils in den Gefässen des Hirns, theils in die Ventrikel, theils im Gehirne selbst, sind in Sectionen kleiner Kinder keine Seltenheit, werden aber noch immer nicht so gewürdigt, wie sie es verdienen, weil man im Kindesalter einmal geneigter ist, Ergüssen seröser Art und Ablagerungen pseudomembranöser Producte und plastischer Exsudate, die man schon *durante morbo* zu diagnosticiren versteht, nachzuspüren, und man hierdurch die Unheilbarkeit der ominösen hydrocephalischen Krankheiten beweisen zu können vermeint.

Ohne mich in ein weiteres Raisonnement über diese Krankheit einzulassen, bis ich durch mehrere Erfahrungen darüber maassgebendere Belehrung mir gewonnen, muss ich nur noch bemerken, dass die Sectionsbefunde meiner zwei Fälle ganz mit den Erfahrungen des Dr. West übereinstimmen, der zunächst eine Capillarblutung aus activer Congestion und eine dyskrasische Blutergiessung in's Gehirn, oder Capillarblutung im Gehirn in Folge eines veränderten Zustandes des Blutes annimmt.

Fall I. Henning, Franziska, 4 Wochen alt, ein gut aussehendes, gut gebautes Kind, wurde wegen Erkrankung der Mutter, die plötzlich in's allgemeine Krankenhaus gebracht werden musste, und da die Kleine an einem leichten *Catarrh. intest.* litt, am 4. Juni in's Kinder-Spital aufgenommen. — Wir hatten keine Ursache Arznei zu geben, regulirten nur die Diät, und da das Kind schon von Geburt aus Semmelbrei bekommen hatte, — die zunächst beste Kost der ohne Brust aufzuziehenden Kinder, und nach unseren Erfahrungen viel besser als Mehlbrei — so liessen wir mit dieser Nahrung fortfahren, und gaben dem Mädchen dazu ganz dünnes Reiswasser zum Getränk.

Schon in wenigen Tagen war der Darmkatarrh gebessert, das Kind nahm an gutem Aussehen und Lebensfrische zu, und sollte am 14. Juni als vollkommen gesund aus dem Spitale entlassen werden, da nicht ein Zeichen da war, das auf irgend ein weiteres Leiden schliessen liess, als die Kleine ohne erklärbare Ursache während der Nacht vom 13. auf den 14. Juni von Eclampsie befallen wurde und in anderthalb Stunden starb.

Section. Nach Abnahme der Kopfschwarte bemerkte man am Occiput Blutaustretungen in's Zellgewebe, — die Blutgefässe der Arachnoidea und die Venen in den Gehirnwindungen waren stark injicirt — sowie auch ungefähr 1 Unze wirklich ausgetretenes Blut zwischen der Oberfläche des Gehirns und der *Dura mater* angetroffen wurde. Die Gehirnventrikel waren leer, die Gehirnmasse selbst sehr weich und mürbe. Die *Glandula thyreoidea* sehr vergrössert, die Thymusdrüse von gewöhnlicher Grösse; im Herzbeutel wenig seröse Flüssigkeit, das Herz klein, die Substanz desselben sehr blass, der linke Ventrikel blutleer, der rechte voll flüssigen Blutes. Die Lungen mit venösem Blute überfüllt, dunkel tingirt. Der Magen von Luft gleichsam trommelartig aufgetrieben, auch die Gedärme mit Luft angefüllt. Die Milz an ihrer unteren Fläche wie brandig abgestorben. Die Leber sehr gross, sehr leicht zerreissbar. Die Mesaraischen Drüsen nur wenig angeschwollen. Die Nieren normal.

Aus diesem pathologischen Befunde können wir wohl mit Recht eine *Apoplexia sang.* als die unmittelbare Todesursache annehmen; nach Rilliet und Barthez kommt diese Krankheit bei Kindern öfters vor; die Beobachtungen derselben erstrecken sich aber nur auf Kinder, die über 15 Monate alt waren. Coley aber giebt an, dass Kinder jeden Alters dieser Krankheit unterworfen sein können, und bemerkt deutlich, dass gerade die Apoplexien, die rasch entstehen, blutiges Extravasat setzen. Coley bemerkt weiter, dass man in solchen Sectionen zugleich Erweichung des Magens und der Gedärme oder Hypertrophie der Milz findet. In vorstehender Section war der Magen zwar nicht erweicht, aber, was doch selten der Fall ist, tympanitisch aufgetrieben, sowie die Gedärme; die Milz aber war in der That sehr verändert, und am unteren Rande, wie bemerkt, brandig anzusehen. Die Befunde im Herzen und in den Lungen sind in solchen Fällen erklärbar. Wie aber ist bei diesem Kinde, das im Leben gar keine Krankheitssymptome dargeboten, die auch nur im entferntesten auf eine bevorstehende Gehirnblutung hätten schliessen lassen, der angegebene pathologische Befund zu erklären? —

Fall II. Wenn im vorstehenden Falle der üble Ausgang einer kaum merklichen Gesundheitsstörung höchst überraschend sein musste, so war bei unserem zweiten Kranken ein ähnlicher Ausgang längst vorauszusehen, der anatomisch-pathologische Befund aber im gesunden Kinde, oder vielmehr bei einer Krankheit, die sich durch keine Symptome verrieth, eben so mächtig, als er bei den mannigfaltigen Störungen war, von denen unser zweiter Fall handelt. Es lässt sich aus diesen Ergebnissen nicht schliessen, in wie weit die pathologische Anatomie auf die Diagnose der Krankheiten als maassgehend angenommen werden darf, und nicht mit Unrecht glaube ich aussprechen zu dürfen, dass man in der Ziehung solcher Schlüsse immer etwas behutsam zu Werke gehen soll.

Führer, Wilhelm, 10 Wochen alt, ein kleines, mageres, übel aussehendes Kind, an dem schon bei der äusseren Besichtigung des Körpers vorzüglich der regelwidrige Bau des Kopfes mit eingesunkenen Fontanellen, eingeschobenem Hinterhauptsbein, die abgeflachte, kurze Stirn und die alten, unfreundlichen und wehmüthigen Gesichtszüge auffielen, litt nach Angabe seiner Mutter schon seit der Geburt an Schwerathmigkeit, Husten und Stickanfällen, wobei es im Gesichte ganz schwärzlich wurde. Nach 14 Tagen fiel der Mutter besonders auf, dass während des Essens (der Knabe wurde künstlich ernährt), das der Kleine immer mit grosser Begierde that, die Speisen nicht selten wieder durch die Nase heraüskamen, und dass sich aus dem rechten Nasenloche zeitweise Blutung und Eiterausfluss zeigte. Das Kind schlief wenig, schrie viel, und immer mit heiserer, klangloser Stimme. Nachdem wir den Kleinen einer genauen äusseren Besichtigung unterworfen hatten, Nasen-, Mund- und Rachenhöhle genau besehen, ohne hier besonders erhebliche Fehler zu entdecken, wendeten wir die Percussion und Auscultation der Brust an. Erstere ergab wenig Regelwidriges, nur war der Ton auf der linken Seite der Brust im weiteren Umfange dumpfer, breiter, und nur an einer kleinen Stelle in der Herzgegend voller, praller tönend. Die Auscultation ergab bronchiales Athmen, an einzelnen Stellen mit grossblasigem Rauschen vermischt. Am auffallendsten erschien die Herzbewegung; die beiden Töne rasch und beinahe fibrirend in einander fahrend, die Bewegungen ungemein schnell, ja zappelnd, mit dem Radialpulse, der klein, härtlich und zwar auch frequent war, in keinem ordentlichen Rhythmus stehend.

Nach allen diesen Erscheinungen waren wir wohl berechtigt, als primäres Leiden einen Fehler des Herzens, und als secundäres daraus entspringende Kreislaufsstörungen und die damit im Zusammenhange stehende Cerebral-Irritation anzunehmen. Wir wagten aber keine genauere Diagnose des Herzübels zu stellen; bezeichneten auch einige Erscheinungen im Leben ein *Foramen ovale*, so stand uns zu dieser Ansicht gerade der Auscultationsbefund entgegen. — Dem allgemeinen Zustande des kranken Kindes anpassend wurde die Behandlung eingeleitet, und schon im voraus die Mutter auf die äusserst üble Prognose aufmerksam gemacht. Wir regulirten die Diät, liessen kalte Waschungen und Uebergiessungen des Kopfes machen, und gaben intern kleine Dosen Calomel mit Digitalis. Nach einigen Tagen berichtete uns die Mutter, dass es mit ihrem Kinde besser ginge; es sehe besser aus, sei munterer und schreie weniger. So ging es während 3 Wochen bald besser, bald schlechter mit dem Kleinen, — als uns eines Tages die Mutter in Kenntniss setzte, dass ihr Sohn eine halbe Stunde nach dem Mittagessen plötzlich in ihren Armen gestorben sei.

Section. Nach Abziehung der Kopfschwarte zeigten sich die Kopfknochen in den noch sehr beweglichen und aus einander stehenden Suturen unter einander auffallend verschoben, was vorzüglich am Occiput der Fall war; die zwei grösseren Fontanellen waren in weitem Umkreise offen und tief eingesunken. Nach sorgfältiger Abnahme des Schädels nahm man schon durch die *Dura mater* hindurch ein blutiges Extravasat wahr, das auch nach Wegziehen dieser Haut zwischen den Blättern der Arachnoidea auf der linken Hemisphäre in einer Menge von circa 2 Unzen wässrigen Blutextravasates angetroffen wurde. Das Gehirn selbst war sehr weich, so auch die *Medulla oblongata*. Die Arterien des Gehirns bis in ihre kleinsten Verzweigungen, sowohl im Gehirne selbst, als in der *Pia mater*, sehr injicirt. Die Ventrikel waren leer, bloss mit einigem Faserstoffgerinnsel gefüllt; dagegen sämmtliche Sinus sehr blutreich. Der Larynx und die Trachea boten keine abnormen Erscheinungen dar. Die *Glandula Thymus* war auffallend gross noch vorhanden und ragte in die Brust hinein. Die Lungen normal, lufthaltig, nur der untere Lappen der linken Lunge war hyperämisch; die feineren Endungen der *Arteria aspera* enthielten einen eiterähnlichen Stoff, waren aber nicht geröthet. Das Herz war auffallend klein, besonders der rechte Ventrikel; die Herzmasse derb, das *Foramen ovale* geschlossen. Die Leber, Milz und die Nieren waren normal, nur mit Blut sehr reichlich versehen (Folge des zu kleinen Herzens. Die Gallenblase enthielt einige Tropfen hellgelber, dünnflüssiger Galle, der Magen unverdaute Speisereste, die Schleimhaut desselben war jedoch nicht im Mindesten geröthet. Der Darmkanal enthielt ebenfalls Speisereste. Sonst nirgend etwas Abnormes.

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Oesterreich. Dem Ober- und Chefarzt Dr. W. Jechl vom 14. Jäger-Bat. das Ritterkreuz des kurfürstl. hessischen Hausordens vom goldenen Löwen.

Preussen. Den prakt. Aerzten Dr. Zemhseh zu Gnadenfrei und Dr. Schlitte zu Hornburg der Charakter als Sanitätsrath.

Personalveränderungen. Baden. Versetzt: Amtschirurg Willibald von Stühlingen nach Schönau, Physikus Stoll in Meersburg als solcher nach Kork, Amtschirurg Sulzmann in Herrischried nach Philippsburg. Ernannt zu Amtschirurgen: Die praktischen Aerzte F. Speri von Freiburg in Griessen, G. Faller von Geisingen in Engen, A. Mayer in Stockach, J. Winterhalter in Kenzingen, Gaum in Durlach, H. v. Pigage von Schriesheim in Ladenburg, Erggelet von Schiltach in Bretten. Entlassen: Physikus H. Krauss in Mosbach auf seine Bitte. Quiescirt: Stabsarzt K. Boch.

Baiern. Ernannt: Armenarzt Dr. G. A. Müller in Würzburg zum Physikatsarzt in Miltenberg. Versetzt: Die Physikatsärzte DD. Th. Hindernacht von Alzenau nach Wernek, L. Härtl von Kastl nach Eltmann. Entlassen: Dr. W. Volkhart, Physikatsarzt zu Miltenberg. Quiescirt: Dr. J. A. Laubreis, Physikatsarzt zu Wernek.

Oesterreich. Dr. A. Slawikowski, ausserordentl. Prof. der Augenheilkunde an der Universität in Lemberg, ist zum ord. Prof. desselben Faches bei der Univ. zu Krakau befördert worden.

Preussen. Niederlassungen: Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Cichocki hat sich in Wongrowice, der prakt. Arzt Dr. Keberles in Köln, der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. London in Köpenick und der Wundarzt 1. Klasse und Geburtshelfer Eiker in Benninghausen niedergelassen. Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Brandia ist von Bonn nach Paris gegangen.

Im Regierungs-Bezirk Breslau waren am Schlusse des Jahres 1850 ansässig: 270 praktische Aerzte, 87 Wundärzte 1. Kl., 111 Wundärzte 2. Kl., 82 Apotheker, 65 Thierärzte und 807 Hebeammen.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1].

(Fortsetzung aus No. 14.)

2. Augenheilkunde.

Canton, Ueber *Arcus senilis* oder die Fettablagerung der Cornea. Lancet, Jan.

Coursserant, Ueber eine durch Kalk hervorgerufene Suppuration des Augapfels. Gaz. des hôp. No. 8

Gioselor, Mittheilungen aus Prof. Ruete's Klinik für Sinneskrankheiten. Deutsche Klinik No. 8. 12. 13.

Heusinger, Exophthalmos mit Struma und Affection des Herzens verbunden, nebst Sectionsbericht. Casper's Wochenschr. No. 4.

Jüngken, Die Anwendung des Chloroforms bei Augenoperationen. Deutsche Klinik No. 5. 6.

Krieger, Ueber einige Formen von Iritis. Deutsche Klinik No. 6.

Mackenzie, Bemerkungen über Neumann's angebliche Beobachtung von einer Hydatide in der vorderen Augenkammer. Edinb. Journ., Jan.

Mackmurdo, Vorlesungen über Ophthalmologie. Lancet, Jan.

Munro, Der Gebrauch des Chloroforms, um fremde Körper aus den Augen zu entfernen. Med. Times, Jan.

Nonat, Periodischer Strabismus durch schwefelsaures Chinin geheilt. Gaz. des hôp. No. 7.

Tavignot, Behandlung der *Keratitis vascularis interstitialis* mit Scarificationen. Gaz. des hôp. No. 12.

— Pseudomouches eine Amaurose simulirend. L'Union No. 4.

Wertheimber, Die Ophthalmologie in Frankreich im Jahre 1851, mit besonderer Beziehung auf die Lehren von Désmarres. Schmidt's Jahrb. 3.

Wilde, Ueber epidemische Augenentzündung in Typerary und Athlone. Lond. Journ., Jan.

Wutzer, Mittheilungen aus der chirurgisch-augenärztlichen Klinik zu Bonn. (*Amaurosis a fungo medullari durae matris. Synechia anterior partialis utriusque bulbi; Coremorphosis. Ectropium utriusque palpebrae inferioris; Transplantatio cutis.*) Deutsche Klinik No. 14.

3. Frauenzimmerkrankheiten.

Beck, Die Pathologie des Uterus. Med. Times, Jan.

Bernard, Ueber Mutterblutungen. L'Union No. 7.

Crisp, Statistische Bemerkungen über die verschiedenen Formen der Zerreissung von Ovariencysten. Lond. Exam., Jan.

Dehrou, Angeborene complete Verschliessung der Scheide mit Imperforation des Mutterhalses. Gaz. méd. de Par. 3 u. 4.

Gilbert, Fibroid des Uterus. Americ. Journ., Jan.

Greenhalgh, Der Gebrauch des Speculums. Lond. Gaz., Febr.

Inman, Ueber einen Substitut des Speculum bei Behandlung gewisser Krankheiten des Uterus. Lond. Gaz., Febr.

[1] Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Jobert, *Fistula vesico-utero-vaginalis.* Gaz. des hôp. 15.

— Wiederherstellung der Function der Blase nach einer Blasenscheidenfistel-Operation. Ibid. 13.

Mistler, Einige Worte über weibliche Unfruchtbarkeit und die geeigneten Mittel sie zu heilen. Rev. med.-chirurg., Febr.

Nélaton, Blutgeschwülste im Becken bei Frauen. Gaz. des hôp. 16.

van Praag, Einiges über Rückwärtsbeugung der Gebärmutter. N. Z. f. Geburtskunde XXIX. 2.

Rigby, Ueber Lagenveränderung des Ovarium. Med. Times, Febr.

Susemihl, *Pemphigus acutus menstrualis.* Deutsche Klinik No. 8.

Thomas, Ueber die Behandlung der fibro-serösen Cysten des Eierstocks mit Jod-Injectionen. Rev. med.-chir., Febr.

Tilt, Ueber die chronischen Geschwülste des Eierstocks. Lond. Gaz., Jan. u. Febr.

Valleix, Modificationen des Intrauterin-Pessarium und allgemeine Bemerkungen über Radicalkur verschiedener Lagenveränderungen des Uterus. Bullet. de Thér., Jan.

Vial, Compression der Aorta bei Mutterblutungen. L'Union 14.

Williams, Fall von erfolgreicher Anwendung des japanesischen Emmenagogum: Key-tze-Sing. Lancet, Jan.

4. Geburtshülfe.

Arneth, Die geburtshülfliche Praxis erläutert durch Ergebnisse der II. Gebärklinik zu Wien. Wien, 1851.

— Ueber das Prophylacticum von Semmelweis gegen Puerperal-Epidemien. Gaz. des hôp. No. 4.

Canney, Ueber Kaiserschnitt. Lond. Gaz., Febr.

Castex, *Cancer* des *Collum uteri* bei einer Schwangeren. Seitliche Einschnitte in das Collum; Schwierigkeit der Erweiterung; Tod der Mutter und des Kindes. Rev. med.-chirurg., Febr.

Chailly-Honoré, Ueber schiefen Einschnitt der Schaam gegen die Ruptur des Perineums. Bull. de Thér., Jan.

— Ueber Wendung und Zangenoperation bei hochstehendem Kindskopfe. Gaz. méd. de Paris No. 5.

Coley, Fall von Kaiserschnitt mit Bemerkungen über Puerperal-Metritis und acute Gebärmutter-Entzündung. Edinb. Journ., Jan.

Didot, Ueber Forceps-scie und den Diatripteur von Vanhuevel. Presse méd. 2. 4.

Drew, Auffallend grosse Quantität von Amnionflüssigkeit. Med. Times, Jan.

Ergebnisse der Literatur im Gebiet der Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten im Jahre 1846. N. Zeitschr. f. Geburtsk. XXIX. 2 u. 3.

Elsässer, Bericht über die Ereignisse in der Gebäranstalt des Katharinen-Hospitals in Stuttgart vom 1. Juli 1849 bis 30. Juni 1850. Würtemb. Corresp.-Bl. No. 1—5.

Gray, Seltener Fall von complicirter Geburt. Monthly Journ., Jan.

Heimbrod, Ueber die *Cephalalgia puerperalis* nach heftigen Gebärmutterblutungen. Pr. Vereins-Ztg. No. 8.

Helfft, 1) Zur Statistik, Pathologie und Behandlung der *Mania puerperalis.* 2) Zur Pathologie der Eclampsie der Schwangeren und Wöchnerinnen. N. Zeitschr. f. Geburtsk. XXIX. 3.

Huber, Ueber die Wendung auf das Fussende der Frucht, mit nachfolgender Extraction, nach vergeblich versuchtem Gebrauche der Kopfzange, bei im Eingange mässig verengtem Becken. Ibid.

Konitz, Einige Worte über die neue Ansicht der Entstehung des Uteringeräusches von Kiwisch. Ibid. XXIX. 2.

Landsberg, Ueber Zangenoperation bei vorliegendem Gesicht und dem Kinne nach hinten. Ibid.

Leconte, Uterinpolyp, der die natürliche Geburt unmöglich machte. Entfernung desselben. L'Union No. 11.

Little, Fälle von Puerperal-Convulsionen. Americ. Journ., Jan.

Martin, Ueber das Vorliegen und den Vorfall der Nabelschnur. Deutsche Klinik No. 3.

Raimbert, Voluminöse Cyste der Vesico-Vaginalwand bei einer acht Monate schwangeren Frau; Punction; Heilung. Rev. med.-chir., Jan.

v. Ritgen, Annähernd mathematische Construction der ersten und dritten Beckenapertur. N. Zeitschr. f. Geburtsk. XXIX. 2.

— 1) Ueber den Mechanismus des Durchtritts des bei der Geburt vorliegenden Schädels durch den Beckeneingang bei verengter Conjugata. 2) Zwei Fälle glücklich ausgeführter Wendung bei schräg-verengtem Becken. Ibid. XXIX. 3.

Schwarz, 1) Mittheilungen aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Frauenkrankheiten. 2) Statistische Bemerkungen hinsichtlich der Geburtshelfer in Kurhessen. 3) Gesichtsgeburten, bei welchen die Perforation nothwendig wurde. Ibid.

v. Siebold, Siebenter Bericht über die in der königl. Entbindungsanstalt zu Göttingen vorgefallenen Ereignisse in den Jahren 1847 bis 1849. Ibid. XXIX. 2.

Stuart, Schwerer Geburtsfall in Folge von Zwillingen, die mit der Brust verwachsen waren. Monthly Journ., Jan.

Sonnabend, № 16. 19. April 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Luxatio humeri praeglenoidea recens. Anatomische Untersuchung.

Von

Prof. C. W. F. Uhde in Braunschweig.

Für die Verrenkung des Oberarmes nach der vorderen Fläche des Schulterblattes (*Superficies scapulae anterior seu costalis.* Krause.) habe ich die von Pitha vorgeschlagene Benennung „*praeglenoidea*" gewählt, indem ich mich zu dessen in der vorzüglichen Abhandlung „Ueber die Luxation des Schultergelenks" aufgestelltem Eintheilungsprincipe bekenne. Dieselbe ist von den meisten Schriftstellern nach der Richtung, welche der ausgewichene Gelenkkopf genommen hat, benannt, und heisst bei Paulus Aegineta: *ὦμος ἐξαρθρήσας εἴσω*; bei Corn. Celsus: *Humerus luxatus in priorem partem*; bei Ebn Sina: ✿ خلع المنكب الى الجانب الانسى; bei A. Bonn: *Voorwaartsche schouderontwrichting*; bei P. J. Desault, Boyer, J. Delpech: *Luxation de l'humérus (du bras) en dedans;* bei Richerand, Dupuytren, Sanson: *en dedans ou en avant;* bei A. Bertrandi, G. B. Monteggia: *Dislogamento (lussazione) dell' omero in avanti;* bei A. Cooper: *Dislocation of the os humeri forwards;* bei S. Cooper: *Luxation inward;* bei W. Walther: Verrenkung des Oberarmes nach vorn, und bei M. J. Chelius: nach innen.

Die von Velpeau, Malgaigne, Pétrequin, Goyrand für die in Rede stehende Verrenkung gewählten, das Verhältniss des luxirten Gelenkkopfes zu den nächstliegenden Theilen angebenden Benennungen: „*sous-claviculaire, sous-scapulaire, sous-coracoïdienne, coraco-claviculaire*" scheinen mir mehr zur Bezeichnung von etwa zu bildenden Verschiedenheiten der *Luxatio praeglenoidea,* als zur Bestimmung von besonderen Arten der Oberarm-Verrenkungen geeignet zu sein. Schon C. Sédillot hat „*les luxations antérieurs en sept espèces*" getheilt. Sofern derselbe aber auch die „*axillaire*" oder „*les luxations en bas ou dans l'aisselle*" zu den „*antérieurs*" gerechnet, kann ich ihm nicht beipflichten.

Auch habe ich es vorgezogen, diese Verrenkung nicht durch die Hinzufügung von „*primitiva*" oder „*primaria*" näher zu bezeichnen; wie ich überhaupt der bei den meisten Chirurgen noch beliebten Eintheilung der Oberarm-Luxationen in primäre und secundäre aus nachfolgenden Gründen nicht beitreten kann.

Erstens ist ein solcher Zusatz bei dem Begriffe von Luxation theils tautologisch, theils unrichtig. Dies bekundet vor Allem der von Desault ausgesprochene und die Eintheilung der Verrenkungen in primitive und consecutive darthuende Satz: „*... il faut d'abord, pour fixer invariablement les idées, diviser les luxations de l'humérus en primitives, qui sont le subit effet d'une violence extérieure, et en consécutives qui succèdent aux premières...*" Denn die Wesenheit der Luxation schliesst den Begriff von primär in sofern in sich, als bei einer jeden Verrenkung der Riss des Kapselbandes, die Zerreissung einzelner Muskeln, der Stand des Gelenkkopfes ausserhalb der Gelenkhöhle durch eine verrenkende Gewalt bedingt ist. Und ist einmal die Luxation entstanden, so kann an dem bereits luxirten, aus seiner Gelenkverbindung gewichenen Gelenkkopfe keine Verrenkung — folglich auch keine secundäre oder gar tertiäre — weiter erfolgen. Dass übrigens der luxirte Gelenkkopf durch wiederholtes Fallen auf den leidenden Arm, durch Bewegungs- und Einrichtungsversuche desselben, sowie durch Absorption der gedrückten bezüglichen Theile eine mehr oder minder beträchtliche Verschiebung von der während der Verrenkung angewiesenen Stelle zu erleiden im Stande ist, haben schon du Verney,

---

Feuilleton.

Ueber die Einrichtung der Gesinde-Krankenkasse zu Magdeburg.

Von

Sanitätsrath Dr. Kersten.

(Schluss aus No. 15.)

Mit dem 1. Jan. 1845 trat in Magdeburg unter Genehmigung der Stadtbehörden die Gesinde-Krankenkasse in's Leben; das Abonnement betrug für die Person 20 Sgr., und es fand dieselbe gleich viel Anklang im Publicum. Im Jahre 1846 wurde das Abonnement mit folgenden Erweiterungen des Regulativs eingeführt: dass auch für Lehrlinge von den Lehrmeistern abonnirt werden könnte, und dass es den Lehrlingen und auch den Dienstboten freistehen sollte, für sich selbst zu abonniren, wenn die Lehr- oder Dienstherren sich zum Beitritt zur Gesinde-Krankenkasse nicht verstehen wollen, und endlich, dass auch syphilitische Kranke, welche anfänglich ausgeschlossen waren, in das Abonnement mit einbegriffen würden, und demnach mit den anderen Abonnenten gleiche Rechte genössen.

Obgleich freilich die Lehrlinge nicht zu den Dienstboten gehören, so wurden sie doch aus folgenden Gründen zur Theilnahme verstattet: der Lehrherr hat in Krankheitsfällen nur dann für seine Burschen zu sorgen, wenn er sich hierzu im Lehrcontracte verpflichtet hat; dies geschieht aber in den wenigsten Fällen. Für inländische Lehrlinge muss daher in der Regel der jedesmalige Angehörigkeitsort, für ausländische der Landarmenfonds die Kurkosten erstatten, wenn die Eltern, wie dies doch meistens der Fall ist, zur Zahlung unvermögend sind. Daher brauchte in pecuniärer Rücksicht eigentlich die Aufnahme der Lehrlinge in das Abonnement nicht stattzufinden, weil die Commune ihretwegen einigermaassen gedeckt ist; allein es entstehen darüber doch viele Schreibereien, selbst Streitigkeiten und Processe; es führt in manchen, namentlich an sich armen Landgemeinden zu drückenden Abgaben und wohl zu harten Executionen gegen die Eltern, so dass schon dieserwegen ein Abonnement für die Lehrlinge höchst wohlthätig ist; besonders aber sind es Rücksichten der Humanität gegen die armen Burschen selbst, welche dazu antrieben. Es ist bekannt, wie schonungslos viele Lehrherren mit ihren Lehrlingen, namentlich in Krankheitsfällen, verfahren, wie sie mit ihnen oft ganz ähnlich umgehen, wie mit den Dienstboten, ja wie die Burschen oft noch schlimmer daran sind als diese; und können sie nicht wenigstens mit diesen ein gleiches Schicksal erwarten!? Darum wurde es ihnen auch gestattet, für sich selbst zu abonniren, wenn der Lehrherr dies verweigerte; ein Gleiches schien auch für die Dienstboten wünschenswerth, und mit Freuden wurde von Einigen diese Erlaubniss benutzt.

Die Aufnahme der syphilitischen Kranken in das Abonnement geschah zu ihrem und der Herrschaften Nutzen. Der auf die Art erkrankte Dienstbote hat nun weniger Ursache, seine Krankheit zu verheimlichen, da er wegen der Bezahlung der Kurkosten nicht mehr in Sorge zu sein braucht, er wird sich daher in der Regel auch zeitiger melden, wenn das Uebel noch nicht zu tief in den Organismus eingedrungen

Henckel, Boyer, A. Cooper, M. J. Chelius u. A. bemerkt, und wird Niemand bestreiten. Eine solche Verschiebung ist aber keine Luxation, und kann deshalb auch nicht mit der Benennung „Luxation", selbst wenn man geneigt wäre, dieselbe durch consecutiv oder secundär zu bezeichnen, belegt werden. Achnlich hat sich Mothe an dem Orte, wo er das aus der *„Luxation en bas"* hervorgehende *„Déplacement consécutif"* schildert, geäussert, wenn es heisst: *„Lorsque le bras est luxé en bas, la luxation est parfaitement caractérisée, et on ne doit pas changer de nom, quoique la tête de l'humérus change de place." ... (la luxation en bas) „le caractère de maladie ne peut point changer malgré tous les déplacemens consécutifs de la tête de l'humérus; mais, si cela arrive, on doit dire luxation en bas avec déplacement en devant, en derrière etc."*

Zweitens ist die Beifügung von primaria im Gegensatz zu secundaria ohne allen praktischen Nutzen. Zur Begründung brauche ich nur die wahrheitsvollen Worte von M. J. Chelius anzuführen: „Es ist sehr schwer, meistentheils unmöglich, bei der Luxation des Humerus zu bestimmen: ob die Dislocation des Gelenkkopfes nach innen eine primäre oder consecutive ist. Nur die Erforschung, wie die Erscheinungen auf einander gefolgt sind, selbst das Verfahren bei der Einrichtung, können vielleicht Aufschluss darüber geben."

Demnach würde man 1) unter *Luxatio humeri praeglenoidea* oder Verrenkung des Oberarmes nach innen diejenige, welche von vielen Schriftstellern durch den Beisatz von „primaria" charakterisirt ist, verstehen, und 2) die sogenannte secundäre Luxation des Oberarmes nach innen nicht hierher, sondern zu der Luxation nach unten mit nachträglicher Verschiebung des Kopfes nach innen bringen müssen.

Während meiner fast siebenjährigen Praxis ist mir die *Luxatio humeri praeglenoidea recens* zum ersten Male in dem vorliegenden Falle, den ich der freundschaftlichen Güte meines Hrn. Collegen Osthoff, Prosector am hiesigen Collegium anatomico-chirurgicum, verdanke, zur Beobachtug gekommen.

Der dem Trunk ergebene, sehr kräftig gebaute, 35 Jahre alte H. T. aus dem nahe bei Braunschweig gelegenen Dorfe O. war am 25. Nov. 1850 — wahrscheinlich von einer nach dem Hofraume führenden Treppe ohne Geländer — gestürzt, und hatte sich eine Verrenkung des linken Oberarmes zugezogen. Dieselbe würde vielleicht nicht zu unserer Beobachtung gekommen sein, wenn nicht mehrere lange, von der linken zur rechten Seite hin verlaufende Halswunden, welche sich T. Tags darauf mittelst eines Rasirmessers beigebracht, ärztliche Hülfe erforderlich gemacht hätten. Wegen der besonders auf der linken Halsseite beträchtlich klaffenden Wunden konnte aber die Einrichtung des ausgerenkten Armes nicht ausgeführt werden, zumal der Verletzte durch einen starken Blutverlust schon sehr entkräftet war und alle Zeit auf die Besorgung der Wunden verwendet werden musste. Ueberdies hätte man ihm die Wohlthat der Oberarm-Einrichtung nicht einmal später erweisen können, da er schon am selbigen Tage (26. Nov.) starb.

Die Oberarm-Verrenkung nach innen wurde ohne Schwierigkeit erkannt. Die Schulter war abgeflacht und das Acromion ragte merklich hervor. Anstatt der Subclaviculārfurche sah man eine kugelige Wölbung, die durch den unter dem *Processus coracoideus* feststehenden und an der zweiten Rippe liegenden Oberarmkopf veranlasst wurde. Der Kopf war in der Achselhöhle nicht fühlbar. Das Schulterblatt stand vom Thorax ab, hatte eine Richtung nach hinten und war im Ellenbogengelenke stumpfwinklig flectirt. An der hinteren Schulterblattgegend, an der hinteren wie äusseren Seite des linken Oberarmes, und vorzugsweise an dem Ellenbogen, befanden sich umfangreiche Blutunterlaufungen.

Die in dem hiesigen Anatomie-Saale mit dem Hrn. Prosector Osthoff gemeinschaftlich angestellte anatomische Untersuchung des verrenkten Oberarmes lieferte folgende Ergebnisse. Derselbe war um etwa 2 Linien länger als der rechte. Der Oberarmkopf befand sich nach innen von der *Cavitas glenoidalis*, $2^3/_4$ Ctm. unterhalb des Schlüsselbeins, und lebnte sich an die zweite Rippe. Nachdem der *M. deltoideus*, der *M. pectoralis major et minor*, der *M. coraeobrachialis*, das *Caput breve m. bicipitis* und die über den Kopf herablaufenden unverletzten und unverschobenen Gefässe nebst dem Nervengeflechte des Oberarmes durchschnitten und zurückgeschlagen waren, erblickte man den auf $1-1^1/_4$ Ctm. im Durchmesser entblössten, durch den zerrissenen *M. subscapularis* gedrungenen anatomischen Oberarmkopf, welcher sich an eine blutunterlaufene Stelle des *M. serratus anticus major* der zweiten Rippe anlegte. Ferner bemerkte man, dass der Oberarmkopf nur durch eine schmale Schicht des *M. subscapularis* von dem *Processus coracoideus* entfernt gehalten wurde, und sein grösster Theil an dem inneren Rande dieses Fortsatzes hervorragte. Die halbkugelförmige Gelenkfläche des Kopfes war nach der zweiten Rippe hin gerichtet, und das *Tuberculum majus* ruhte mit dem von Sehnenfasern des *M. teres minor* überzogenen Eindrucke dicht am vorderen (inneren) Rande der *Cavitas glenoidalis* auf dem *Collum scapulae*. Der *M. subscapularis* war in der dem Thorax zugewandten Schicht, etwa der dem *Collum scapulae* entsprechenden Stelle, vom Oberarmkopfe theils zerquetscht, theils der Quere und Länge nach durchbohrt; in der dem Schulterblatte zugekehrten Schicht dagegen fand nur eine quere zersetzte Trennung statt. Diese Schicht war von vorn nach hinten auf $2^1/_4-2^1/_2$ Ctm., von oben nach unten auf $2^3/_4$ Ctm., und dermaassen von dem Schulterblatthalse abgelöst, dass an diesem nur hin und wieder nach dem *Processus coracoideus*, wie auch nach dem unteren Rande der *Cavitas glenoidea* hin einzelne von vorn nach hinten verlaufende Zellgewebsstreifen aufsassen.

Anlangend den Riss in dem *Ligamentum capsulare humeri*, so bestand derselbe dicht am Rande der *Cavitas glenoidalis* zwischen zwei Punkten, wovon der obere kaum 2 Linien von dem inneren Rande der Sehne des *Caput l. m. bicipitis* entfernt war, und der untere auf dem unteren Rande der *Cavitas glenoidea* befindliche 2 Linien von der Costalseite des Schulterblattes entfernt lag. Der Kapselriss mass nach möglichst genauer Untersuchung 5 Ctm., und war so weit, dass der Kopf ohne weiteres Einreissen bequem in die Gelenkfläche zurückgebracht, und wieder an den durch die Verrenkung eingenommenen Ort geführt werden konnte. Bei fernerer Betrachtung der Kapsel stellte

---

ist, und es ist daher auch weniger Furcht noch vorhanden, dass durch Ansteckung von einem inficirten Dienstboten Unheil in den Familien gestiftet wird. Die Armenkasse verliert auch dabei wenig oder gar nichts, denn in der grossen Mehrzahl der Fälle musste sie doch die Kurkosten für dergleichen Subjecte tragen.

Im folgenden Jahre wurde noch ein Zusatz zum Regulativ beliebt. Es war nämlich häufig der Fall vorgekommen, dass Herrschaften erst dann der Krankenkasse beitraten, wenn sich bereits ein Dienstbote von ihnen Krankheitshalber im Krankenhause befand; hierdurch wurde aber natürlich der eigentliche Zweck eines Abonnements verfehlt, und es wurde daher festgesetzt, dass Dienstboten und Lehrlinge, welche sich bereits im Krankenhause befinden, vor ihrer Entlassung aus demselben zum Abonnement nicht zugelassen werden können. — Später wurde der Abonnementspreis für eine Person noch auf einen Thaler erhöht, und somit hat denn nun das Regulativ in folgender Fassung Geltung:

Regulativ
für die freiwillige Gesinde-Krankenkasse zu Magdeburg.

§. 1. Eine jede im Stadtbezirke wohnende Dienstherrschaft erlangt gegen Vorausbezahlung von einem Thaler auf ein Jahr die Berechtigung zur unentgeltlichen Kur und Verpflegung eines *in* ihrem Dienste erkrankten Dienstboten im städtischen Krankenhause.

Dieselbe Berechtigung soll einem jeden hier wohnenden Lehrherrn wegen seiner Lehrlinge zustehen.

Ausserdem wird den Dienstboten und Lehrlingen nachgelassen, sich im eigenen Namen für den Fall zu abonniren, dass sie hier in einem Gesindedienste oder in der Lehre erkranken sollten. Dagegen können Dienstboten oder Lehrlinge, welche sich bereits im Krankenhause befinden, vor ihrer Entlassung aus demselben zum Abonnement nicht zugelassen werden.

§. 2. Die Anmeldung zur Theilnahme erfolgt bei der Verwaltung des Krankenhauses, die eine Liste der Abonnenten führt, und gegen Bezahlung des Beitrags den von dem Inspector und Controlleur vollzogenen Abonnementsschein auf das Kalenderjahr aushändigt, womit der Contract geschlossen ist.

§. 3. Die Dienstboten werden nach dem Geschlechte und ihren Kategorien als Köchin, Hausmädchen, Kindermädchen, Amme, Kutscher, Bedienter, Ackerknecht u. s. w. angemeldet. Auf den Namen des Dienstboten kommt es dabei nicht an, vielmehr bleibt der vorfallende Gesindewechsel ohne Einfluss.

Wer mehrere Dienstboten derselben Kategorie hält, also z. B. mehrere Hausmädchen, muss alle zu dieser Kategorie gehörenden Dienstboten anmelden und für sie die Beiträge bezahlen.

Ein Dienstbote der einen Kategorie kann nicht an die Stelle eines von einer anderen Kategorie treten.

Die Lehrlinge müssen namentlich angemeldet werden, und gelten die Abonnementsscheine nur für die darin namentlich bezeichneten Lehrlinge.

§. 4. Die Anmeldung geschieht bis zum 8. Jan. Mit diesem Tage wird das Abonnement geschlossen. Spätere Anmeldungen sind in den ersten 14 Tagen der Monate April, Juli und October zulässig. Das Anrecht daraus auf freie Kur und Verpflegung tritt aber erst nach Ablauf von 14 Tagen nach der Anmeldung ein. Für die im Laufe des Jahres abonnirten Dienstboten und Lehrlinge muss dennoch der volle Abonnementspreis bezahlt werden.

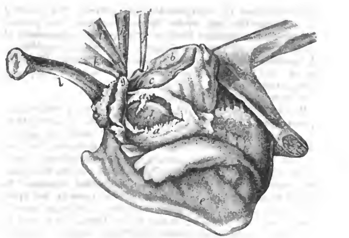
sich noch heraus, dass sie in der ganzen Strecke, mit welcher sie sich an dem *Tuberculum majus* befestigt, abgetrennt war. Und sowohl an dieser Stelle, als an dem äusseren Theile des *Collum humeri* nahm man mehrere unregelmässig gestaltete, abgelöste und nur lose anliegende Knochenplättchen wahr, wovon die grössten 1 Ctm. lang waren.

An der Gelenkfläche selbst fiel das mehr oder minder zerstückelte *Labrum glenoideum* längs der abgelösten Kapsel auf. Ferner bemerkte man in der *Cavitas glenoidea*, 1 Ctm. vom vorderen (inneren) und $1\frac{1}{2}$ Ctm. vom unteren Rande entfernt, einen $\frac{1}{2}$ Ctm. im Durchmesser habenden blauröthlichen Fleck, der wahrscheinlich durch das Anschlagen des *Tuberculum majus* beim Uebergange über die Gelenkfläche entstanden war.

Der *M. supraspinatus* war an seinem äusseren Rande, wo seine Sehnenfasern beginnen, zum grössten Theile quer durchgerissen, und zeigte an verschiedenen Stellen seiner Muskelbündel kleine Blutextravasate. Am *M. infraspinatus* wurde gleichfalls ein theilweiser Querriss da wahrgenommen, wo er sehnig zu werden anfängt. Auch sah man an diesem und an dem *M. teres minor* hin und wieder Blutextravasate mit kleinen Partien von zerrissenen Muskelfasern. Am *M. triceps* bemerkte man keine Verletzung. Das *Caput longum m. bicipitis* bot nichts Ungewöhnliches dar, wenn man nicht etwa die Verschiebung in Anschlag bringen will, welche dadurch hervorgebracht war, dass dessen innerhalb der Kapsel befindlicher Sehnentheil mit dem nach innen verrenkten Oberarmkopfe eine dahin gerichtete Lagerung eingenommen hatte. Die Gefässe des unter dem *M. deltoideus* befindlichen Schleimbeutels waren stark mit Blut injicirt, und hatte dieser hin und wieder kleine Blutextravasate.

Ungeachtet Desault, Boyer, Richerand, Delpech, Dupuytren, Sanson, A. Cooper, Chelius u. A. die (primäre) Luxation des Oberarmes nach innen beobachtet oder mindestens angenommen haben, findet man doch weder in ihren Schriften, noch in den „*Bulletins de la société anatomique de Paris*", noch in den „*Annales de la chirurgie française et étrangère*", noch in G. B. Günther's „Abhandlung über die Luxation des Oberarmes aus dem Schultergelenk [1]) etc." eine anatomische Untersuchung einer frischen uneingerichteten Oberarm-Verrenkung, oder eines Schultergelenks, an welchem kurz zuvor eine frische Luxation des Oberarmes nach innen stattgefunden hatte, die sofort und nicht erst durch mehrfache Repositionsversuche eingerichtet war. Dieser Umstand hat mich veranlasst, den Hrn. Metzger hierselbst um die Ausführung eines Holzschnittes von dem Präparate zu ersuchen, und glaubte ich davon die Ansicht wählen zu müssen, wo sowohl der Riss in der Kapsel und dem *M. subscapularis*, als auch das entblösste *Collum scapulae* sich darstellt.

[1]) Wenn es übrigens in dieser Abhandlung (F. W. Oppenheim's Zeitschr. etc. Bd. 42. Heft 3. Hamburg, 1849. pag. 302.) unter einem Velpeau'schen Falle von Oberarm-Verrenkung heisst: „Statt Roux steht hier fälschlich Rufz", so ist diese Angabe durchaus falsch, denn „M. Rufz (professeur agrégé de la faculté 1834) *alors interne a disséqué cette articulation.*"



a. a. Umgebung des Risses in der Kapsel und dem *Musc. subscapularis.*
b. Mittelst des Messers geöffnete Kapsel.
c. *Caput humeri.*
d. Das entblösste *Collum scapulae.*
e. *M. subscapularis.*
f. *Caput longum m. bicipitis* in seiner Scheide.
g. *Processus coracoideus.*
h. *Caput breve m. bicipitis.*
i. *M. coracobrachialis.*
k. *M. pectoralis minor.*
l. *Clavicula.*

Was die Behandlung dieser Luxation betrifft, so würde ich dieselbe vermittelst horizontalen Zuges, wobei der untere Theil des Oberarmes etwas nach innen zu bringen ist, reponiren.

An Leichen habe ich die *Luxatio humeri praeglenoidea* nicht hervorbringen können.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der Poliklinik des Prof. Romberg in Berlin.

Epilepsie.

Ein 41jähriger Mann hatte von seinem 6. bis 25. Jahre an epileptischen Anfällen gelitten, die seiner Aussage nach in Folge einer acu-

---

§. 5. Wird ein Dienstbote oder Lehrling, für welchen abonnirt worden, krank, so ist dies unter Vorzeigung des Abonnementsscheins im Büreau der Krankenanstalt anzuzeigen, worauf sogleich die unentgeltliche Aufnahme des Kranken erfolgt.

§. 6. Wenn es verlangt wird, soll der Kranke mit einem Korbe abgeholt werden, wofür 5 Sgr. zu bezahlen sind.

§. 7. Das Abonnement giebt kein Recht auf freie Beerdigung.

§. 8. Das durch das Abonnement erlangte Recht auf freie Kur und Verpflegung beschränkt sich lediglich auf die Abonnementszeit. Soll die Krankenpflege über diese Zeit hinaus fortdauern, so muss für das nächste Jahr von Neuem abonnirt werden.

§. 9. Es versteht sich von selbst, dass, wenn derselbe Dienstbote, oder der an dessen Stelle getretene, oder der namentlich angemeldete Lehrling im Laufe des Jahres wiederholt erkranken sollte, die unentgeltliche Pflege dennoch geleistet werden muss.

§. 10. Wer sich eine Täuschung in sofern erlaubt, als er mehrere Dienstboten derselben Kategorie hält, und weniger anmeldet, oder einen Dienstboten einer anderen Kategorie, als worauf der Abonnementsschein lautet, in das Krankenhaus abliefert, geht seines Rechtes aus dem Abonnement verlustig, und muss für den erkrankten Dienstboten die vollen Kur- und Verpflegungskosten bezahlen.

Magdeburg, den . . . . .

Die Armen-Deputation des Magistrats.

Ein Abonnementsschein, welchen die Herrschaft gegen Vorausbezahlung von 1 Thlr. erhält, lautet:

No. . . . .   Abonnements-Schein.

D . . . . hat zur Gesinde-Krankenkasse der Stadt Magdeburg für . . . .
. . . .
für das Jahr . . . den festgesetzten Beitrag von 1 Thlr. à Person pro anno pränumerando mit . . Thlr. . . . Sgr. richtig gezahlt, und ist dafür auf Vorzeigung dieses Scheines berechtigt, gedachten Dienstboten bei Krankheitsfällen in das städtische Krankenhaus zur unentgeltlichen Kur und Verpflegung abliefern zu lassen.

Magdeburg, den . . ten . . . . 18 . .

. . . .
Krankenhaus-Inspector.   Controlleur.

Es bleibt nun nur noch übrig, mit wenig Worten die Ergebnisse der freiwilligen Gesinde-Krankenkasse, wie sie sich nach fünfjährigem Bestehen herausgestellt haben, anzugeben. Danach müsste denn auch der Nutzen für die einzelnen dabei interessirten Theile, wie er oben besprochen wurde, wirklich eingetreten sein, und dies kann in der That erfreulicher Weise überall bestätigt werden. Für die Dienst- und Lehrherren liegt der Nutzen sehr klar zu Tage, sie haben für eine ganz kleine Summe bei Erkrankungsfällen das erreicht, was sonst nur für grössere Kosten gewöhnlich zu erlangen war. Für die Dienstboten ist das Zweckmässige der Einrichtung am wichtigsten; der Nutzen bei wirklichen Erkrankungen ist vor Allem darin so hervorstechend, dass nur eine sehr geringe Sterblichkeit bisher stattfand. Der Grund für diese Erscheinung liegt wohl nicht allein darin, dass die Patienten des Gesinde-Abonnements fast sämmtlich in den kräftigsten Jahren sich be-

ten Gehirnkrankheit (?) verschwunden sein sollten. Seit dieser Zeit haben sich nur hin und wieder Spuren derselben, als plötzlicher Schwindel, Zucken einzelner Theile u. s. w. gezeigt, vorzugsweise aber leidet der Kranke an partiellen Krämpfen des rechten Arms, die sich durch ruckweise Erschütterungen desselben manifestiren. Bemerkenswerth ist, dass diese Erschütterungen auch die Aura der früheren epileptischen Anfälle bildeten.

R. hielt über diesen Fall folgenden Vortrag:

Wir haben hier, m. H., einen epileptischen Grund und Boden vor uns, und dies ist in mehrfacher Beziehung von der grössten Wichtigkeit. Fast alle Krankheiten nämlich verlieren, wenn sie auf einem solchen Boden vorkommen, einen Theil ihrer Bedeutung und geben daher eine bessere Prognose, als es unter andern Verhältnissen der Fall sein würde, und zwar gilt dies nicht allein von den Nervenkrankheiten, sondern auch von den Affectionen der andern Apparate. Diese geringere Bedeutung ihrer Krankheiten ist ein Vorrecht der Epileptischen, welches man z. B. in Typhusepidemien beobachten kann. So fand schon der alte Greding in den letzten Jahren des vorigen Jahrhunderts, dass Epileptische seltener vom Typhus befallen wurden, und leichter durchkamen, als gesunde Menschen, eine Beobachtung, zu welcher derselbe im Irrenhause zu Waldheim in Sachsen während einer Typhusepidemie hinreichende Gelegenheit hatte. Ebenso bemerkt Esquirol, dass im Jahre 1815 während des Aufenthalts der verbündeten Heere in Paris von 50 Epileptischen nur einer, oder höchstens zwei dem Typhus erlagen. Der Epileptische hat in der That eine ganz andere Art des Seins, wodurch ein völlig verändertes Verhalten gegen die Reize der Aussen- und Innenwelt bedingt wird. So haben z. B. Lähmungen, anhaltende Contracturen einzelner Glieder, selbst Ischurie bei Epileptischen nicht viel zu bedeuten, und ich selbst habe Ischurie mehrere Tage lang, Trismus sogar 31 Tage nach einem epileptischen Anfall fortdauern gesehen, ohne dass der Kranke dadurch gefährdet werden ist. Sie sehen also, einen wie ganz andern Maassstab Sie an einen solchen Trismus zu legen haben, als an den gewöhnlichen Tetanus, und dieses Studium der Epilepsie während der Intervallen, nicht bloss während des Anfalls muss ich Ihnen überhaupt als die Aufgabe der feineren Beobachtung empfehlen. Was nun speciell unsern Kranken betrifft, so wird auch hier die Affection der motorischen Nerven des rechten Arms anders gedeutet werden müssen, als bei einem sonst gesunden Menschen. Wir haben erfahren, dass diese partiellen Krämpfe schon während des Bestehens der Epilepsie eine Hauptrolle in der Aura spielten, und ich möchte ihnen daher auch jetzt keine andere Bedeutung beilegen. Dieser Fall bietet uns nämlich ein Beispiel für die Umgestaltung der entwickelten Epilepsie in eine unentwickelte, die sogenannte *Vertigo epileptica*, die indess prognostisch fast noch schlimmer ist, da gerade hier Blödsinn noch häufiger und früher, als bei vollständigen Ausbrüchen, einzutreten pflegt. Uebrigens frägt es sich, ob nicht auch gleichzeitig ein krankhafter Process im Gehirn besteht, wenn derselbe auch wegen der Beschränkung der Convulsion auf den rechten Arm trotz vieljähriger Dauer nicht gerade wahrscheinlich ist. Schliesslich mache ich Sie noch auf die begleitende Störung in der sensibeln Sphäre aufmerksam. Sobald nämlich die Contraction der Armmuskeln eintritt, wird der leidende Theil auch der Sitz einer lebhaften Formication und, was besonders hervorzuheben ist, beide Hände und die Gegenstände, die er in derselben hält, erscheinen dem Kranken weit grösser, als ausserhalb des Anfalls. Sie werden sich erinnern, dass wir neulich eine ganz ähnliche Schwindelempfindung bei einem Säufer beobachtet und durch Opium ziemlich rasch geheilt haben.

Die lange Dauer der Krankheit, die vom 6. bis zum 25. Lebensjahre in ihrer entwickelten, von da bis zum 41. in ihrer unentwickelten Form besteht, lässt zwar die Prognose in diesem Falle höchst ungünstig stellen; dennoch wollen wir einen Versuch zur Heilung machen, zu welchem Zweeke ich Ihnen die Application eines Haarseils im Nacken vorschlage. Das blasse anämische Colorit des Kranken fordert dabei zur Anwendung der Eisenpräparate auf, von denen hier das mindest obstruirende, das *Ferrum carbonicum* zu 5—20 Gran allmälig steigend in Form einer Latwerge den Vorzug verdient.

Jahresbericht aus dem Landkrankenhause der Provinz Niederhessen.

Von

Dr. Aug. Ferd. Speyer,

Ober-Stabsarzt, Ober-Medicinalrath und dirigirendem Arzt dieser Anstalt.

(Fortsetzung aus No. 15.)

II. Klinische Mittheilungen [1]).

1) *Typhus spinalis.* Die Seltenheit der Localisation des Typhusproductes auf die Hüllen des Rückenmarks ist bereits in unserem vorjährigen Berichte [2]) hervorgehoben worden. Wir hatten seit jener Zeit Gelegenheit, diese Typhusform zum zweitenmale zu beobachten. Ein 21 Jahre alter Feuerarbeiter, von kleiner Statur und mässig kräftigem Körperbau, hatte sich in seinem Atelier einem schnellen

[1]) Wenn wir bisher in unseren Jahresberichten auf die Statistiken „klinische Mittheilungen" folgen liessen, so glaubten wir hiermit uns einer gewissen Verpflichtung insbesondere gegen dasjenige ärztliche Publicum zu entledigen, welchem ein so lehrreiches Feld der Erfahrung, wie das einer grösseren öffentlichen Heilanstalt, abgeht, zur Förderung der Wissenschaft praktisch-nützliches Material zu liefern. Wenn jedoch derartige Mittheilungen keine Ansprüche auf Vollständigkeit machen, keine ausführliche monographische Bearbeitungen sein, weder Raisonnements über herrschende Ansichten, noch Polemik enthalten können, so liegt dies in den vorgezeichneten Grenzen einer „Journal-Arbeit" begründet, daher es geboten erscheint, wenn wir, selbst gegen den uns mehrfach ausgesprochenen und schmeichelhaften Wunsch, die seitherige Form dennoch beibehaltend, uns auf eine kurze Darstellung des Beobachteten und auf aphoristische Andeutungen unserer individuellen Anschauungsweise beschränken, deren Specialia wir in einer anderen literarischen Form auszugeben beabsichtigen.

[2]) A. a. O. pag. 10.

---

finden, in welchen die Krankheiten durchschnittlich am besten überstanden werden, denn es sind gleichzeitig auch viele andere Patienten an schweren Krankheiten auf dem Krankenhause behandelt worden, die ebenfalls in der Blüthe der Jahre waren, aber nicht mit dem Glücke, während sie doch die gleiche Pflege und Wartung hatten. Hauptsächlich ist er wohl mehr in dem rechtzeitigeren Nachsuchen der Aufnahme auf die Anstalt und der daraus hervorgehenden gleichmässigeren Behandlung und in dem Umstande zu suchen, dass die Krankheiten nicht so verschleppt sind. Nicht minder bewährte sich auch die Kasse nützlich für die erkrankten Dienstboten, welche sich ihre Uebel nicht in dem Dienste oder bei Gelegenheit desselben zugezogen hatten. Theils stellten sich derartige Krankheiten viel häufiger zur Behandlung, theils kamen sie zeitiger und waren nicht so eingewurzelt und bösartig, so dass sie auch leichter gehoben wurden.

Für die hiesige Armenkasse war auch Gewinn, wenn man die Kosten für diejenigen Patienten, welche sich ihre Krankheiten nicht in dem Dienste oder bei Gelegenheit desselben zugezogen hatten, und für welche die Commune doch die Kurkosten zu tragen gehabt haben würde, abrechnete von der ganzen Summe, welche für sämmtliche Abonnenten eingekommen ist.

Die Zusammenstellung der Zahlen ergiebt nach den einzelnen Jahren folgendes Resultat:

Im Jahre 1845 wurde für 1084 Dienstboten abonnirt; von diesen wurden behandelt

auf der äusseren Station	8 männl.,	21 weibl.,	Summa 29
auf der inneren Station	18 männl.,	112 weibl.,	Summa 130
			Total 159

Von diesen wurden 149 geheilt entlassen, 3 starben und 7 blieben in Behandlung.

Im Jahre 1846 wurde das Abonnement auf 1264 genommen, von denen

auf der äusseren Station	18 männl.,	26 weibl.,	Summa 44
auf der inneren Station	31 männl.,	143 weibl.,	Summa 174
			Total 218

zur Behandlung sich stellten; 198 wurden geheilt entlassen, 10 sind gestorben und 10 sind in Behandlung geblieben.

Im Jahre 1847 wurde für 1464 Personen abonnirt; davon suchten Hülfe nach:

auf der äusseren Station	27 männl.,	34 weibl.,	Summa 61
auf der inneren Station	35 männl.,	158 weibl.,	Summa 193
			Total 254

und es starben auf der äusseren Station 1 männl., auf der inneren Station 3 männl., 3 weibl., Total 7; entlassen wurden als geheilt:

von der äusseren Station	26 männl.,	34 weibl.,	Summa 60
von der inneren Station	32 männl.,	152 weibl.,	Summa 184
			Total 244

so dass nur 3 in Behandlung blieben.

Das Jahr 1848 lieferte von 1454 Abonnenten 274 Kranke, unter welchen viele mit den Vorläufern der Cholera, und auch der ausgebildeten Formen; es kommen von ihnen

auf die äussere Station	22 männl.,	38 weibl.,	Summa 60
auf die innere Station	26 männl.,	188 weibl.,	Summa 214
			Total 274

Temperaturwechsel ausgesetzt und gleichzeitig, rasch auf einander folgend anderweitige Diätfehler begangen. Frösteln, Abgeschlagenheit der Glieder, Appetitmangel, angehaltener Stuhl, Kopfschmerz, Ohrensausen, Empfindlichkeit der Augen gegen das Licht und ein schmerzhaftes, drückendes Gefühl innerhalb der Wirbelsäule, dessen er sich jeweilig durch Dehnen und Recken zu entledigen suchte, hatten als Vorläufer der Krankheit, wozu sich noch Vomituritionen und dünne Stuhlentleerungen gesellten, gradweise so zugenommen, dass Patient arbeitsunfähig ward und, nach einem zehntägigen Bestehen der genannten Zufälle, in unserer Heilanstalt Hülfe suchte. Ausser den erwähnten, inmittelst zu einer höheren Bedeutung gelangten Symptomen, unter denen Patient besonders die Schmerzhaftigkeit des Hinterkopfes und der Wirbelsäule, namentlich ihrer obern Partie hervorhob, zeigte derselbe eine grosse Aufgeregtheit und Versatilität und hatte zugleich Schlafmangel. Seine Augen glänzten, schwammen in der vermehrt abgesonderten Augenflüssigkeit; die Pupille, obschon beweglich, erschien verengt, der Bulbus nach vorn zugespitzt, in seine Höhle zurückgezogen, so dass die Orbitalränder sich stark markirten. Blässe des Gesichtes, kühle feuchte Haut mit zeitweise auftretenden Horripilationen, Adynamie und Zittern der Muskeln der Obergliedmassen gepaart, ein fast normaler, etwas härtlich anzufühlender, ziemlich grosser Aderschlag, welcher vorherrschend an den Halspulsadern in Agitation war, und ein hoher Grad von Schmerzäusserung bei manueller Exploration der Wirbelsäule ergaben den unzweifelhaft bestehenden Congestivzustand, insonders nach der obern Wirbelpartie hin, eine Spinalirritation auf vasculosem Boden. Während diese Krankheitserscheinungen innerhalb einiger Tage sich abermals steigerten, wurde die bisher reine und feuchte Zunge trocken und roth, die Haut ebenfalls trocken, heiss, der Puls hart, frequent, unvollkommen doppelschlägig (subdicrotus); es war *Strabismus convergens*, Milz- und Cöcalschmerz hinzugetreten. Die Krankheit erreichte etwa um den 25. Tag ihre Acme, wo sie mit dem vollständigsten Symptomencomplexe des Typhus, und zwar als dessen *Stadium nervosum*, in die Erscheinung trat. Patient war im höchsten Grade collabirt, lag mit offen stehenden, hohlen Augen, stark prominirenden Knochen des gänzlich verfallenen Gesichtes und skeletartiger Abmagerung aller Körpertheile zusammengerutscht im Bette; er delirirte fortwährend, hatte involuntäre Stuhl- und Harnabgänge, eine trockene, rissige, schmutzig-braun belegte Zunge und eben solches Zahnfleisch, rissige Nasenlöcher, noch immer heftigen Wirbel- und Cöcalschmerz; sein Puls war schnell (130), klein, schwach, dabei vollkommen doppelschlägig, es stellten sich convulsivische Bewegungen der Oberextremitäten, Sehnenhüpfen, Flockenlesen, Erlöschen der niedern Sinne, da keiner derselben auf angebrachte Reize reagirte, ein. In dieser Weise hielt sich der *Status morbi* einige Zeit auf gleicher Höhe, bis am 31. Tage, unter Hervorbrechen von *Miliaria crystallina* an der vorderen Thoraxfläche, eine Abnahme der Heftigkeit aller Krankheitserscheinungen wahrgenommen wurde, welche, mit abwechselnder Verschlimmerung, namentlich mit intercurrirenden Krämpfen der Extremitäten und des Rumpfes, bei gleichzeitig vermehrter Empfindlichkeit der Wirbelsäule, noch etwa 14 Tage bestand, wo dann endlich auch das Sensorium frei wurde, ein anhaltender, ruhiger Schlaf eintrat und der Nahrungsweg seinen normalen Stand wieder einzunehmen begann. Von nun an schritt der Kranke allmälig der Genesung entgegen, welche zwar nach 85 Tagen eingetreten, jedoch erst mit dem 138. Tage der Behandlung und dem seiner Entlassung von hier vollständig erreicht war.

Die Behandlnug anlangend, so war sie im Wesentlichen dieselbe, wie in unserem zuerst mitgetheilten Falle, und wie die des Typhus überhaupt, worauf wir der Kürze wegen verweisen wollen [1]). Abweichend hiervon war in dem vorliegenden Falle, dass, wegen des heftigen Congestivzustandes im ersten Stadio, wir längs der Wirbelsäule eine Doppelreihe blutiger Ventosen appliciren, zuerst grosse und seltene, darauf kleinere Dosen Calomel so lange (etwa 8 Tage lang) darreichen, den Kopf kalt fomentiren liessen etc., bis der weiter vorgeschrittene Localisationsprocess, sowie der concrete Stand der Krankheit die Anwendung anderer entsprechender Heilmittel gebot. Die einleitende Behandlungsweise differirte bei diesem, im Vergleiche mit der bei dem vorjährig erzählten Falle, analog den ersten Stadien beider Fälle selbst. Während hier der Localisationsprocess vorzugsweise eine (örtliche) Alteration des Gefässlebens bewirkte, war dort, durch Reflexwirkung, das spinale Nervencentrum von vorn herein so afficirt, dass seine Paralyse in naher Aussicht stand; daher hier der *Apparatus antiphlogisticus*, dort die belebende, gegenreizende Methode indicirt war. (Vergl. a. a. O.)

2) *Haematus externus*. Aeusseres Blutohr. Eine seltene und höchst interessante Erscheinung ist das bei gewissen Geisteskranken vorkommende schnelle Entstehen und Verschwinden einer Geschwulst an dem äusseren Ohre. Es erhebt sich nämlich oft innerhalb 24 Stunden, bei gleichzeitiger Verdickung der knorpelichen Ohrtheile, ihr häutiger Ueberzug, indem derselbe durch ecchymosirtes Blut von seinem knorpelichen Skelette getrennt und in wenigen Tagen zu einer oft hühnereigrossen, blasenförmigen Geschwulst ausgedehnt wird, wodurch die Apertur des äusseren Gehörganges verschlossen und dem Ohre die Aehnlichkeit einer Schote von *Colutea arborescens* verliehen wird. Die Geschwulst ist von blaurother Farbe, convex, flach wellenförmig, zur Zeit ihrer grössten Ausdehnung gespannt, fluctuirend und schmerzhaft; ihr Inhalt giebt sich als Flüssigkeit zu erkennen, an welcher man bei auffallendem Sonnenlichte die Blutfarbe wahrnimmt und die, durch Acupunctur zum Aussickern gebracht, als venöses Blut sich darstellt. Noch während der Zurückbildung auf dem einen Ohre, entwickelt sich auf dem der entgegengesetzten Seite dieselbe Erscheinung, oder es wird diese an beiden Ohren zu gleicher Zeit wahrgenommen. In 3 — 4 Wochen hat der Rückbildungs- (Resorptions-) Process seinen Verlauf vollständig beendet. Nach einem gleich langen Zeitraume, zuweilen auch erst nach grössern Intervallen, tritt dann von neuem die Geschwulst auf, deren Verlauf in derselben Weise stattfindet. Das Wesen dieser eigenthümlichen Krankheitsform beruht auf einer, bis fast zur Paralyse herabgesunkenen und mit allmäliger Ver-

[1]) Unser vorjähriger Jahresbericht pag. 40 ff. Jahresbericht 1847 — 48. Nordhausen, 1849. Büchting. pag. 26 ff.

---

wovon wieder entlassen wurden: von der äusseren Station 20 männl., 38 weibl., von der inneren Station 25 männl., 173 weibl., in Summa 256, während 8 weibliche innere Kranke starben, und zwar waren darunter nur 2 an der Cholera, die übrigen daran Erkrankten genasen. In Behandlung blieben auf der äusseren Station 2 männl., auf der inneren 1 männl., 7 weibl., im Ganzen 10 Kranke.

Im Jahre 1849 wurde nur für 1076 Personen abonnirt; ob diese niedrigere Zahl Folge des auf 1 Thaler erhöhten Abonnementspreises war, ist schwer zu bestimmen, doch ist es wahrscheinlich; die Kasse hatte dabei keinen effectiven Schaden, weil der gesteigerte Beitrag doch eine höhere Summe erzielen machte. Es erkrankten von diesen Abonnenten verhältnissmässig sehr viele, denn die Krankenzahl beläuft sich auf 236; daran ist aber theils wiederum die Cholera Schuld, theils sind es Wechselfieber und Pocken, welche so viele Patienten lieferten.

Behandelt wurden

auf der äusseren Station	19 männl.,	33 weibl.,	Summa 52
auf der inneren Station	31 männl.,	153 weibl.,	Summa 184
			Total 236

Entlassen wurden

von der äusseren Station	15 männl.,	29 weibl.,	Summa 44
von der inneren Station	28 männl.,	134 weibl.,	Summa 162
			Total 206

Gestorben sind auf der äusseren Station 1 männlicher, auf der inneren 1 männlicher, 9 weibliche Kranke, worunter auch nur 2 der Cholera erlagen, während die übrigen genasen; in Behandlung blieben demnach 3 männliche, 4 weibliche äussere, 2 männliche, 10 weibliche innere, Summa 19 Kranke, was darin seinen Grund hat, dass gerade in den letzten Tagen des December verhältnissmässig viel Patienten die Aufnahme nachsuchten.

Mit dem Jahre 1850 stieg die Zahl der Abonnenten wieder auf 1462, es erkrankten aber von diesen auch eine bedeutende Menge, woran die gleichzeitig herrschenden Epidemien der Pocken, des Scharlachfiebers und der Cholera vornämlich Schuld sind; 358 neue Kranke nämlich wurden auf das Krankenhaus aufgenommen, welche sich den Stationen nach folgendermaassen vertheilen:

auf der äusseren Station	42 männl.,	32 weibl.,	Summa 74
auf der inneren Station	46 männl.,	238 weibl.,	Summa 284
			Total 358

Von diesen litten 50 an den Pocken und 20 an der Cholera; entlassen wurden

von der äusseren Station	41 männl.,	32 weibl.,	Summa 73
von der inneren Station	40 männl.,	227 weibl.,	Summa 267
			Total 340

Gestorben sind 4 männliche und 8 weibliche innere Kranke, und zur Behandlung blieben 1 männlicher äusserer, 2 männliche und 3 weibliche innere Kranke. — — —

Neben dieser Gesinde-Krankenkasse besteht nun bis jetzt noch auch eine Gesellen-Krankenkasse, indem mehrere Gewerke, namentlich die Schuhmacher, die Schneider, die Tischler, die Schlosser, Stellmacher, Sattler, Stuhlmacher, Handschuhmacher, mit der Armen-Deputation unter Zustimmung der städtischen Behörden ein jährliches Abonne-

nichtung des höhern Seelenorgans gleichen Schritt haltenden, gradweise eingetretenen Verminderung des vasomotorischen Nervenlebens, deren nächste Folge, Blutentmischung, am leichtesten an solchen peripherischen Kopftheilen zur Wahrnehmung kommt, welche in anatomisch-physiologischer Beziehung auf einer niedern Stufe stehen, wie die äussern Ohrgebilde; durch Ablagerung eines dyskrasischen Productes auf die Ohrknorpel als *Locus minoris resistentiae* werden dieselben aufgelockert, verdickt, das in den Capillaren stagnirte Blut tritt, vermöge der gesunkenen Innervation, aus seiner Bahn (passives hämorrhagisches Exsudat) und schoppt sich ecchymotisch im Unterhautzellgewebe an.

Diese pathogenetische Ansicht wird durch die Erfahrung in sofern bestätigt, dass man die Ohrblutgeschwulst vorzugsweise bei erwachsenen Blödsinnigen, oder bei solchen chronischen Geistesgestörten anzutreffen pflegt, welche entweder eine bereits von Jugend auf bestandene, oder späterhin erfolgte, immer aber im Fortschreiten begriffen gewesene organische Destruction des Gehirns (Malacie, Tuberkel, pathologische Neubildungen etc.) besitzen. So wie bei einem derartigen pathologischen Vorgang die geringste Störung allmälig bis zur völligen Vernichtung herabsinkt, hält damit auch die Abnahme des physischen Lebens gleichen Schritt, es treten dann acinetische Erscheinungen auf, mit welchen gleichzeitig der Untergang des Individuums gegeben ist. Die der Genesis dieser Krankheit, ihrem Verlaufe und Ausgange entsprechenden Symptome lassen die Existenz einer vorhandenen Desorganisation der Nervencentra ausser Zweifel. So beobachteten wir: stierer, düsterer, stupider, theilnahmloser, von der Aussenwelt abgelenkter Blick, ungleichmässig sich contrahirende, polygonisch verzerrte Pupillen, Schwäche, Abnahme der niedern Sinne, unverständliche, stotternde Sprache, oder öfteres Wiederholen Anfangs richtig begonnener, bald aber in Verwirrung sich auflösender Redesätze, mühsamer, unsicherer, stolpernder, wankender Gang, ähnlich dem Berauschter, Trägheit in den Muskelactionen, daher gewöhnlich tagelanges Verharren auf einer und derselben Stelle, langsame, schwerfällige, oftmals durch Seufzen unterbrochene Respiration, retardirter, langsamer Aderschlag, Torpidität im Digestionsapparate, bis zur Verdauungslosigkeit gesteigert, deshalb grosse Abmagerung bei sonst gutem Appetite, welcher fast immer in Gefrässigkeit ausartet, paralytische Erscheinungen, zumal unfreiwilliger Koth-, Harn- und Saamenabgang, convulsivische Bewegungen erst einzelner Muskelpartien, später in allgemeine clonische Krämpfe übergehend, Tod durch Apoplexie.

In Rücksicht auf das Wesen dieser Krankheitsform ist deren Prognose und Therapie im hohen Grade ungünstig, und kann letztere sich nur auf eine symptomatische beschränken, indem man durch seichte Nadelstiche den blutigen Inhalt zu entleeren, durch Application örtlich belebender Mittel die Resorption, das in allen seinen Dimensionen gesunkene Nervenleben aber durch innere Reizmittel anzufachen sucht.

3) *Methysmus acutus.* (Fortsetzung. [1]) Eine klare Anschauungsweise von der Genesis einer Krankheit ist für die Therapie derselben von grösster Wichtigkeit. Die heutige Schule hat hierzu mächtige Hülfsmittel geboten, denen man selbst die ansnlogischen Classificationen zufügen kann. Diese Wahrheit bezieht sich auch auf die Nosographie des sogenannten *Delirium potatorum* mit seinen Folgen, welches wir a. a. O. von theoretisch-praktischer Seite beleuchteten, hiernach ihm, unter Bezeichnung seiner Arten, den ihm gebührenden Platz im Systeme anwiesen und eine zweckentsprechende Therapie angaben. Indem wir, um Wiederholungen auszuweichen, auf jene Mittheilungen verweisen, knüpfen wir unsere fortgesetzten Beobachtungen über den Methysmus hier an, als Belege für den praktischen Nutzen unserer dort ausgesprochenen Ansicht. Der Verständlichkeit wegen sei jedoch nachstehende aphoristische Einleitung erlaubt.

[1]) Jahresbericht 1848—49. Sep.-Abdruck pag. 14 ff.

Die durch den Genuss alkoholhaltiger Flüssigkeiten gradweise erfolgte Blutentmischung äussert sich, wie a. a. O. gezeigt ist, in einer doppelten Form: *Methysmus acutus (Delirium potatorum)* und *Methysmus chronicus.* Während die letztere vorzugsweise die aus der Dyskrasie entstandenen consecutiven organischen Destructionen begreift, zeigen sich bei der erstern mehr primäre Erscheinungen gestörten Blut- und Nervenlebens, welche, wie solches ebenwohl bei der chronischen Form vorkommt, in unbestimmten, jedesmal nach Einwirkung besonderer Schädlichkeiten eintretenden Perioden (Anfall, Ausbruch) sich kund geben. Wir haben a. a. O. erwähnt, dass die Anfälle der acuten Form am liebsten mit und nach Entzündungskrankheiten eintreten, wie u. a. bei Pneumonien. Hierüber haben uns mehrfache Beobachtungen aus früherer Zeit, wie in dem verflossenen Behandlungsjahre, wiederholt Belehrungen ertheilt. Unter den hierhergehörigen Fällen zeichneten sich besonders folgende aus:

a) Ein in unserer Heilanstalt schon mehrere Mal an *Methysmus chronicus* behandelt wordener, 28 Jahre alter, an Leberhypertrophie leidender Taglöhner, hatte sich, bei seinem Geschäfte als Colporteur, schweisstriefend einem heftigen Zugwinde ausgesetzt und hierdurch eine bedeutende Lungenentzündung zugezogen. Neben den vollkommen ausgeprägten Symptomen dieser Entzündungskrankheit bestanden von vorn herein gleichzeitig die des *Methysmus acutus*, wie: grosse Unruhe, Schlaflosigkeit, Gliederzittern, Irrreden, Gesichtstäuschungen, glänzende, in die Orbiten zurückgezogene Augäpfel, kalter, klebriger Schweiss über den ganzen Körper, unterdrückte Harn- und Darmthätigkeit u. dgl. m.; er hatte einen inflammatorischen, unterdrückten, beim 5—7. Schlage aussetzenden Puls, und würde ohne Zweifel öfter sein Bett verlassen haben, wenn nicht heftige, mit Dispnöe verbundene Brustschmerzen ihm geboten hätten, fast anhaltend in der Rückenlage zu verharren. Als nach 48 Stunden auf Anwendung einer ausgedehnten antiphlogistischen Behandlung Verschlimmerung des Uebels einzutreten schien, wurden halbstündlich 16 Tropfen der *Tinct. Opii crocata* dargereicht, bis Patient, obwohl erst auf den Verbrauch von 3 Drachmen (= 36 Gran), nach 36 Stunden in Schlaf verfiel. Während des Schlafes, welcher an 10 Stunden dauerte, hatte der Kranke nicht Einmal gehustet, sich auf seine linke Seite gelegt (was ihm früher unmöglich gewesen) und ruhig, wiewohl etwas rasseltönend respirirt; nach dem Erwachen expectorirte er dann noch einige Male roth

---

ment abgeschlossen haben, wonach sie gegen ein festgesetztes vierteljährlich pränumerando zu zahlendes Geld berechtigt waren, ihre erkrankten Gesellen ohne weitere Umstände nach dem Krankenhause zu schicken. Es hatte seine besonderen Schwierigkeiten, hierbei das richtige Verhältniss zu treffen, indem die Gesichtspunkte, von denen man bei der Einrichtung einer Gesellen-Krankenkasse ausgehen muss, von denen, die bei der Ausführung einer Gesinde-Krankenkasse leitend sind, wesentlich verschieden sich darstellen. Es abonnirt z. B. hier nicht der einzelne Meister für seine bestimmten Gesellen, sondern die Gesellenschaft für eine gewisse Zahl, und gerade die Aufstellung dieser Zahl hat in den meisten Gewerken ihre Schwierigkeit, da die Menge der Gesellen durch das fortwährende Wandern, oder durch mehr oder minder stark gehende oder ganz ruhende Arbeit in den verschiedenen Jahreszeiten bei den einzelnen Gewerken sehr dem Wechsel unterworfen ist; manche der einheimischen Gesellen ferner treten wohl nicht der Krankenkasse bei, und dann endlich sind zuwandernde Gesellen des Gewerkes entweder schon krank bei ihrer Ankunft, oder erkranken noch ehe sie in ein festes Arbeitsverhältniss getreten sind, und verlangen Aufnahme auf das Krankenhaus. — Es wurde daher bei den einzelnen Gewerken die Gesammtzahl der Gesellen so viel als möglich genau zu ermitteln gesucht, wenn sie ein Abonnement eingehen wollten, und nach einem Durchschnitt eine bestimmte Zahl angenommen, wofür dann pro Kopf 1 Thlr. bezahlt werden musste; es wurden ausserdem noch folgende Bedingungen aufgestellt:

§. 1. Es werden nur solche Gesellen, die zur Zeit ihrer Erkrankung hier in einem festen Arbeitsverhältnisse gestanden und zur Kasse beigetragen haben, als zum Abonnement gehörig betrachtet.

§. 2. Venerische Gesellen bleiben vom Abonnement ausgeschlossen.

§. 3. Die Aufnahme kranker Gesellen in das Krankenhaus erfolgt nur gegen Vorzeigung eines vom Vorstande der Krankenkasse ausgestellten Attestes, dass der Geselle zur Krankenkasse gehöre.

§. 4. Die . . . . gesellen-Krankenkasse zahlt für die Kur und Verpflegung ihrer kranken Mitglieder im Krankenhause für dieses Jahr eine Abfindung von . . . Thlr. in Quartalraten pränumerando. —

Bei dieser bis jetzt beliebten Einrichtung hat aber die Stadtkasse bedeutenden Schaden erlitten, der besonders im verflossenen Jahre, wo freilich die Pocken und die Cholera, wie schon erwähnt, so viele Kranken lieferten, in sehr merklicher Weise auftrat, und daher haben die Stadtbehörden für dieses Jahr das Bestehen des Abonnements mit den Gesellenschaften nur bis zum 1. Juli genehmigt, wo alsdann wahrscheinlich die Einführung des vom Ministerium bestätigten Ortsstatuts geschehen sein wird, wodurch dann auch die Gesellenkassen geordnet sein und für die Zukunft bestimmte Unterlagen sich darbieten werden, nach denen die genauere Zahl der durchschnittlich anwesenden Gesellen ermessen und der Abonnementssatz regelrechter bestimmt werden kann, so dass der Stadtkasse nicht ferner ein gleich grosser Schaden erwächst.

gefärbte Sputa, vermochte frei und tief zu inspiriren, ohne im mindesten Schmerz zu empfinden und war frohen Gemüthes. Sein Habitus war total verändert, nichts Abweichendes zeigend; der Puls verhielt sich fast normal, er war etwas klein und härtlich, die Haut war warm, der Durst noch gering; es fand Abgang einer grossen Menge dunkelgelben Harnes statt, welcher viel Harnsäure enthielt. Das Opium wurde in grössern Zwischenräumen und kleinern Gaben fortgegeben, später die Imperatoria mit unserem *Elix. vitrioli amarum* gereicht und Patient nach einer neuntägigen Behandlung geheilt entlassen.

b) In Folge plötzlich unterdrückter Hautthätigkeit entstand bei einem 34 Jahre alten Tagelöhner Pleuritis. Die physikalische Untersuchung wies Bildung plastischen Exsudates nach, und alle Symptome deuteten auf Heftigkeit der Krankheit. Dieselbe hielt sich bis zum sechsten Tage auf gleicher Höhe, obschon bis daher und in Betracht, dass Patient schon öfter an chronischen Lungenkrankheiten gelitten, ein mässiges antiphlogistisches Heilverfahren beobachtet worden, dann traten die Erscheinungen des *Methysmus acutus* in derselben, wie im vorigen Falle erwähnten Weise auf. Der Kranke erhielt nun innerhalb 24 Stunden, unter halbstündigen Zwischenräumen, im Ganzen 2 Drachmen Laudanum, worauf ein erquickender Schlaf folgte, mit dessen Ende auch die pleuritischen Erscheinungen verschwunden waren. Durch den nachfolgenden Gebrauch des mit Opium verbundenen Goldschwefels und Calomels bildete sich die faserstoffige Ausscheidung zurück, und nachdem das bereits von früherer Zeit geschwächt gewesene Lungenorgan, sowie der Gesammtorganismus durch Roborantia wieder gekräftigt war, verliess Patient nach 28 Tagen geheilt die Anstalt.

c) Mit den Zeichen der Pneumonia, combinirt mit denen der acuten Alkoholnarkose, wurde ein 26 Jahre alter Fabrikarbeiter, als der schleunigsten Aufnahme bedürftig, unserer Heilanstalt zugewiesen. Die Lungenentzündung desselben war nicht so heftig, als in den beiden vorerwähnten Fällen, wogegen der *Methysmus acutus* sich durch maniatische Delirien, absonderliche Visionen, bedeutendes Muskelzittern und Agrypnie scharf markirte. Sogleich nach seiner Aufnahme erhielt Patient die safranhaltige Opiumtinctur halbstündlich zu 12 Tropfen, deren Wirkung nach 16 Gaben so vollständig eintrat, dass der, wegen seiner tobsüchtigen Excesse in einer Zwangsjacke gefesselte Patient, in einen 8 Stunden langen andauernden sanften Schlaf verfiel, aus welchem er heiter erwachte, des jüngst Vergangenen sich nicht bewusst. Während des Schlafes war ein warmer allgemeiner Schweiss ausgebrochen, welcher noch nach dem Erwachen mehrere Stunden fortbestand. Sämmtliche pneumonische Erscheinungen waren nun verschwunden; Patient klagte über grossen Hunger; alle Lebensverrichtungen hatten ihren normalen Gang. Nach einer kurzen Nachcur mit Imperatoria und *Elix. vitrioli amarum* wurde nach 9 Tagen der Kranke völlig gesund entlassen.

d) Ein 42 Jahre alter, dem Branntweingenusse in einem hohen Grade ergebener Fabrikarbeiter, bereits mehrfach von Rheumatosen heimgesucht, kam mit einer, den ganzen Bulbus beherrschenden und Zerstörung desselben androhenden, *Ophthalmia rheumatica*, welche mit fieberhaften Erscheinungen begleitet war und schon 8 Tage lang bestanden hatte, zu. Am folgenden Tage nach seiner Aufnahme stellten sich die Symptome des *Methysmus acutus* so excessiv ein, dass ein Fesseln des Kranken nöthig ward. Als man ihm 1½ Gran Opium (Substanz) in 3 Dosen ohne Wirkung dargereicht hatte, erhielt derselbe jede halbe Stunde 12 Tropfen von der *Tinct. Opii crocata*. Doch auch diese Dosis zeigte sich unzureichend, da sie nur einen vorübergehenden Schlummer bewirkte, aus welchem Patient durch das leiseste Geräusch erweckt wurde und dann um so heftiger delirirte. Es wurde daher das Quantum jener Tinctur auf 18 Tropfen (halbstündlich) erhöht und hiermit denn auch, wiewohl erst am dritten Tage, der beabsichtigte Zweck erreicht, nachdem der Kranke 6 Drachmen Laudanum und 1½ Gr. Opium in Substanz, im Ganzen also 73½ Gr. Opium consumirt hatte! Derselbe schlief 9 Stunden lang ununterbrochen, sanft und ruhig, schwitzte dabei über den ganzen Körper und erwachte mit dem freudigen Ausrufe: „Gott sei Dank, meine Augenschmerzen sind fort, ich kann wieder sehen.“ Und in der That hatte sich die Entzündung wesentlich vermindert, dergestalt, dass die frühere wallförmige Entzündungsgeschwulst, in deren Mitte die Hornhaut gleichsam vertieft erschien, eingesunken war und sich nicht mehr so intensiv geröthet zeigte. An dem Pulse nahm man zwar noch einige Gefässreizung wahr, indessen entschwand durch den nun indicirten Gebrauch eines Imperatoria-Absudes, welchem Brechweinstein in grosser Menge beigemischt war, sowohl der noch vorhandene Rest jener Reactionserscheinung, als auch der der Entzündung selbst, so dass unser *Elix. vitrioli amarum* die Cur beschloss, während welcher ein nur geringes topisches Verfahren stattgefunden hatte. Nach 16 Tagen verliess Patient geheilt unsere Anstalt.

Indem wir uns auf diese kurzen Mittheilungen beschränken, wollen wir noch eines interessanten Falles gedenken, wo der acute Methysmus auf Epilepsie folgte, weil derselbe zu den seltenern Vorkommnissen gehört.

Der Kranke, ein als Trunkenbold berüchtigter, 46 Jahre alter Tagelöhner war, im Rausche befindlich, auf der Strasse von clonischen Krämpfen befallen worden. Bei seiner alsbaldigen Aufnahme erkannten wir das Leiden als Cerebral-Epilepsie, deren Anfälle unter mehrstündigen Pausen zurückkehrten. Nachdem sein Rausch entschwunden war, klagte Patient in der krampffreien Zwischenzeit über grosse Hinfälligkeit, Schwere des Kopfes, Schwindel, Appetitmangel, saueres Aufstossen, grossen Durst; er würgte sich zeitweise, taumelte, wenn er das Bett verliess, mit unsicherer Richtung beim Fortschreiten dahin, erfasste dann mehrere Gegenstände, um sich an diesen festzuhalten, wobei sich eine grosse Muskelunruhe kund gab. Sein Erinnerungsvermögen war sehr gering, der Ideengang kurz, die Sprache unverständlich, langsam, es dauerte einige Minuten, ehe auf die gestellten Fragen eine Antwort erfolgte, wobei Patient dem Fragenden mit stupider Miene anstierte und Nasenflügel und Mundwinkel in die Höhe zog. Die Augäpfel lagen tief in ihren Höhlen, der Blick war leblos, die Pupille erweitert, in den Gesichtszügen war Collapsus ausgedrückt. Seine Haut war rigid, schmutzig gelb von Farbe, die Harnabsonderung unterdrückt, der Stuhlgang träge, der Aderschlag langsam (= 55), klein und hart. Die epileptischen Anfälle nahmen während der ersten 48 Stunden allmälig ab, hörten am dritten Tage gänzlich auf, wo statt ihrer die Zeichen des *Methysmus acutus* in die Erscheinung traten, wie namentlich grosse Unruhe, Aengstlichkeit, Sinnestäuschungen, Gliederzittern und Schlaflosigkeit. In Betracht der gestörten Chylopoëse hatte man die Cur des Kranken mit bitterstoffigen Mitteln (*Absynthium*, *Trifolium* in Verbindung mit aromatisch-ätherischen Präparaten) eingeleitet, hierauf die Secretionsthätigkeit des Darmrohrs durch gelinde Mittelsalze anzuregen gestrebt, denen man, als die Zeichen des Methysmus eintraten, grosse Dosen von Brechweinstein zusetzte. Als jedoch am 4. Tage sich das *Delirium tremens* in den Vordergrund gestellt hatte, erhielt Patient die safranhaltige Opiumtinctur halbstündlich zu 8 Tropfen, dann zu 12, endlich zu 16 Tropfen rasch gestiegen, bis deren Wirkung durch Eintreten eines anhaltenden Schlafes nach 6½ Stunden erfolgt war. Der Kranke hatte in 14 Gaben 180 Tropfen der genannten Tinctur, somit beiläufig 24 Gran Opium in Substanz genommen. Als derselbe nach 5 Stunden erwachte, erkannte er seine Umgebung, fühlte sich zwar matt, war jedoch Herr seiner Musculatur; das Gliederzittern war verschwunden, sein Gang sicher, fest; er entleerte viel und oft Harn; Anfälle von Epilepsie kamen nicht mehr vor. Patient bekam nun einen Aufguss von Imperatoria und Valeriana mit einigen Tropfen Laudanum versetzt, dies, unter allmäliger Verminderung der Quantität des letzteren, bis zu seiner am 14. Tage vollendeten Genesung. Zehn Wochen nach derselben recidivirte der Kranke in der angegebenen Weise, wiewohl die epileptischen Anfälle in längern Pausen und minder heftig eintraten. Es wurde auch jetzt, und zwar sogleich, die *Tinct. Opii crocata* in der oben erwähnten Vorschrift dargereicht, aber erst nach Verbrauch von einer halben Unze (= 48 Gran Substanz) innerhalb 24 Stunden Schlaf herbeigeführt. Die Imperatoria machte mit dem *Elix. vitrioli amarum* ebenwohl wieder den Schluss der nach 12 Tagen Heilung bewirkten Behandlung.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen aus dem Kinder-Hospital zu München.

Von

Dr. Hauner,

Privatdocent und Arzt am Kinder-Spital.

Steinschnitt an einem 6 Jahre alten Knaben [1]).

Die Lithotomie, von der ich nun spreche, wurde an Philipp Demler, dem 5 Jahre alten Bauerssohne von Farchach, Landg. Wolfratshausen, gemacht. Der Knabe soll bis zu seinem dritten Lebensjahre nach Angabe der Eltern vollkommen gesund gewesen sein. In dieser Zeit bekam er plötzlich Schmerzen beim Uriniren, die sich häufig wiederholten, und für die, weil dazumal keine Exploration vorgenommen wurde, viele innere und äussere Mittel vergebens zur Anwendung kamen. In einem ziemlich leidenden Zustande brachte so der Knabe die Zeit bis zum vorigen Frühjahre hin. Um diese Zeit nahmen die Schmerzen beim Uriniren, bei Stuhlentleerung und bei einigermassen anstrengender Bewegung im hohen Grade zu, und man suchte, wie es bei chronischen Uebeln, und namentlich auf dem Lande, sehr oft zu gehen pflegt, bald hier, bald dort Hülfe gegen dieses Leiden. Uebrigens wurde die Gegenwart eines Blasensteins schon durch

[1]) Vortrag im ärztlichen Verein zu München am 5. März 1851.

die Physikatsärzte zu Wolfratshausen und Starenberg erkannt, aber zu einer Operation, aus uns unbekannten Gründen, nicht geschritten.

Am 2. Oct. v. J. nun wurde Ph. Demler ins Kinderhospital dahier aufgenommen. Der Knabe war für sein Alter etwas klein, aber nicht schwach gebaut, hatte ein schwarzbraunes, beinahe icterisches Aussehen, etwas tief liegende, trübe Augen, zeigte sich aber im Uebrigen völlig gesund. Seine Schmerzen beim Uriniren, bei harter Stuhlentleerung etc. waren um diese Zeit so heftig und so lange andauernd, dass er manchmal wie ein Rasender sich geberdete, aus dem Bette sprang, mit den Händen sich die Geschlechtstheile und den Leib heftig zerrte und im Zimmer wie toll hin und herlief; der Urin floss fast beständig tropfenweise ab, und es konnte durch Unterlegung von Schwämmen und in Gescbirren nur wenig gesammelt werden; derselbe zeigte ein schleimiges, trübes Sediment. Die am 4. Oct. mittelst eines Katheters durch die Urethra und durch den After mit einem Finger vorgenommene Untersuchung zeigte die Gegenwart eines ziemlich grossen und beweglichen Steines in der Blase.

Da ich meinem Freunde Dr. Ludwig Walther versprach, bei einem geeigneten Falle von ihm die Lithotripsie, die er schon einigemal auch bei jugendlichen Kranken mit Erfolg ausgeübt haben will, machen zu lassen, so wurde Ph. Demler hierzu bestimmt. — Es ist hier am Platze, einige Worte über die Zulässigkeit der Lithotripsie bei Kindern zu sprechen, und ich erlaube mir zu bemerken, dass es, obwohl grosse Operateurs, als Miehon, Roux, Guersant und andere dagegen sich aussprechen, erst kürzlich in einer Sitzung der Akademie zu Paris zu einer lebhaften Discussion über diesen Gegenstand kam, und hierbei sich Hr. Dr. Segalas eine Parallele zwischen der Lithotomie und Lithotripsie bei Kindern zu ziehen erlaubte, und sich dahin aussprach, dass letztere in seiner Praxis des meisten Erfolges sich zu erfreuen gehabt hätte. — Dr. Segalas hat nämlich 26 Kinder der Lithotripsie unterworfen, von diesen 26 Kindern war eins noch nicht 2 Jahre alt, 6 zwischen 2 und 3 Jahren, 3 zwischen 4 und 5 Jahren. Alle wurden geheilt. Die Sitzung dauerte verschieden. Es waren 23 Oxalatkalksteine, 14 davon waren rein und 9 mit andern Substanzen vermengt. — Auch Guersant giebt der Steinzertrümmerung vor dem Steinschnitte, obwohl nur bei Mädchen, den Vorzug, und zertrümmert in 3—5 Sitzungen die grössten und härtesten Steine mit Leichtigkeit; er bedient sich dabei eines ziemlich dicken Percuteurs [1]).

Nach diesem kann also der Einwurf keine Geltung mehr finden, dass die Lithotripsie bei Kindern gar nie gemacht werden dürfe; nach unserer individuellen Ansicht dürfte und sollte sie sogar immer gemacht werden, wenn wir erst durch Dexterität, vorzüglich aber durch ein passendes Instrument, das eben auch im vorliegenden Falle uns grosse Hindernisse setzte, dahin gekommen wären, diese Operation, die gewiss hinsichtlich der Gefährlichkeit den Vorzug vor der Lithotomie verdiente, in kürzerer Zeit und mit weniger Umständlichkeiten und Schmerzen machen zu können.

Wegen Unausführbarkeit der Lithotripsie in kürzerer Zeit, als wir erwarteten, eben wegen eines nicht ganz passenden Percuteurs, und weil der Kranke durch die Vorbereitungskur hierzu und wohl auch durch das ungewohnte Leben im Spitale anfing, leichte gastrische Zufälle zu bekommen, wurde davon gänzlich abgestanden und durch meinen verehrten Herrn Collegen und Freund Dr. Thiersch, der schon mehrmals die Güte hatte, im Kinder-Spitale zu operiren, die Lithotomie gemacht.

Nachdem der Kranke einen Tag vor der Operation ℥β *Ol. Ricin.* bekommen hatte, wurde ihm am Morgen des Operationstages ein Clysma gesetzt, und um 3 Uhr Nachmittag unter Betäubung mit Chloroform die Operation vollzogen. Hr. Dr. Thiersch wählte den Bilateralschnitt nach Dupuytren, da der Stein zu den grösseren gehörte, und diese Methode eine grosse Oeffnung zu machen gestattet, ohne Gefahr zu laufen, die *Art. pud. intr.* oder eine ihrer Aeste an ihrem Ursprunge zu verletzen; die mit dieser Methode verbundene beiderseitige Durchschneidung der *Ductus ejaculatorii* fürchtete der Operateur nicht, da nach der einseitigen Durchschneidung beim Lateralschnitt seines Wissens niemals Störungen in der Saamenleitung des betreffenden Hodens zurückblieben. Das Instrument wurde auf 14 Linien gestellt, wobei man einen Schnitt von 12 Linien Länge erhalten soll. Der Verlauf der Operation bietet kein besonderes Interesse, die Ruhe und Sicherheit des Operateurs war Bürge für den guten Erfolg. Das erste Mal bekam er den Stein in seinem grössten Durchmesser, bald darauf aber in seinem breiten Durchmesser von 11 Linien zu fassen, worauf er ihn mit Leichtigkeit ausziehen konnte.

Nach der Operation bekam der Knabe einige Tropfen Laudanum, wurde mit eng aneinander geschlossenen Beinen ins Bett gebracht, erhielt eine Eisblase aus Perinäum und ward ihm an die Wunde ein weicher Schwamm gelegt, der in Eiswasser getaucht, halbstündlich gewechselt wurde. Die Diät wurde aufs sorgfältigste regulirt. Die Reaction war eine äusserst mässige. Am 8. Dec., also am 35. Tage nach der Operation, wurde der Knabe vollkommen genesen und erstarkt, mit blühendem Aussehen, ohne den mindesten Schmerz oder irgend eine Behinderung beim Uriniren, in seine Heimat entlassen.

[1]) Geh. Med.-Rath Langenbeck hat vor 14 Tagen bei einem sechsjährigen Mädchen einen mehr als taubeneigrossen Stein zertrümmert und entfernt. Der Stein hatte sich um eine grosse Stecknadel, die im zweiten Jahre in die Blase des Kindes gekommen sein muss, gebildet, und es wurde dieselbe gleich bei der ersten Session incrustirt hervorgezogen. Ich behalte mir vor, den Fall näher mitzutheilen. Göschen.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

(Fortsetzung aus No. 15.)

5. Psychiatrie.

Brougham, Ueber partiellen Wahnsinn oder Monomanie. Ann. med.-psych., Jan.

Duchek, Ueber Blödsinn mit Paralyse. Prag. V.-J.-Schr. Heft 1.

Erlenmeyer, Bericht über die während des Jahres 1850 in der Heilanstalt zu Bendorf behandelten Kranken. Pr. Vereins-Z. No. 5 u. 7.

Falret, Ueber Geisteskrankheiten. Gaz. des hôp. 2. 5. 7.

Ferrus, Ueber Kropf und Cretinismus. Bull. de l'Acad. nat. XVI. 7.

Londoner Journal für psychologische Medicin und Irrenheilkunde, Jan., enthaltend:

- Die grosse Ausstellung des Jahres 1851.
- Das Weib in seinen psychologischen Beziehungen.
- Ueber die psychischen Fortschritte der Nationen.
- Die Irrenhäuser Irlands.
- Die Wirkungen der Stimulantia bei Irren.
- Zur Statistik der Geisteskranken in England.
- Die Theorie des Irrseins.
- Webster, Ueber einen Besuch der Irrenhäuser in Frankreich.
- Beschreibung eines neuen Fensters für Irrenhäuser.
- Bericht, bezüglich des Boston Lunatic Asylum.
- Der Fall von Mr. Dyce Sombre.
- Der Census von 1851 in Bezug auf öffentliche und Privat-Irrenanstalten.
- Ueber die Erziehung der Idioten.
- Correspondenzen.

Manie von in's Fleisch gestossenen Nadeln. Dublin Press No. 626.

Monro, *Remarks of insanity. Its nature and treatment.* London, 1851. Churchill.

Parchappe, Symptomatologie der Narrheit. Ann. med.-psych., Jan.

Pettigrew, Ueber die wohlthätigen Wirkungen der Sumbul in einem Fall von geschwächter Intelligenz und Amenorrhöe. Lancet, Jan.

Wood, Ein Fall von Geisteskrankheit, als Folge von Bandwurm, durch Kousso geheilt. Lancet, Jan.

6. Toxicologie.

Aguilhon, Arsenikvergiftung. Ann. d'hyg., Jan.

Chevallier, 1) Vergiftung mit Arsenik. 2) Vergiftung mit schwefelsaurem Eisen. Ann. d'hyg., Jan.

Deutsch, Vergiftung durch verdorbene Würste. Pr. Vereins-Ztg. No. 4.

— Vergiftung durch die äussere Anwendung der Canthariden. Ibid. No. 5.

— Vergiftung durch Schmalte (Kobalt). Ibid. No. 6.

— Vergiftung durch Taback. Ibid. No. 8.

Devergie, Vergiftung durch Laudanum. L'Union 9.

Döring, Arsenikvergiftung. Hannov. Corresp.-Bl. I. 21.

Foucart, Vergiftung mit Kupfer. Gaz. des hôp. 7.

Hamon, Kohlenstoffvergiftung und in Folge dessen Muskelkraftlosigkeit der oberen und unteren Extremitäten. Ibid. 12.

Limousin-Lamothe, Vergiftung mit Eisenvitriol. Ibid. 6.

Ogston, Fälle von Arsenikvergiftung. Lond. Gaz., Jan.

Robinson, Ueber Vergiftung mit Arsenik. Americ. Journ., Jan.

Williams, Vergiftung mit Aetzsublimat. Ibid.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 17. 26. April 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Jahresbericht aus dem Landkrankenhause der Provinz Niederhessen.

Von

Dr. Aug. Ferd. Speyer,
Ober-Stabsarzt, Ober-Medicinalrath und dirigirendem Arzt dieser Anstalt.

(Schluss aus No. 16.)

4) *Fractura vertebrarum colli.* Dass der Tod bei vollkommenen Brüchen der Halswirbel nicht immer augenblicklich erfolge, wie in den meisten Lehrbüchern über Chirurgie angegeben wird, sondern unter Umständen, selbst bei einer stattgefundenen Verletzung der *Medulla spinalis,* erst nach mehreren Stunden und Tagen eintreten könne, haben wir zweimal bei folgenden Fällen beobachtet.

a) Ein 49 Jahre alter Steinbrecher, von kräftigem Körperbau, stürzte von einer beträchtlichen Höhe herab auf den Kopf. Schwindel und Uebelsein verhinderten ihn an der Fortarbeit, daher er, nachdem er sich wieder wohl fühlte, zu Fusse nach seiner zwei Stunden entfernt liegenden Heimath zurückkehrte. Seiner Aussage nach, würde er am nächsten Morgen wieder an die Arbeit gegangen sein, wenn ihn nicht eine gewisse Schwäche seiner Oberextremitäten und, bei der Bewegung des Kopfes eintretende, Nackenschmerzen genöthigt hätten, ruhig im Bette zu verweilen. Hier verharrte derselbe acht Tage lang, ohne ärztliche Hülfe zu begehren, als aber inmittelst die erwähnten Beschwerden zugenommen hatten, namentlich eine vollständige Paralyse der Oberextremitäten eingetreten war, suchte er unsere Heilanstalt auf. Bei seiner Ankunft fand man die geistige Thätigkeit des Kranken ungetrübt, sein Gang war wankend, unsicher, strauchelnd, dabei hielt er den Kopf aufrecht und unbeweglich (steif), während die Oberextremitäten willenlos herabhingen, zwar aller Bewegung, doch nicht aller Empfindung beraubt waren. Die Untersuchung des Kopfes und Halses ergab nichts Wesentliches. Wurde der Kopf gelind rotirt, so empfand Patient einen mässigen Schmerz im Nacken, wo, in der Gegend des *Processus spinosus epistrophei,* sich eine geringe Geschwulst bemerkbar machte. Die Gefässreizung war unbedeutend, der Puls härtlich, etwas klein, von etwa 75 Schlägen; ausser an den Obergliedmassen wurde die Hauttemperatur normal gefunden, diese fühlten sich kühl an, ihr Tonus war vermindert. Respiration, Darm- und Blasenfunction zeigten nichts Abweichendes. In Betracht der erwähnten Symptome konnte eine exacte Diagnose nicht Platz greifen; es wurde eine (nicht dislocirte) Fractur eines der obern Halswirbel angenommen. Nach einem fünfstündigen Aufenthalte in der Anstalt verschied der Kranke plötzlich, ohne Eintritt besonderer Zufälle. Die Section zeigte Schiefbrüche der beiden Bogen des ersten Halswirbels und einen Querbruch des Zahnfortsatzes des zweiten Halswirbels, sämmtlich ohne Dislocation, zugleich ein den Bruchstellen entsprechendes, geringes blutiges Extravasat auf der Rückenmarkshülle, ohne Verletzung derselben. Bewegte man die fracturirten Knochen rück- oder vorwärts, so wichen sie so weit aus ihrer normalen Lage, dass durch den abgebrochenen *Processus odontoideus* der Wirbelkanal verengt und ein Druck von vorn nach hinten auf die *Medulla spinalis* ausgeübt wurde. Dieser Befund machte es klar, dass Patient bei streng aufrecht gehaltenem Kopfe die Verschiebung der Bruchenden verhinderte, ein entgegengesetztes Verhalten aber das Rückenmark mehr oder weniger drücken und reizen, und bei vollständiger Dislocation die physiologische Thätigkeit der Nervencentra (local und centripetal) aufheben, somit den Tod nach sich ziehen musste, dass somit dem plötzlich eingetretenen Tode gewiss eine derartige

Feuilleton.

Unterbrochene Kritik.

Von

Prof. Hohl in Halle.

Schon hatte ich mich angeschickt, eine mir übertragene Anzeige des „Lehrbuches der Geburtshülfe" von Rosshirt, Erlangen 1850 und 1851, in Angriff zu nehmen, als mich drei Freunde, Litzmann, Nägele d. S. und Meissner, in der Arbeit unterbrachen. Als ich nämlich die erste und zweite Lieferung dieses Lehrbuches stellenweise durchsah, erging es mir, wie es öfters im Leben geschieht, dass ich auf alte Bekannte stiess, von denen ich nicht recht wusste, wohin und woher. Suchet, so werdet ihr finden, dachte ich, und — ich finde, dass sich Litzmann's Aufsatz in Wagner's Handbuch der Physiologie Bd. III., Artikel: „Schwangerschaft", als der rothe Faden durch §. 51 bis 314 zieht. In die zweite Lieferung haben sich Nägele und Meissner eingeschlichen. Eingeschlichen, sage ich, denn irren ist menschlich, und Reminiscenzen sind verzeihlich. Ich muss sie daher selbstredend einführen.

Rosshirt a. a. O.	Litzmann a. a. O.
§. 51. Dass die geschilderten Differenzen in der Bildung und den Functionen des Körpers von den Geschlechtsorganen abhängig sind, tritt vorzüglich in den pathologischen Zuständen deutlich hervor. Das bestimmende Moment liegt in dem geschlechtlichen Bildungsapparate, Ovarien und Hoden. Wo derselbe unvollkommen entwickelt ist, erscheint in dem allgemeinen Körperhabitus eine mehr oder minder beträchtliche Annäherung an den entgegengesetzten Geschlechtstypus, auch wenn im Uebrigen die Bildung der Genitalien regelmässig ist u. s. w.	S. 25. Die Abhängigkeit der geschilderten Differenzen in der Bildung und den Functionen des Körpers von den Geschlechtsorganen, auch wo jene in keiner directen Beziehung zu dem Geschlechtsleben stehen, tritt besonders in den pathologischen Zuständen deutlich hervor. Das bestimmende Moment liegt in dem geschlechtlichen Bildungsapparate, Ovarien und Hoden. Wo derselbe unvollkommen entwickelt ist, erscheint in dem allgemeinen Körperhabitus eine mehr oder minder beträchtliche Annäherung an den entgegengesetzten Geschlechtstypus, auch wenn im Uebrigen die Bildung der Genitalien regelmässig ist u. s. w.
§. 52 theilweise	S. 28—30.
§. 62, S. 45. Wenn es also als ein gemeinsames Gesetz durch alle Thierklassen hindurch gilt, dass die Eier in den Ovarien, unabhängig von der Einwirkung des männlichen Samens und der Begattung, einer periodischen Reifung, Ablösung und Ausstossung unterliegen, so berech-	S. 45. Wenn es also als ein gemeinsames Gesetz durch alle Thierklassen hindurch gilt, dass die Eier in den Ovarien, unabhängig von der Einwirkung des männlichen Samens und der Begattung, einer periodischen Reifung, Ablösung und Ausstossung unterliegen, so herechtigt

ungünstige Kopfbewegung vorausgegangen sein mochte, zumal bei der Section an und in den Organen der drei Höhlen nichts wesentlieh Normwidrigea aufgefunden wurde, was mit jenem hätte in Beziehung gebracht werden können.

b) Ein starkknochiger, musculöser Nagelschmied, 25 Jahre alt, stürzte im berauschten Zustande jählings über den Treppenhalter zwei Stockwerke auf die steingeplattete Hausflur herab. Fast leblos hatte man denselben einige Stunden lang auf Stroh gebettet liegen lassen, ehe er unserer Anstalt überbracht wurde, wo er, einer Leiche ähnlich, erst gegen Abend eintraf. Die Oberfläche seines Körpers fühlte sich eiskalt an, er lag ohne Bewusstsein und Empfindung darnieder, mit geschlossenen Augen, deren Pupillen gegen Lichtreiz nicht reagirten, mit ruhiger Respiration eines Schlafenden; sein Puls war härtlich, mässig zusammengezogen, normal schnell; die Extremitäten konnte man leicht bewegen. Insbesondere machte sich aber eine widernatürliche Beweglichkeit des Kopfes bemerklich, welche den Schluss eines gleichzeitigen Bestehens einer *Commotio cerebri* mit dem einer *Fractura vertebralis colli* veranlasste, obschon weder Crepitation, noch sonst eine Normwidrigkeit an dem Halse äusserlich aufzufinden stand. Allmälig kehrte die Körperwärme zurück, Puls und Respiration wurden lebhafter, und nach 12 Stunden war Patient sich seiner bewusst, beantwortete die an ihn gerichteten Fragen vollständig, klagte vorzugsweise über Abgeschlagenheit der, Bewegung und Empfindung besitzenden, Extremitäten, über Schmerzen an allen Körpertheilen, namentlich in der Gegend des dritten Halswirbels. Anderthalb Stunden später gab der Kranke plötzlich seinen Geist auf. Bei der Section fand man Hyperämie in den Blutleitern und Gefässgeflechten des Gehirns, mit beträchtlicher Erweiterung der letztern, das Gehirn von schmutzig-weisser Färbung, sehr erweicht, gleichsam wie macerirt, etwa in einem Zustande, wie man ihn bei Menschen anzutreffen pflegt, welche während eines Rausches, oder alsbald nachher, ihr Leben enden. An der hintern Fläche des Halses wurde ein bedeutendes, die Muskulatur beherrschendes und vom dritten Hals- bis zum zweiten Brustwirbel sich ausdehnendes blutiges Extravasat vorgefunden, dessen Verbindung mit einem kleinern, auf der *Medulla spinalis* gelegenen, gleichzeitig mit einer vollständigen Trennung des dritten Halswirbels vom vierten entdeckt wurde, welche durch Fracturation der Querfortsätze beider Wirbel und Zerreissung des ligamentösen Apparates zu Stande gekommen war; eine damit bestehende *Dislocatio ad longitudinem* gestattete den Einblick auf die freiliegenden Rückenmarkshüllen. Ausser dem Erwähnten lieferte die Section keine Normwidrigkeiten. Es ist gewiss eine auffallende Erscheinung, dass bei diesem Falle keine Rückenmarksreizung angetroffen wurde, die doch, wenn auch nicht durch die gebrochenen Knochenenden, aller Analogie nach, eines Theils durch das aufliegende Extravasat, anderen Theils durch die mit der, in Folge der der Längenaxe nach stattgefundenen Dislocation der fracturirten Wirbel verknüpften Zerrung des Medullarstranges selbst hätte eintreten müssen. Diese Eigenthümlichkeit, sowie den plötzlich erfolgten Tod glauben wir wie folgt erklären zu können. Durch den Uebergenuss des Branntweins entstand Alkoholnarkose mit vollständiger Anästhesie (und Adynamie) und sonach Suspension der physiologischen Thätigkeit der Nervencentra, wie fast aller motorischen Gebilde. Nach momentaner Rückkehr des Normallebens begann der bis daher einer Statue ähnlich im Bette ausgestreckt gelegene Kranke sich zu bewegen, wodurch die in ihrer anatomischen Verbindung getrennten Wirbel sich dislocirten, d. h. der Längenaxe nach voneinanderwichen und eine Zerrung der *Medulla spinalis* bewirkten, welche, in Verbindung mit dem an der verletzten Stelle befindlichen Extravasate, als nunmehr erst perceptionsfähig gewordene Schädlichkeiten, ihren lethalen Eingriff auch sofort geltend machten.

5) Abstossung und Excision der rechten Mandibulahälfte. In unserem zweiten Jahresberichte gedachten wir eines Falles, wo der fast zur Hälfte (beider Seits) nekrotisch abgestossene Unterkiefer bei einem jugendlichen Individuum vollständig wieder ersetzt wurde. Der hier mitzutheilende Krankheitsfall schliesst sich an den vorerwähnten in einer würdigen Weise an und bietet in sofern interessante Momente dar, weil derselbe eine Kranke betrifft, welche die Evolutionsperiode längst überschritten hatte, deren Leiden auf einem dyskrasischen Process beruhete, und wobei es nur einer einfachen Gelegenheitsursache bedurfte, dasselbe zur Entwickelung zu bringen. Die 32 Jahre alte Tagelöhnerin, wohl genährt und blühenden Ansehens, hatte in ihrer Jugend an verschiedenen Formen der Skrofeldyskrasie gelitten, deren Entbildungsmarken sich als Narben an den verschiedensten Körpertheilen kund geben, wozu auch der Verlust und die noch vorhandenen Rudimente der cariös destruirten Backenzähne gehören. Nach einer beim Tanze sich zugezogenen Erkältung war an dem Unterkieferwinkel der rechten Seite eine entzündete, schmerzhafte, harte Geschwulst entstanden, welche sich aufwärts bis zur Parotis, nach unten bis in die Mitte des Halses erstreckte, von hier das Occiput erreichte und nach vorn sich über die Wange hin ausdehnte. Gleichzeitig litt Patientin an Menstruationsverhaltung und fieberte heftig. Bei genauer Untersuchung fand man, dass der Krankheitsheerd die ganze rechte Mandibulahälfte beherrschte, die hier befindliche Knochenentzündung die nächst umgebenden Weichtheile mit in den pathologischen Kreis gezogen und durch Infiltration jene ausgebreitete Geschwulst gebildet hatte, welche eine Entfernung der Kiefer von einander unmöglich machte, so dass Nahrungs- und Arzneimittel ihren Weg durch eine vorhandene Zahnlücke nehmen mussten. Nachdem durch ein antiphlogistisches Verfahren der inflammatorische Process getilgt worden war, fiel zwar die Geschwulst um $\frac{1}{3}$ ihres Volumens, doch blieben Härte und Spannung zurück, welche anfänglich allem Heilwirken Trotz boten, bis dieses etwa nach 4 Wochen eine Andeutung von Fluctuation resultirte. Die, bei gleichzeitiger Anwendung sogenannter antirheumatischer Mittel, inmittelst applicirt gewesenen erweichenden Cataplasmen, wurden nun energisch fortgesetzt und ein in der Mitte des Kieferrandes hierdurch zur Maturation gebrachter Abscess geöffnet, durch dessen Oeffnung die Sonde bis in die Gegend der *Apertura anterior canalis inframaxillaris* vordringen konnte, wo man den Knochen stellenweise rauh fand. Consistenz, Geruch und Farbe des ausfliessenden eitrig-jauchigen Secrets verkündeten, in Verbindung mit den übrigen Zeichen, die bestehende Nekrose. Aus den äussern, sowie später aus einigen in der Mundhöhle entstandenen Geschwüröffnungen zog man im Verlauf einiger Wochen mehrere nekrotische Knochenlamellen verschiedener Grösse aus. Es waren nun 14 Tage verstrichen, als von

tigt uns nichts, den Menschen ausserhalb dieses Gesetzes stehend zu wähnen, vielmehr findet bei ihm das Gleiche statt, und die Menstruation hat in dieser Beziehung dieselbe Bedeutung, wie die thierische Brunst u. s. w.	uns nichts, den Menschen ausserhalb dieses Gesetzes stehend zu wähnen, vielmehr findet bei ihm das Gleiche statt, und die Menstruation hat in dieser Beziehung dieselbe Bedeutung, wie die thierische Brunst u. s. w.
§. 75 mit Variationen . . .	S. 56. 57.
§§. 80. 81. Die Veränderungen in den Ovarien und Tuben beziehen sich auf das Platzen des Follikels, den Austritt des Eies und die Bildung eines *Corpus luteum*, die Aufnahme des Eies durch die Tuben und die Fortbewegung desselben bis zum Uterus. Sie sind zwar nicht eigentlich von der Befruchtung abhängig u. s. f.	S. 59. Die Veränderungen in den Ovarien und Tuben beziehen sich auf das Platzen der Follikel, den Austritt des Eies und die Bildung eines *Corpus luteum*, die Aufnahme des Eies durch die Tuben und die Fortbewegung desselben bis zum Uterus. Sie sind nicht eigentlich von der Befruchtung abhängig u. s. f.
§. 94. S. 64.	S. 64.
§. 107. S. 73. 74. Ausser den Veränderungen in den Generationsorganen und den unmittelbar davon abhängigen mechanischen Einwirkungen auf die zunächst gelegenen Organe und Gebilde der Bauch- und Beckenhöhle, bringt die Schwangerschaft wichtige Umwandlungen in den anderen Systemen u. s. f.	S. 72. 73. Ausser den Veränderungen in den Generationsorganen und den unmittelbar davon abhängigen Einwirkungen auf die zunächst gelegenen Organe und Gebilde der Bauch- und Beckenhöhle, bringt die Schwangerschaft wichtige Umwandlungen in den anderen Systemen u. s. f.
Das Blut strömt in grösserer Menge zu den Generationsorganen u. s. w., mit Variationen.	Das Blut strömt in grösserer Menge zu den Generationsorganen u. s. w.
Die Menstruation als vierwöchentliche Ausscheidung eines faserstofflosen, aber farbestoffreichen Blutes u. s. f.	Die vierwöchentliche Ausscheidung eines faserstofflosen, aber farbestoffreichen Blutes u. s. f.
S. 74. Fast allen Beobachtern ist die Bildung einer Speckhaut im Blute aufgefallen. Simon u. s. w.	Fast allen Beobachtern ist die constante Bildung einer Speckhaut im Blute Schwangerer aufgefallen. Simon u. s. w.
Auffallender als im Blute sind die in den Secreten der Schwangern wahrgenommenen Veränderungen, und zwar a) zeigt der Urin die bemerkbarsten.	S. 73. Auffallender als im Blute sind die in den Secreten der Schwangern wahrgenommenen Veränderungen. Die bemerkbarsten zeigt der Urin.
§. 108.	S. 74.
§. 114 ist ziemlich vollständig	S. 74. 75 zu finden.
§. 158. Beim erwachsenen Menschen gehen Anbildung und Rückbildung, Assimilation und Zersetzung in den Organen einander parallel,	S. 97. 98. Bei dem erwachsenen Menschen gehen Anbildung und Rückbildung, Assimilation und Zersetzung in den Organen einander

Neuem eine heftige Entzündung der ganzen Partie eintrat, welche äusserst schmerzhaft und gespannt war, so dass man u. A. milde Ueberschläge in Anwendung zog, welche auch dem erwarteten Erfolge entsprachen. Durch Sondiren entdeckte man, dass ein grosses Fragment der Mandibula beweglich war, dessen Entfernung nothwendig schien. Ein längs des untern Kieferrandes geführter, die oben erwähnte äussere Geschwüröffnung durchziehender Schnitt legte das nekrotisch abgestossene Knochenstück bloss, welches von den theilweise anhängenden Weichtheilen getrennt und mit einer Zange ausgezogen wurde. Dasselbe hatte eine Länge von $3\frac{1}{2}$ Zoll, die ganze Dicke und Breite des Unterkiefers, bestand aus der rechten Körperhälfte desselben, vom Eckzahne an bis zu den beiden Fortsätzen (Condyloideus und Coronoideus) hin und umfasste somit den Winkel nebst den aufsteigenden Ast dieses Knochens. Seine Oberfläche zeigte eine schmutzige, blass-wachsgelbe Farbe, verschieden grosse Stellen stattgefundener Exfoliation, durch welche man die innere grosszellige Textur wahrnehmen konnte. Der untere Rand war uneben, zerfressen, bis auf eine 3 Linien lange Stelle seiner Glätte beraubt, ebenso der Alveolarrand, worin der letzte von Caries ergriffene Backenzahn nur lose noch wurzelte, während die übrigen vor Jahren schon vernichtet und die Wände ihrer Alveolen grosseotheils zerstört waren. An der Uebergangsstelle des Astes zu den Fortsätzen fand sich eine scharf begrenzte, tiefe Buchten bildende Demarcationslinie vor; von dem *Canalis inframaxillaris* bestand nur noch die vordere Apertur. Die Blutung war während und nach der Excision nicht bedeutend und stand auf Anwendung eines styptischen Collutoriums schon nach einigen Stunden. Der Heilungsprocess machte anfänglich schnelle Fortschritte, zog sich späterhin aber in die Länge, wozu die Skrofulose Ursache abzugeben schien, so dass erst nach 8 Monaten die an Stelle des verlorengegangenen Knochentheils gebildete fibrös-knorpeliche Masse, sich vollständig und dauerhaft überhäutet hatte. Ausser einer kurzen, flach vertieften Narbe blieb an der operirten Seite keine entstellende Deformität zurück, die Bewegung und der Gebrauch des Kiefers waren fast vollständig wieder hergestellt, so dass selbst halbharte Körper mit der festen Knorpelmasse verkleinert werden konnten. Die Kranke (welche innerhalb 5 Monaten u. A. 17 Drachmen Jodeisen genommen hatte) menstruirte nun regelmässig und verliess im besten Wohlsein die Anstalt.

6) Vollständige Abstossung der Alveolarfortsätze beider Oberkiefer und des Unterkiefers. Die 28 Jahre alte, an *Paralysis agitans* früher schon hierorts behandelte Kranke, wurde an einer heftigen Hepatitis leidend wiederholt aufgenommen. Sie hatte innerhalb der drei ersten Tage ihres Hierseins 36 Gran Calomel verbraucht, auf welches schon am vierten Tage eine so grossartige Salivation erfolgte, dass, wenn schon die Leberentzündung dadurch gehoben ward, der Tod der Patientin aus Erschöpfung etc. zu besorgen stand; es waren täglich an 2 Pfund Speichel verloren gegangen. Endlich liess diese abnorme Secretion nach, die Kranke zog sich einen Zahn nach dem andern aus, glaubend, ihren davon herrührenden Schmerz zu beseitigen, bis sie mit dem letzten anderer Meinung wurde, da sie einsah, dass die fortdauernden Schmerzen in den Kiefern selbst ihren Sitz hatten. Ein aashafter Geruch entstieg dem zahnlosen Munde, den daselbst befindlichen nekrotischen Process verkündend, von dessen Existenz man sich durch den eingeführten Finger überzeugte, welcher die obere und untere Zahnfächerreihe von Weichtheilen entblösst und rauh fand. Nach zwanzig Tagen erhob sich die rechte Hälfte des Alveolarfortsatzes der Mandibula, einige Tage hierauf die linke Hälfte, unter Fortbestehen der jauchigen Absonderung, dann löste sich der erstgenannte Theil ab, welchem der andere bald folgte, und der wie jener von der Patientin entfernt wurde. Der Körper des Unterkiefers war somit um die Hälfte schmäler (niedriger) geworden, wie man ihn im Greisenalter anzutreffen pflegt, das Kinn stand vor und war, da der Knochen nun einen grössern Bogen beschrieb, um einen Zoll der Nasenspitze näher gerückt. Nach Verlauf einiger Wochen stiessen sich auch die Zahnfächerfortsätze beider Oberkiefer (unter Zwischenräumen von 8 Tagen), in derselben Weise ab, wodurch die Gesichtsform zwar jenes alte Aussehen, zugleich aber auch die ideale Dimension ihres Längenprofils verlor und die ihrer festen Unterlage beraubten Lippen rückwärts einsanken. Der ganze Abstossungsprocess hatte etwa 6 Wochen angedauert und die Ueberhäutung der unter den nekrotisch abgelösten Partien hervorgeschossenen Granulationen hiermit ziemlich gleichen Schritt gehalten, so dass, nach Entfernung des nekrotischen Kieferstücks, die darunter befindliche Geschwürfläche innerhalb 48 Stunden schon sich derb anfühlte. Nach 4 Monaten, wo die Kranke vollkommen erkräftigt unsere Anstalt verliess, besassen die Kieferränder knorpelartige Festigkeit und Solidität genug, um halbharte Speisen zu zermalmen.

Erfahrungen über die Wirksamkeit des Friedrichshaller Bitterwassers.

Dieses bei dem Dorfe Lindenau, im Herzogthum Sachsen-Meiningen quillende Mineralwasser wurde zwar schon im 10. Jahrhundert zur Gewinnung des Kochsalzes, seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts zur Fabrication des Glaubersalzes benutzt, jedoch verdanken wir die genauere Bekanntschaft desselben erst einer von Creuzburg im Jahre 1843 auf Anregung des wackern Dr. Bartenstein vorgenommenen und späterhin von Liebig und Bauer wiederholten chemischen Analyse, die Ermittelung seiner schätzbaren arzneilichen Eigenschaften aber dem unermüdlichen Bartenstein, welcher es sich angelegen sein liess, dasselbe, nach einer reichen Ernte von Erfahrungen über seine Heilkräfte, in die medicinische Praxis einzuführen.

Sehen wir auf den vorwaltendsten Bestandtheil dieses Mineralwassers, so würde dasselbe mehr den natronhaltigen, namentlich den Kochsalz- oder Glaubersalzwässern angereiht werden müssen, beachten wir dagegen seinen reichen Gehalt an Magnesiasalzen (schwefel-, salz-, kohlensaure und Brommagnesia im Gesammtbetrage von beiläufig 75 Gr. in 1 Pfd. (Bauer), welchem, in Verbindung mit dem darin befindlichen Chlorammonium, den Kalksalzen und der chlorsauren Alaunerde, die Prävalenz seiner eigenthümlichen Arzneikräfte zuzuschreiben steht, so wird dessen Stellung in die Klasse der ohnehin spärlich vorkommenden Bitterwässer gerechtfertigt, unter denen es, vermöge seiner besondern Mischungsverhältnisse, die Verdauungsorgane in keiner Weise nachtheilig alterirenden Wirkung, sowie für jedes Alter und fast jede Individualität passende Anwendung den ersten Rang behaupten kann.

---

und beide stehen im Gleichgewichte; beim Kinde und mehr noch beim Fötus wiegt die erstere vor. Der Grund der schwächeren Zersetzung beim Fötus liegt zum Theil darin, dass seine Organe u. s. w. der ganze §.	parallel, und beide stehen im Gleichgewicht; beim Kinde und mehr noch beim Fötus wiegt die erstere vor. Der Grund der schwächeren Zersetzung beim Fötus liegt zum Theil darin, dass seine Organe u. s. w. S. 101.
§. 163 stark in Collision mit §. 226. S. 185 spiegelt sich von den Worten: „das Gebären ist“ u. s. w. ganz ab in	S. 106 und 107.
und §. 228 in	S. 119.
§. 240 und 241 stimmen fast wörtlich mit	S. 120 und 121 zusammen.
§. 243 und besonders: Der Einfluss, den die Geburt auf die Psyche der Kreissenden ausübt, ist verschieden nach ihrer Individualität, und nach dem Verlaufe, den die Geburt nimmt. Im Allgemeinen sind die ersten Wehen, obwohl weniger schmerzhaft, aufregender und peinigender für das Weib, je energischer sich der Uterus contrahirt, je mehr die auxiliären Muskeln in Thätigkeit treten, und dem Willen ein Antheil an der Geburt gestattet ist u. s. f. bis zum Schluss.	S. 130. Der Einfluss, den die Geburt auf die Psyche der Kreissenden ausübt, ist verschieden nach ihrer Individualität und nach dem Verlaufe, den die Geburt nimmt. (Das Gefühl der Mutterliebe kann hier dem Weibe eine ausserordentliche Stärke im Erdulden verleihen.) Im Allgemeinen sind die ersten Wehen, obwohl weniger schmerzhaft, aufregender und peinigender für das Weib; je energischer sich der Uterus contrahirt, je mehr die auxiliären Muskeln in Thätigkeit treten, und dem Willen ein Antheil an der Geburt gestattet ist u. s. w.
§. 306 mit der Anmerkung . .	S. 132.
§. 309. Nicht bloss der Zug des Blutes ist verändert, sondern wichtige chemische Metamorphosen gehen gleichzeitig innerhalb desselben vor. Die Hauptursachen derselben liegen wohl theils in der allmäligen Zersetzung der neugebildeten Uterinsubstanz, theils in der beginnenden Milchsecretion u. s. w.	S. 139. Nicht bloss der Zug des Blutes ist verändert, sondern wichtige chemische Metamorphosen gehen gleichzeitig innerhalb desselben vor. Die Hauptursachen derselben liegen wohl theils in der allmäligen Zersetzung der neugebildeten Uterinsubstanz, theils in der beginnenden Milchsecretion u. s. w.
§. 311. Das Nervensystem befindet sich nach der Geburt, wie es sich nach den Vorgängen der Schwangerschaft, nach den Anstrengungen und Schmerzen der Geburt, verbunden mit Blutverlust, nicht anders erwarten lässt, in einem mehr oder weniger erregbaren Zustande, der durch die neuen Veränderungen — locale Nervenreizung, veränderte Blutmischung und Säfte-	S. 139. 140. Das Nervensystem befindet sich nach der Geburt, wie es sich nach den Vorgängen der Schwangerschaft, nach den Anstrengungen und Schmerzen der Geburt, verbunden mit Blutverlust, nicht anders erwarten lässt, in einem mehr oder weniger erregbaren Zustande, der durch die neuen Veränderungen — locale Nervenreizung, veränderte Blutmischung und Säfte-

Die Wirkungsweise des Friedrichshaller Bitterwassers ist im Allgemeinen eine zweifache: in geringern Quantitäten genommen auflösend, in grössern evacuirend. Sie äussert sich zunächst auf die Schleimhäute, insonders auf die des Darmkanals, als eine die peripherische Nerventhätigkeit erhöhende, das Blut- und Lymphgefässsystem bethätigende, die Secretionen vermehrende, welche, bei erfolgter höherer Erregung der Vitalität, sich als ein sogenannter Verflüssigungsprocess darstellt, der sich selbst auf entferntere Organe, zumal drüsiger Structur, fortzusetzen vermag. Diese reizende und verflüssigende Eigenschaft bezieht sich jedoch vorzugsweise auf die Organe des Unterleibes, deren pathologische Abweichungen die Quelle so vieler Leiden abgeben. Die Wirkungsweise dieses Wassers findet aber nicht etwa hier ihre Grenze, sie erstreckt sich vielmehr, nach erfolgter Resorption desselben, auch auf die allgemeine Lebensflüssigkeit, indem sie die krankhaft erhöhete Plasticität derselben vermindert, ihre erlangsamte Fortströmung zur normalen Schnelle zurückführt. So in die Blutmasse übergetreten äussern dann endlich die einzelnen Grundstoffe dieses Mineralgebildes ihre specifischen Wirkungen in jenen krankhaft afficirten Organen und Gebilden, zu welchen sie, vermöge des der allgemeinen Metamorphose zustehenden Austauschprocesses, in einer gewissen Beziehung stehen.

Nach dieser allgemeinen Darstellung ist die besondere Wirkungsweise des Friedrichshaller Bitterwassers leicht ersichtlich. Unter den vielen, verschiedenartigen und complicirten Krankheitsfällen, wobei wir dasselbe mit dem besten Erfolge hierorts in Anwendung brachten, heben wir nur folgende hervor:

1) Trägheit in dem Pfortaderkreislaufe, *Plethora abdominalis*, und die daraus entstehenden pathologischen Veränderungen der drüsigen Unterleibsorgane, Verstimmung des sympathischen Nervensystems mit ihren Reflexerscheinungen; bei Hämorrhoidal- und Menstrualbeschwerden, Lebervergrösserung, Leberschwund, Fettleber, Milzhypertrophie, Fettsucht, Geistesstörungen, Epilepsie, hypochondrische und hysterische Erscheinungen, Micräne, Aphonie, dynamische Herzleiden.

2) Torpidität in den Functionen des Darmrohrs und seiner drüsigen Anhängsel und den daraus folgenden Dyskrasien, wie Unordnungen in der Darmthätigkeit, Dyspepsie, Wurmbeschwerden, fehlerhafte Secretionen der Leber und des Pancreas, Skrofelsucht, Tuberkulose, Rheumarthrosen und Gicht.

3) Abnormitäten in der Secretion der Schleimmembrane, als chronische Katarrhe der Luftwege, des Nahrungskanals, der Harn- und Geschlechtswerkzeuge, Influenza, Heiserkeit etc.

4) Primäre Störungen des Gangliensystems mit ihren nächsten und consensuellen Folgen, so Paralysen der Nutritionsorgane, Apepsie, periodisches Erbrechen oder Würgen, Gastralgie, Kolik, Paraplegie, beginnende Amaurose, Krämpfe des verschiedensten Sitzes.

5) Chronische Entzündungen, wie der Meningen des Rückenmarks und Gehirns, des Uterus, der Pleura, des Peritonäums der Leber und anderer drüsiger Gebilde.

6) Blutvergiftungen, namentlich chronischer Methysmus mit den ihn gewöhnlich begleitenden pathologischen Veränderungen der verschiedensten Organe, Bleiintoxication.

7) Allgemeine und örtliche Hyperämie mit ihren mannigfaltigen Krankheitserscheinungen, so Congestionen nach Kopf und Brust, Nasenblutfluss, Sinnestäuschungen, Asthma, Schlaflosigkeit, Herzklopfen u. s. w.; endlich

8) als eröffnendes Mittel überhaupt, sowie insbesondere während des inneren Gebrauches des Silbersalpeters.

Wir geben dasselbe theils für sich, theils neben der Anwendung anderer, dem concreten Falle anpassenden Arzneimitteln. Als auflösendes Mittel erhielten es die Kranken, je nach Individualität, Körperconstitution und Alter, 1—4 Mal Tags, zu 2—6 Esslöffel voll, oder zur Hälfte eines gewöhnlichen Bierglases Morgens eine Stunde nach dem ersten Frühstück und ebensoviel Abends nach der letzten Mahlzeit, bis die Stühle eine mittlere Consistenz erhielten. Zartschmecker bedienten sich dabei des Nachgenusses von Candiszucker oder eines Schluckes frischen süssen Quellwassers, Milch, Haferschleims. Bei dem gleichzeitigen Gebrauche solcher Arzneimittel, welche durch dies Mineralwasser leicht decomponirt werden, wie kohlen-, phosphor-, essig-, weinsaure Alkalien, Kalkwasser, salpetersaure Metallverbindungen, überhaupt metallische Mittel u. s. w., lasse man dasselbe mindestens eine Stunde vor- oder nachher nehmen. Bei einer längere Zeit hindurch nothwendig erachteten Anwendung, setzten wir dasselbe einen oder mehrere Tage lang aus, und gaben in der Zwischenzeit andere zweckentsprechende Arzneien. Beabsichtigt man eine mässige Ausleerung, so reichen drei gewöhnliche Biergläser voll Morgens, in zweimaligen Intervallen von einer Viertelstunde, genommen vollkommen hin.

Dies möge genügen, auf die ausgezeichnete Wirksamkeit des Friedrichshaller Bitterwassers aufmerksam gemacht und zu seiner verdienten allgemeinen medicinischen Verbreitung beigetragen zu haben.

Mittheilungen aus der Poliklinik des Prof. Romberg in Berlin.

Manie.

Ein 10jähriges Mädchen, aus einer Familie, in welcher Geisteskrankheiten noch nicht vorgekommen sind, leidet schon seit mehreren Jahren an einer auffallenden Verwirrung des Geistes. Fast anhaltendes, nur selten vernünftiges, meist confuses Sprechen, selbst während des Schlafs, verbindet sich mit irren Handlungen, Herumtreiben auf Strassen, in Bierhäusern etc. Das Gedächtniss ist geschwächt, doch nicht ganz erloschen, der Blick wirr und gedankenlos, die Kopfhaare ungemein kurz, fast wie geschoren, die Nasenschleimhaut ungewöhnlich trocken bei völliger Integrität aller körperlichen Functionen.

R. bemerkte in seinem klinischen Vortrage darüber Folgendes:

Die Diagnose dieses Falles, m. H., ist nicht ganz leicht. Wir finden offenbar Symptome eines Irreseins, unstätes, durch nichts gerechtfertigtes Umhertreiben, anhaltendes confuses Schwatzen. Auch erkennen Sie die Entfremdung des Selbstbewusstseins daran, dass das Mädchen trotz der für sie so beschämenden Erzählungen der Mutter

---

verlust — oft nach längerer Zeit unterhalten, selbst gesteigert wird. Daher die Neigung zu Geistesstörungen und zu nervösen Affecten mancherlei Art, die unter die weite Rubrik der Spinalirritation fallen, und deren materielle Basis uns noch nicht bekannt ist.	verlust — oft nach längerer Zeit unterhalten, selbst gesteigert wird. Daher die Neigung zu Geistesstörungen und zu nervösen Affecten mancherlei Art, die unter die weite Rubrik der Spinalirritation fallen, und deren materielle Basis uns noch wenig bekannt ist.

Die Vergleichung der §§. 312 und 314 mag ausfallen. So weit Rosshirt aus Litzmann. Des Letzteren Nachfolger ist Nägele. (Lehrbuch der Geburtshülfe. 1847.)

Rosshirt.	Nägele d. S. a. a. O.
§. 319. Die Wochenreinigung zeigt sich bei den einzelnen Individuen hinsichtlich ihrer Qualität, Quantität und Dauer sehr verschieden u. s. w., mit kleinen Variationen.	§. 367. Die Wochenreinigung zeigt sich bei den einzelnen Individuen hinsichtlich ihrer Quantität, Qualität und Dauer sehr verschieden u. s. w.
§. 320. — — — Die äusseren Schamtheile sind die erste Zeit nach der Niederkunft etwas aufgetrieben und mehr oder minder schmerzhaft. — — — — Die Mutterscheide ist ausgedehnt, schlaff, ohne Falten, blutig und ebenfalls etwas schmerzend. Nach 3—4 Wochen findet man die Vagina wieder mehr zusammengezogen, die Falten derselben wieder einigermaassen hergestellt, ferner die äusseren Schamlippen fast zum früheren Zustande zurückgekehrt. — —	§. 369. Die äusseren Schamtheile sind die erste Zeit nach der Niederkunft etwas aufgetrieben und mehr oder minder schmerzhaft. Die Mutterscheide ist ausgedehnt, schlaff, ohne Falten, blutig und ebenfalls etwas schmerzend. Nach 3—4 Wochen findet man die Vagina wieder mehr zusammengezogen, die Falten derselben wieder einigermaassen hergestellt, ferner die äusseren Schamtheile und den Damm fast zum früheren Zustande zurückgekehrt.
§. 322 am Anfange	§. 370 am Ende.
§. 339 am Anfange . : . .	§. 378 am Ende.
§. 340 u. 341 sehr ähnlich den	§. 379 u. 380.

In der zweiten Lieferung ist nun Meissner eingeführt. (Die Frauenzimmerkrankheiten etc. 1847. Bd. I. Abth. 1.)

Rosshirt.	Meissner a. a. O.
§. 454. Man vergl. den Anfang mit	S. 213.
Weiter: Ungleich häufiger, wie in der Schwangerschaft, bilden sich diese Blutgeschwülste während der Geburtsarbeit, wovon man in den verschiedenen Journalen eine Menge von Beispielen angeführt findet.	Ungleich häufiger bilden sich aber diese Blutgeschwülste während der Geburtsarbeit, wovon u. s. w. (Es folgen nun Citate aus Journalen.)
Sehr häufig bilden sich auch diese Blutgeschwülste kurze Zeit nach der Geburt, wenn auch die Ruptur, die dazu Veranlassung gegeben, sich	S. 214. Am häufigsten bilden sich aber die Blutgeschwülste der Schamlefzen kurze Zeit nach der Geburt, wenngleich die Ruptur, die

hier in der Klinik vor so vielen Leuten, dennoch völlig indolent bleibt und keine Spur von Blödigkeit oder Schaam wahrnehmen lässt. Allerdings kommt Irresein im kindlichen Alter nur selten vor, die Monomanie, d. h. die Entfremdung des Selbstbewusstseins, an einer bestimmten Idee sogar niemals; doch werden hin und wieder Fälle von Manie beobachtet. Ich selbst habe bei einem 6jährigen Kinde eine ausgebildete *Mania furibunda* gesehn, wobei dasselbe in blindem Zerstörungstriebe alles, was sich ihm darbot, zerschlug, mit einem Messer in der Hand auf die Strasse stürzte und nur schwer zu bändigen war. Dies Kind wurde zwar geheilt, ist mir indess später entgangen, so dass ich Ihnen über das spätere Schicksal desselben nichts mittheilen kann. Auch Greding hat den Fall eines furibunden Knaben mitgetheilt, aber dennoch sind solche Fälle immer nur als Ausnahmen zu betrachten. Um so häufiger entwickelt sich aber im kindlichen Alter der Blödsinn, die Dementia und die Fatuität. Die letztere ist der Stillstand der Entwickelung der Intellectualität auf einer bestimmten Stufe, auf welcher dieselbe sich oft das ganze Leben hindurch erhält, so dass 12jährige Kinder dann nur etwa wie 5jährige sich benehmen. Die Dementia ist aber der völlige Untergang der physischen Energie, mag nun dieser Zustand angeboren sein (Idiotismus), oder sich erst später entwickelt haben. Missbildungen des Gehirns liegen hier nicht selten zu Grunde. In unserm Falle fehlen uns freilich einige Symptome zur Annahme einer Dementia, denn nie kann ein Demens sich in der Schule ordentlich benehmen, schreiben, lesen, wie dies doch hier geschieht. Wir stehn also wahrscheinlich erst auf der Uebergangsstufe zum Blödsinn, dem noch ein Zustand der Aufregung vorausgeht. Man sieht dies namentlich öfters bei Greisen, die dann ungemein geschäftig werden, viel umherlaufen, lang schlummernde Triebe wieder empfinden und darauf in Blödsinn verfallen. Ob hier noch andere Anlässe, insbesondere sexuelle Aufregungen obwalten, ist noch zu prüfen, auch eine Untersuchung der Genitalien vorzunehmen. Forensisch wäre dies Mädchen jedenfalls unzurechnungsfähig. Bemerkenswerth ist auch das Zurückbleiben des Haarwuchses und die gesammte Entwickelung des ganzen Körpers, wie es oft bei Blödsinnigen beobachtet wird. Für die Behandlung giebt es nur ein Mittel, welches Sie nicht aus der Apotheke verschreiben können; dies Mittel ist die Isolirung, die Aufnahme des Kindes in eine Irrenanstalt, wo durch eine gehörige Zucht und Ordnung noch etwas erzielt werden kann. Und dies lege ich Ihnen überhaupt ans Herz; behandeln Sie nie einen Irren in seiner häuslichen Umgebung, und bestehen Sie von Anfang an auf die Isolirung desselben. Von der Behandlung im Hause habe ich, sei es nun durch unzeitige Strenge oder das Gegentheil, immer nur Unglückliches gesehen. Der Irre muss wissen, dass er unter einer Zucht steht, nicht gerade unter einer terroristischen, sondern unter einer solchen, die durch regelmässige Zeiteintheilung und durch die Beschäftigung mit bestimmten Dingen zu wirken sucht, und eine solche Zucht ist niemals im Hause des Kranken durchzusetzen.

Die chirurgische Klinik zu Erlangen im Wintersemester 1850—51.

Von

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt.

Die interessanteren Krankheitsfälle und Operationen, welche dieses Wintersemester der hiesigen chirurgischen Klinik gebracht hat, sollen in ähnlicher Weise, wie dies im vorigen Jahre geschehen, in mehreren auf einander folgenden Aufsätzen vor das medicinische Publicum gebracht werden. Den Anfang bilde eine Zusammenstellung von einigen Exstirpationen carcinomatöser Aftergebilde.

1. *Carcinoma palpebrae superioris.*

J. Thumbach, ein 76 Jahre alter Bauer von kräftiger Gestalt und Gesundheit, bemerkte vor 2 Jahren auf der Oberfläche des linken oberen Augenlides ein hirsekorngrosses Blätterchen, welches binnen einem Vierteljahr die Grösse einer Linse erreichte und der Sitz heftiger Schmerzen wurde. Indem es sich langsam vergrösserte, brach es auf, nässte ein wenig, breitete sich allmälig über das ganze Augenlid aus, wobei Schmerzen zwar stets vorhanden, aber nicht heftig waren. Im October 1850 suchte er Hülfe in unserer Anstalt. Das ganze obere Augenlid war von der Krebsmasse eingenommen, dadurch über das Auge herabgezogen, von welchem jedoch der Kranke behauptete, dass er vor Kurzem noch deutlich damit gesehen habe. Die Krebsmasse reichte über beide Augenwinkel hinaus, nach oben bis an die Augenbraune, nach unten überragte sie auch das untere Augenlid ein wenig. Sie sonderte scharfe, übelriechende Jauche ab, und war an der dem innern Nasenwinkel zugekehrten Partie etwas erweicht. Nachdem die Krebsgeschwulst durch mehrtägiges Fomentiren mit Kamillenabsud in einen weniger gereizten Zustand versetzt worden war, schritt man zur Exstirpation des Aftergebildes, welches durch zwei Ovalschnitte umgeben und von den darunter liegenden Theilen mit Scheere und Bisturi abgelöst wurde. Die dadurch entstandene Wunde im Augenlid, welche eine eiförmige Gestalt mit scharfen Ecken zeigte, ward vermittelst der blutigen Naht vereinigt, wodurch freilich der untere Theil des Lides gehindert ward, sich in gewöhnlicher Weite über den Bulbus herabzuziehen. Ueber das Auge und die linke Stirnhälfte wurden kalte Ueberschläge gemacht. Am 21., als die Nähte gelöst wurden, fand man die innere Hälfte des Schnittes vereinigt, die äussere mit gut aussehendem Eiter bedeckt. Die Cornea hatte schon gleich nach der Operation ein mattes Aussehen gezeigt, was jetzt nicht verändert war; auch erschien dieselbe etwas weniger gewölbt. Am folgenden Tage bemerkte man an der unteren Partie der vorderen Augenkammer einen weissen Streifen, der, Tages darauf vergrössert, je nach den Bewegungen und der Haltung des Kopfes eine andere Lage einnahm. Wir hatten es mit Hypopyon zu thun; daher dem Patienten eine Venäsection gemacht, und Calomel, später mit *Pulv. rad. Seneg.*, gereicht und täglich mehrere Male das Auge von dem darüber herabfliessenden Eiter der gut aussehenden Wunde gereinigt wurde. Trotzdem nahm die Eiteransammlung, wenn auch um ein Geringes, zu, die Hornhaut wurde matt,

---

schon während der Geburt und zwar am Ende der 3. und der 4. Geburtszeit ereignet hat u. s. w.

Es kann übrigens auch geschehen, dass die Venen durch den Geburtsakt übermässig ausgedehnt werden, und erst im Kindbette durch eine einwirkende Ursache, welche unzweifelhaft als solche erkannt worden ist (?), zerreissen. (Es wird nun ein Fall angegeben, aber der nahe liegende, von Meissner selbst beobachtete und mitgetheilte nicht. Ueberhaupt ist die Beschneidung hier sehr verunglückt.)

dazu Veranlassung gegeben hat, sich schon während der 4. Geburtsperiode in fast allen Fällen ereignet zu haben schien.

S. 215. Dass übrigens nicht in allen Fällen die Zerreissung schon während der 4. Geburtsperiode entsteht, sondern die Venen nur so übermässig ausgedehnt werden, dass sie einem starken Blutstrom nicht mehr Widerstand zu leisten vermögen, und erst später bei Veranlassungen, die diesen Blutstrom verstärken, zerreissen, zeigen mehrere Fälle, wo entweder die bewirkende Ursache unzweifelhaft erkannt wurde u. s. w. (Es müsste bei Rossbirt heissen: „erkannt wird".)

Der ganze Schluss dieses §. ist	S. 216 zu finden.
§. 455 wörtlich	S. 216. 217.
§. 456 wörtlich genug . . .	S. 217. 218.
§. 457. Die Prognose kann u. s. w.	S. 219.
Daselbst auch: Ein anderes Verfahren, welches von Mehreren (soll	S. 221. Das Verfahren, welches wir befolgen, ist folgendes u. s. w.

heissen Meissner) vorgeschlagen wird, besteht darin u. s. w.

§. 460. — — — Es können seitliche Einrisse bei übereiltem Gebären entstehen, wenn die äusseren Genitalien nicht gehörig vorbereitet waren, bei ungestümem Umherwerfen der Gebärenden in dem Augenblicke, wo der Kindeskopf zum Durchschneiden kommt, und bei ungleicher Ausdehnung der Schamtheile überhaupt u. s. w.

S. 332. Bisweilen ereignet es sich, dass eine centrale Durchbohrung des Mittelfleisches stattfindet, wo die hintere Commissur der Schamlippen und der *Sphincter ani* unverletzt bleiben, und der Kindeskopf also die hintere Mutterscheidenwand sammt dem Mittelfleische zerreissend, durch diese Oeffnung nach aussen dringt. Bei dieser *Ruptura perinaei centralis* bildet die gerissene Wunde ent-

(Nun die Beschreibung gleich der von Rosshirt.)

S. 228. Die seitlichen Einrisse bei der Geburt ereignen sich am häufigsten beim übereilten Gebären, wenn die äusseren Genitalien noch nicht gehörig vorbereitet waren; bei ungestümem Umherwerfen der Gebärenden in dem Augenblicke, wo der Kindeskopf zum Durchschneiden kommt, und bei ungleicher Ausdehnung der Schamtheile überhaupt u. s. w.

S. 295. Bisweilen ereignet es sich, dass eine centrale Durchbohrung des Mittelfleisches stattfindet, wo die hintere Commissur der Schamlefzen und der *Sphincter ani* unverletzt bleiben, der Kindeskopf also die hintere Mutterscheidenwand sammt dem Mittelfleische zerreisst, und durch diese Oeffnung nach aussen tritt. Bei diesem Vorfalle (*Perforatio perinaei, Ruptura perinaei centralis*) bildet die ge-

glanzlos, endlich flach und mit einzelnen Falten versehen. In diesem Zustande beharrte das Auge, trotzdem dass die obige Behandlung fortgesetzt und Vesicantien hinter die Ohren gesetzt und Fussbäder gegeben wurden. Das Auge collabirte und die Hornhaut verlor ihre Durchsichtigkeit; dagegen war die Augenlidwunde gut und ohne auffallende Entstellung geheilt, so dass der Operirte am 7. Novbr. entlassen werden konnte.

2. *Exstirpatio tumoris carcinomatosi ad nasum.*

J. Bettmann, 59 Jahre alt, hatte seit 8 Jahren eine kleine Warze auf dem Nasenrücken, welche sich langsam vergrösserte und in dem letzten Jahre zuweilen der Sitz durchfahrender, wenn auch nicht überaus heftiger Schmerzen war. Als der Kranke sich am 31. Octbr. 1850 in unserem Hospitale einstellte, war die Warze etwa $^1/_4$ Zoll hoch und stand wie ein spitzes Horn gerade nach oben auf der Nase. Obgleich äusserlich noch keine Spur carcinomatöser Entartung an demselben wahrzunehmen war, so lag doch die Möglichkeit einer solchen bei der lange bestehenden Wucherung und den Schmerzen in derselben nahe, so dass dem Wunsche des Patienten nachgegeben und sogleich zur Exstirpation geschritten wurde. Vermittelst der Cunier'schen Zange, zur Bildung einer Hautfalte, wurde noch unter dem Aftergebilde die Haut zu einer Falte erfasst und mit einem Zuge von den darunter liegenden Theilen abgetragen, die dadurch entstandene längliche Hautwunde auf dem Rücken der Nase mit fünf Knopfnähten vereinigt und der Gebrauch kalter Ueberschläge angeordnet. Am folgenden Tage stellte sich Erysipelas der Nase und Wangen mit Röthung der *Conjunctiva palpebrarum* ein, und wir erfuhren jetzt erst, dass der Operirte zur Gesichtsrose geneigt sei. Die kalten Ueberschläge wurden mit lauwarmen von *Aqua saturnina* vertauscht, worauf das Erysipelas in 4 Tagen verschwand. Als am vierten Tage nach der Operation die Nähte gelöst wurden, war, wie man es bei dem Erysipel nicht anders erwarten konnte, eine Vereinigung *per primam intentionem* nicht zu Stande gekommen. Die Wunde ward mittelst Heftpflasterstreifen vereinigt, diese aber, da sie reizend auf die Haut wirkten, bald wieder weggelassen, Bleiwasser übergeschlagen, die Ränder zuweilen mit Höllenstein betupft. Bei einer sehr torpiden und sichtbar durch mangelhafte Pflege früher vernachlässigten Haut und bei der ungünstigen Stelle dicht auf dem Nasenknochen ging natürlich die Heilung der kleinen Wunde nur langsam von Statten; jedoch verliess der Patient Ende October das Hospital als geheilt. Die mikroskopische Untersuchung stellte die Krebsnatur des abgetragenen Aftergebildes ausser Zweifel.

3. *Carcinoma glandis, amputatio penis.*

G. E., ein kräftiger und wohl aussehender Siebziger, der in seinem ganzen Leben keine bedeutende Krankheit durchgemacht hatte, litt seit etwa 3 Jahren an einer harten, zuweilen schmerzhaften Geschwulst der Eichel von ungleicher Oberfläche, welche eine übelriechende Jauche absonderte, bei Reizung auch zuweilen blutete. Die Entstehungsweise derselben aus einem juckenden Bläschen, das, durch Kratzen gereizt, sich vergrösserte, zum Geschwür wurde und die ganze Eichel ergriff, sowie die gegenwärtige Beschaffenheit sprachen für Carcinom, daher die Amputation des Penis direct hinter der Eichel, auf welche der Krebs beschränkt war, für nöthig gehalten und vollführt wurde. Die Genitalien wurden hierauf durch Languetten suspendirt, ein elastischer Katheter in die Harnröhre eingeführt, dieser verschlossen und zuweilen der Harn vermittelst desselben entleert. Die ersten Tage nach der Operation befand sich der Kranke ganz wohl, am achten erkrankte er unter Erscheinungen des *Delirium nervosum* und starb am 13. Tage. Die Section vermochte auch keine materiellen Veränderungen als Ursache des Todes nachzuweisen. Genauer ist der Fall in einer Abhandlung des Vorstandes der chirurgischen Klinik über *Delirium nervosum* besprochen, welche im Archiv für physiolog. Heilkunde abgedruckt ist.

4. *Exstirpatio carcinomatis ad mandibulam, resectio mandibulae.*

M. Hollfelder, 43 Jahre alt, von kleinem Wuchse, feinem Knochenbau und früher stets gesund, bemerkte vor 5 Jahren eine unbedeutende Geschwulst in der linken *Regio parotidea*, welche anfangs schmerzlos, dann unter zunehmenden, zuckenden Schmerzen sich allmälig vergrösserte und die Frau bewog, sich im Juni 1850 der Exstirpation dieses Aftergebildes zu unterziehen, über welche Operation in der Prager Vierteljahrschrift berichtet worden ist. Am 25. Juni war die Krebsgeschwulst exstirpirt, am 30. Juli die Operirte mit einer schön geheilten Narbe entlassen worden.

Ungefähr 3 Wochen später entwickelte sich unter heftigen Schmerzen an dem linken Winkel des Unterkiefers und an dem Gelenk desselben eine neue Geschwulst. Zur selben Zeit bemerkte die Frau eine harte Hervortreibung unter den falschen Rippen der rechten Seite; dabei magerte sie bedeutend ab, fühlte sich schwach, ihr Befinden überhaupt war gestört. Anfangs November, wo sie wieder ins Hospital aufgenommen wurde, war ihr Zustand folgender: An der linken Seite des Unterkiefers befand sich eine mehr als faustgrosse, harte, unbewegliche, auf dem Knochen fest aufsitzende Geschwulst, über welche die verdünnten Weichtheile gespannt und durch reichliche Venenverzweigungen bläulich gefärbt waren. Diese Afterbildung konnte von der Mundhöhle aus deutlich gefühlt werden, und hatte hier Ober- wie Unterkiefer nach rechts verdrängt. Eine Fortsetzung der Geschwulst mit demselben äussern Gepräge, nur kleiner, weniger rundlich, zog sich in die Unterohrgegend und in die Schläfegegend hinauf.

Durch die dünnen Bauchdecken nahm man eine Geschwulst von Kopfgrösse wahr, welche vom *Processus ensiformis* bis 2 Zoll unter den Nabel sich erstreckte, nach links die Mittellinie um 2 Zoll überschritt, nach rechts sich in dem hervorgewölbten Hypochondrium verlor. Die Oberfläche derselben war unregelmässig und enthielt in ihrer Mitte eine tellerförmige Grube. Vermittelst der Percussion fand man die Geschwulst bis in das linke Hypochondrium gehend, nach oben rechts bis zur fünften, links bis zur fünften und vierten Rippe reichend. Der freie Theil des Unterleibs von Hand Breite über der Symphyse gab Luftton, und ebenso der Thorax aufwärts von der zuvor angegebenen Grenze. Derselbe war überall gleichmässig gewölbt, konisch mit der Spitze nach oben, was wohl durch die den unteren Thorax auseinander drängende Geschwulst hervorgerufen wurde.

---

weder einen Längenriss, der dann gewöhnlich seitlich bei einer von beiden Schamlippen vorbeigeht, oder sie ist gekreuzt, oder formirt einen Winkel, und hat gewöhnlich ungleiche Ränder, so dass sie mehr das Ansehen einer Schusswunde hat. (Meissner's Forschungen werden citirt; warum nicht die Frauenzimmerkrankheiten?)	rissene Wunde entweder einen Längenriss, der dann gewöhnlich seitlich bei einer von beiden Schamlefzen vorbeigeht, oder sie ist gekreuzt, oder formirt einen Winkel und hat gewöhnlich ungleiche Ränder, so dass sie mehr das Ansehen einer Schusswunde hat. (Citat der Forschungen etc.)
Die Prognose S. 332 . . .	S. 297.
§. 473	S. 463.
§. 474	S. 467.
§. 475. Zu den prädisponirenden Ursachen der Scheidenrupturen gehören Missverhältnisse zwischen der Grösse der Frucht und der Weite des Beckens, hohes Becken und scharfes Hervortreten der *Linea innominata;* ferner Vernarbungen, Callositäten, Verengerungen, Geschwüre und Varices der Mutterscheide. Die Gelegenheitsursachen sind sämmtlich mechanische, z. B. heftiges Verarbeiten der Wehen und ungestümes Herumwerfen der Kreissenden, roh ausgeführte Wendung bei tief in's Becken eingeklemmtem Thorax und gewaltsames Zurückschieben des Kindes, heftiges Erbrechen der Kreissenden u. s. w.	S. 468. Zu den prädisponirenden Ursachen der Scheidenrupturen gehören Missverhältniss zwischen der Grösse der Frucht und der Weite des Beckens, hohes Becken und scharfes Hervortreten der *Linea innominata;* ferner Vernarbungen, Callositäten, Verengerungen, Erschlaffung (durch vorangegangene Krankheiten), Geschwüre und Varices der Mutterscheide. Die Gelegenheitsursachen sind sämmtlich mechanische, z. B. heftiges Verarbeiten der Wehen und ungestümes Herumwerfen der Kreissenden, roh ausgeführte Wendung bei tief in's Becken eingeklemmtem Thorax und gewaltsames Zurückschieben des Kindes, heftiges Erbrechen der Kreissenden u. s. w.

Ich habe von dieser zweiten Lieferung noch nicht ein Drittel aufgeschnitten, und mithin meinen verehrten Collegen in diesem Californien noch Terrain zur weiteren Ausbeutung genug gelassen. Man wird mir zugeben, dass ein solches Buch nicht zu beurtheilen ist, da man Original-Abhandlungen und Werke anderer Schriftsteller in ihrem Zusammenhange, nicht aber zerfleischt zu beurtheilen pflegt.

Der ganze Körper war sehr abgemagert, die allgemeinen Decken trocken, welk, runzlig, mit einem Stich ins Gelbe. Die Temperatur der Körperoberfläche vermindert, Schweiss seit langer Zeit nicht mehr vorhanden, der Stuhl oft mehrere Tage angehalten, trocken, verbrannt; der Appetit gering, der Puls klein, die Schmerzen in der Geschwulst am Unterkiefer heftig, so dass selbst die Nachtruhe gestört war. Sowohl wegen dieser Schmerzen, als auch weil die Geschwulst auf Pharynx und Larynx drückte, bestand die Kranke auf der Operation, welche um so eher vorgenommen werden konnte, als zu hoffen stand, dass durch die Beseitigung des Aftergebildes am Kiefer der Zustand der Frau erleichtert werde.

Am 29. Nov. ward zur Operation geschritten, zuerst ein Schnitt durch die über der Geschwulst sehr verdünnte Musculatur und äussere Haut von dem Ohr abwärts hinter und parallel dem Unterkieferbein geführt, und mit diesem ein zweiter Schnitt vereinigt, der die Unterlippe in der Mitte spaltete und senkrecht über das Kinn verlief. Hierauf wurden die Weichtheile von der Geschwulst getrennt. Da diese fast um die ganze linke Hälfte des Unterkiefers gelagert war, am Winkel und aufsteigenden Ast vom Knochen ausgehend sich erwies, so wurde die Mandibula in der Mitte mit der Kettensäge durchsägt und die linke Hälfte derselben sammt der Geschwulst exstirpirt, sodann mehrere spritzende Gefässe unterbunden, und am Abend die Weichtheile vermittelst 17 umschlungener und einiger Knopfnähte vereinigt.

Deglutition und Respiration waren nach der Operation freier, das Befinden der Kranken befriedigend.

Die exstirpirte Geschwulst zeigte die Charaktere des Alveolarkrebses, und zwar bestand er aus erbsen- bis bohnengrossen, fächerartig neben einander gelagerten Alveolen, die gegen die Peripherie hin kleiner wurden. Unter dem Mikroskop gesehen, bestand die festere Masse desselben ebenfalls aus solchen Alveolen.

Bei Lösung der Nähte am 2. Dec. zeigte sich die Wunde vom Ohr bis zum Halse herab vollkommen verklebt, die unteren Partien mit gutem Eiter bedeckt. In den folgenden Tagen löste sich die Vereinigung wieder, die ganze Wunde klaffte, das Secret wurde dünn und übelriechend. Dabei sanken die Kräfte, der Appetit war ganz gering, der Puls klein, der Athem häufig. Die Geschwulst in der rechten Seite nahm zu, am 7. trat Oedem der linken unteren Extremität auf, am 8. erfolgte der Tod.

Die Section ergab in der Kopfhöhle zahlreiche, theils weisse, theils gefässreiche, milchgebende Ablagerungen von verschiedener Grösse in der Diploë der Schädelknochen, auf der *Dura mater*, in der Substanz des Gehirns, wo sie von gelber Erweichung umgeben, während das übrige Gehirn von normaler Consistenz und Farbe war. Die linke, mittlere Schädelgrube von einer mehr als wallnussgrossen Ablagerung, welche die Hirnwindungen verdrängt hat, erfüllt.

Brusthöhle. Durch das von der Leber heraufgedrängte Zwerchfell ist die Pleurahöhle verkleinert, sie enthält wenig, gelbes, zähes Serum. Die linke Pleura besonders an ihrer *Pars diaphragmatica* und an ihrer hinteren Costalwand mit hirsekorn- bis linsengrossen, hie und da abgeplatteten, weichen, grauen Geschwülsten besetzt; mit ähnlichen die Lungenpleura derselben Seite, während rechts der Pleurasack durch fast totale Verwachsung mit der Lunge beinahe ganz aufgehoben ist. Beide Lungen enthalten mitten im gesunden Parenchym zerstreute hirsekorn- bis haselnussgrosse, weiche, beim Druck eine graue, dicke Flüssigkeit entleerende Knoten. Die Bronchialröhren eng, die Schleimhaut roth, mit schaumig-blutiger Flüssigkeit erfüllt. Das Herz klein, sonst normal. Die fünfte linke Rippe an ihrer grössten Convexität in ihrer Continuität gestört, indem die Knochensubstanz besonders in der Markhöhle von einer grauen, weichen Aftermasse infiltrirt ist.

Bauchhöhle. Die Leber in allen Richtungen enorm vergrössert; ihre Oberfläche mit Aftermassen der verschiedensten Grösse besetzt, die im linken Lappen seltener werden und nicht über Haselnussgrösse gehen. Die grösste Ablagerung befindet sich in der Mitte des rechten Lappens, einen Kern enthaltend, um welchen herum theils isolirt, theils zerfliessende, rundliche wallnussgrosse Krebsknollen gelagert sind. Im linken Lappen finden sich auch in der Tiefe nur sparsame, bis taubeneigrosse Knollen. Der Kern im rechten Lappen giebt auf dem Durchschnitt ein ganz eigenthümliches Bild. Von der Grösse zweier Handbreiten ist er unregelmässig, hie und da zackig, hart, fast schon dem blossen Ansehen nach fasrig. Unter dem Mikroskop zeigt sich auch ein unregelmässiges Netz von dünnen, dunkeln, blassen Fasern ohne Spur von Zellenbildung. Innerhalb dieser Masse befinden sich linsen- bis wallnussgrosse Hohlräume, ausgefüllt mit einem gelben, zähflüssigen Serum, weichem Fibrin und coagulirtem Blut. Um diesen Centralkern kommt in nächstem Kreise eine Schicht grauer, weicher Masse und einer andern festen gelben, in den verschiedensten Figuren abgesetzt. Die gelbe Masse zeigt unter dem Mikroskop keine Spur von Zellen, sondern Molecüle, hie und da mit unregelmässigen, scharf conturirten Kernen durchsetzt, sparsames Fett dazwischen. Schon dem blossen Ansehen und Anfühlen nach erscheint sie als eine rohe, faserstoffige, in der Entwickelung wenig vorgeschrittene Ablagerung, während in der grauen Medullarmasse deutlich grosse Kerne und Zellen sichtbar sind. Um diesen Kreis herum sind dann andere, mehr rein medullare Knoten gelagert. Ein zweiter Kern, dem obigen ähnlich, nur um mehr als die Hälfte kleiner, liegt im hinteren Theil des rechten Lappens gegen den unteren Rand hin. — Das Bauchfell des rechten Leberlappens ist allseitig mit dem Zwerchfell und der vorderen Bauchwand durch kurze Stränge verwachsen, über den Krebsmassen, besonders in der tellerförmigen Grube, mit denselben verschmolzen. Die Substanz der Leber, welche durch die Krebsmasse beinahe ganz verdrängt ist, erscheint dunkel braunroth, ohne deutliche Scheidung in zwei Farben, blutreich, von normalem Gefüge. Die Gallenwege nichts Besonderes darbietend. In den Krebsmassen lassen sich weder Pfortader- noch Gallengänge nachweisen. Die Milz nicht vergrössert, ihre Pulpa blassbraun. Beide Nieren vergrössert, in beiden finden sich über die Oberfläche hervorragend bis wallnussgrosse Krebsknollen. In der linken Niere ragt einer derselben bis ins Nierenbecken.

Der Uterus hart, nahe am inneren Muttermund einen bohnengrossen Krebsknoten enthaltend. Ein ähnlicher, von Wallnussgrösse sitzt im rechten Ovarium. Am Peritonäum der Beckengegend und hie und da am Gekröse sitzen wie angeleimt hirsekorn- bis linsengrosse theils isolirte, theils gruppirte Krebsknötchen.

Die linke *Vena cruralis* und *iliaca* bis zur Einmündungsstelle der letzteren in die Hohlvene finden sich durch ein weiches, Blut einschliessendes Coagulum obturirt, welches in der Gegend des Poupartschen Bandes fest adhärirt, aus der *Iliaca* und *Hypogastrica*, wo es nur locker angeklebt ist, leicht getrennt werden kann.

Doch auch die rechte *Vena iliaca* und die *Vena cava ascendens* findet sich in der Ausdehnung von zwei Zoll durch leicht verschiebbares Coagulum ausgefüllt, das jedoch nur an der Winkelbildung der Hohlvene verwachsen ist. Diese Obturationen in den Venen der rechten Seite sind wahrscheinlich erst in der allerletzten Zeit entstanden, da die rechte Extremität noch nicht hydropisch erscheint, wogegen der Hydrops auf der linken Seite mit der Verwachsung und derberen Consistenz des Gerinnsels zusammen für ein längeres Bestehen der Obturation spricht.

Miscellen.

Bekanntmachung.

Die Anwendung von Gefässen und Geräthschaften aus Argentan zu pharmaceutischen Zwecken wird als gesundheitsgefährlich den Apothekern in Folge Rescripts des Hrn. Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten hierdurch untersagt.

Berlin, den 4. April 1851.

Königl. Polizei-Präsidium.

i. A. Lüdemann.

Kousso gegen Bandwurm.

In der ersten Januar-Nummer der „Lancet" von diesem Jahre theilt Dr. Wood die Krankengeschichte eines 32jährigen Mannes mit, der von Geisteskrankheit befallen wurde, und bei dem man endlich die Ursache derselben in einem durch Bandwurm bewirkten Reiz erkennen zu müssen glaubte. Es wurden viele Anthelmintica ohne Erfolg angewendet, bis man zuletzt zum Kousso griff, und mit seiner Hülfe schnell und leicht eine beträchtlich lange Taenia abtrieb, damit aber den Kranken auch von seiner Geisteskrankheit heilte.

Impfung der Syphilis auf Thiere und Rückimpfung.

Hr. Primärarzt Dr. Sigmund in Wien hatte die Güte, mir folgende Notiz mitzutheilen:

Wir haben im vergangenen und in diesem Monate wiederholt auf Kaninchen den Schanker-Eiter mit Erfolg geimpft, von den Kaninchen sodann auf Menschen übertragen, und sahen eben in der vierten Uebertragung dieser Reihe genau charakterisirte Schanker entstehen. Auch Impfungen auf das Pferd sind gelungen, doch von diesem noch keine Uebertragungen auf Menschen vorgenommen worden; wir sind eben damit und mit Impfungen auf andere Thiere beschäftigt.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Oesterreich. Dem pens. Oberarzte F. Monser das silberne Verdienstkreuz mit der Krone.

Preussen. Dem Kreisphysikus Dr. Strauch zu Landeshut der Charakter als Sanitätsrath. Dem Wundarzte Redling zu Friedersdorf, Kreis Lauban, das Allgemeine Ehrenzeichen.

Personalveränderungen. Baiern. Zu Physikatsärzten ernannt: Die prakt. Aerzte DD. R. W. Seggel zu Wassertrüdingen in Kirchenlamitz, P. Handschuh zu Happburg in Pegnitz, P. G. Klingsohr zu Gunzenhausen in Pleinfeld.

Hannover. Ernannt: Dr. Schmidt in Einbeck zum Stadtphysikus daselbst. Versetzt: Landchirurg Dr. Först zu Burgdorf nach Gifhorn.

Preussen. Ernannt: Der Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Brefeld zu Hamm zum Regierungs- und Medicinalrathe bei der Regierung zu Breslau. Versetzt: Der Kreisthierarzt Wannovius zu Burgsteinfurt in gleicher Eigenschaft in den thierärztlichen Bezirk Niederung-Heydekrug. Niederlassungen: Der praktische Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Chrzescinski hat sich in Gniewkowo niedergelassen.

Todesfälle. Baden. Physikus Dr. Panther zu Gengenbach.

Oesterreich. Dr. Jos. Jul. Czermak in Wien, Professor der Physiologie an der Universität daselbst.

Belgien. Dr. F. Lutens in Antwerpen, Reg.-Arzt a. D.

Frankreich. DD. Chambeyron, Chefarzt der Irrenanstalten zu Rennes und Orleans; Barras zu Paris, bekannt durch sein treffliches Werk über die Gastralgien; Heuchel zu Cernay.

Russland. Die Staatsräthe und Ritter DD. H. Scholvin und G. H. v. Proffen in Reval, W. M. Kresstowsky, Oberarzt am Hof-Hospitale zu St. Petersburg.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1].

(Fortsetzung aus No. 16.)

7. Pharmakologie.

Addison u. Barlow, *Zincum sulphuricum* gegen Chorea. Lancet, Jan.
Alquié, Ueber locales Anästhesiren. Gaz. des hôp. 7.
Anger, Karlsbad als Heilmittel in der Honigharnruhr. N. med.-chir. Ztg. No. 14.
Boeker, Ueber die Wirkung des metallischen Goldes gegen Carditis und Gicht. Pr. Vereins-Ztg. No. 1.
Berend, Kritische Randbemerkungen zu einer neuen Theorie über das Wesen des Chloroformtodes. Vierordt's Arch. 2.
Berg, Charakteristik der für die Arzneikunde und Technik wichtigsten Pflanzengenera. Berlin, 1851. Nitze.
Bernhardi, Heilung des *Delirium tremens* durch Eisen. Pr. Vereins-Ztg. No. 6.
Bouillaud, Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung der Digitalis und des Digitalins. Gaz. des hôp. 15 u. 16.
Bramwell, Ueber den Gebrauch des Leberthrans bei Lungenschwindsucht. Monthly Journ., Febr.
Brayera anthelmintica. Deutsche Klinik No. 1.
Buchner, Dr. Hilton's Nervenpillen, chemisch untersucht. Buchner's Repert. Heft 2.
— Ueber das phosphorsaure Eisenoxyd-Natron als Arzneimittel. Ibid. VII. 1.
Carrière, Inhalationen von Jod gegen *Phthisis pulmon.* L'Union 12.
de Castelnau, Behandlung des Cerebro-Spinaltyphus mit grossen Gaben Opium. Gaz. des hôp. 5.
Champouillon, Leberthran gegen Lungenaffectionen. Ibid. 3 u. 8.
Charruau, Bessière u. Cherest, Ueber die Anwendung des Kochsalzes und die Wirkung desselben auf die Milz bei Wechselfiebern. L'Union 8.
Chevandier, Behandlung des Rheumatismus mit Terpenthin-Dampfbädern. Rev. méd.-chirurg., März.
Clarke, Ueber die Behandlung der Hysterie mit *Antimonium tartarisatum.* Lancet, Jan.
Clemens, Ein Beitrag zur näheren Erkenntniss des Chloroforms in chemischer und physiologischer Beziehung. Deutsche Klinik No. 3. 4. 7. 8. 12.
Cordier, Vergleich zwischen der Anwendung der arsenigen Säure und des schwefelsauren Chinins bei Behandlung der Wechselfieber in Algerien. Gaz. méd. de Par. 2.
Cotter, Die Wirkung des *Filix mas* bei Bandwurm. Dublin Press No. 626.
Cotton, Ueber Kousso und Bandwurm. Lond. Gaz., Febr.
Ditterich, *Rhamni frangulae cortex.* Neue med.-chir. Ztg. No. 1.

[1]) Sammtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Danziger, Ueber den destructiven Einfluss des *Chlors auf das* contagiöse Princip. Pr. Vereins-Ztg. No. 4.
Deutsch, Nachtheilige Wirkung empyreumatischer Stoffe. Ibid. No. 5.
— Ueber das Jod. Deutsche Klinik No. 1.
Dorvault, Ueber Magistralformeln. Bull. de thérap., Jan.
Dumars, Ein neues Mittel (Gambier) gegen Wechselfieber. Gaz. méd. de Montp. No. 1 und Gaz. des hôp. 14.
Essentia Sarsaparillae. Deutsche Klinik No. 2.
Frickhinger, *Aristolochia Clematitis L.;* auf ihre näheren Bestandtheile untersucht. Buchner's Repertor. VII. 1.
Guilliermond, Ueber den Gebrauch der Alkoholpräparate. Gaz. des hôp. 6.
— Ueber den Jodgehalt der Sarsaparilla. Ibid. 7.
Hlasiwecz, Ueber das Cinchonin. Liebig's Annal., Jan.
Hunt, Ueber die Wirkung des Arseniks bei Hautkrankheiten etc. Med. Times, Febr.
Jacquot, Die Anwendung der Arsenikpräparate gegen Sumpffieber. Gaz. méd. de Par. 1.
Jones, Opium bei continuirendem Fieber. Lancet, Jan.
Kesteven, Die wohlthätigen Wirkungen des Kreosot bei Diarrhöen. Lond. Gaz., Febr.
Krätze, Mittel gegen dieselbe. Deutsche Klinik No. 6.
Küchenmeister, Beiträge zur Pharmakodynamik. Vierordt's Arch. 1.
Legrand, *De l'or dans le traitement des maladies scrofuleuses des os.* Paris, 1851. Baillière.
Lepelletier, Ueber das Brucin. Gaz. des hôp. 10—12.
Liebig, Verfahren zu Bestimmungen des Blausäuregehalts der medicinischen Blausäure, des Bittermandel- und Kirschlorbeer-Wassers. Liebig's Annal., Jan.
Lunier, Ersatzmittel des Leberthranes. L'Union 14.
Mack, Abbildung und Beschreibung eines pharmaceutischen Dampfapparates. Buchner's Repertor. Heft 2.
Mauthner, *Extractum bovini sanguinis,* ein neues Mittel in chronischen Anämien der Kinder. Deutsche Klinik No. 9.
Michaëlis, Die physiologischen Wirkungen des Zinkoxyds. Vierordt's Arch. 1.
Monneret, Ueber den Gebrauch der schwarzen englischen Tropfen *(black drops).* Bull. de thér., Jan.
Natron choleinicum. Deutsche Klinik No. 1.
Prunerberg, Die Rinde des Baumes Musenna das zuverlässigste Mittel gegen den Bandwurm. Neue med.-chirurg. Ztg. No. 3.
Rabourdin, Untersuchung über die verschiedenen China-Arten. Bull. de thérap., Jan.
Scharlach; Belladonna und Essigsäure als Schutzmittel dagegen. Deutsche Klinik No. 6.
Schroff, Untersuchungen über die Zwiebel der Zeitlose und Versuche mit derselben an Thieren und Menschen. Wiener Ztschr., Febr.
Smith, Ueber das Aloin, das cathartische Princip der Aloë. Monthly Journ., Febr.
Spengler, Collodium gegen Erysipelas. Ibid.
Stannius, Untersuchungen über die Wirkungen der Digitalis und des Digitalins. Vierordt's Archiv Heft 2.
Thiry, Ueber den Rooh Laffecteur und seine Unwirksamkeit bei Behandlung syphilitischer Affectionen. Presse méd. 3. Bull. de thér., Jan.
Traube, Vorläufige Mittheilungen aus einer grösseren Arbeit über die Wirkungen der Digitalis. Deutsche Klinik No. 8.
Wakley, Ueber die Anwendung des Glycerins bei gewissen Fällen von Taubheit. Lancet, Jan.
Wells, Wirkung des Kousso gegen den Bandwurm. Lond. Gaz., März.
Wertheim, Pharmakologische Studien über die Alkaloide: Nicotin, Coniin, Atropin, Daturin. Wiener Ztschr., Jan.

Sonnabend, № 18. 3. Mai 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Das mittelst des Hörrohrs an umschriebener Stelle des Herzens wahrnehmbare metallische Klingen, ein Effect der in einem gewissen Grade der Durchfeuchtung befindlichen Sehnen der Papillarmuskeln.

Ein auf Experimente an trockenen und feuchten Saiten begründeter Beitrag zur Lehre von der Auscultation des Herzens

von

Dr. Küchenmeister,
prakt. Arzt in Zittau.

Bei dem Streite über Entstehung des metallischen Klingens am Herzen wird jeder auf pathologisch-anatomische Sectionen begründete Erklärungsversuch, so hoffe ich, den Aerzten physiologischer Medicin ein willkommener Beitrag sein, und ich stehe nicht an, den folgenden Fall deshalb hierorts öffentlich zu besprechen.

Krankengeschichte. In der zweiten Hälfte des Monats März 1851 wurde ich von meinem Collegen Hrn. Dr. Mittrich hierselbst zu einer gemeinsamen Untersuchung eines seiner Kranken eingeladen, der ein eigenthümliches, hell klingendes Geräusch bei Systole des Herzens, und links hinten ausserdem ein ziemlich deutliches pleuritisches Reibungsgeräusch, sowie fühl- und sichtbare Pulsation in der Gegend des *Arcus aortae* darbot. Ich sah den Kranken drei Mal gemeinsam mit Hrn. Dr. Mittrich und ein Mal allein, da mir noch ein Zweifel über die Congruenz des Klingens mit Systole des Herzens ungelöst schien, und ich des Kranken nahes Ende befürchtete.

Percussion der rechten Brusthälfte. Ueberall guter, oben fast emphysematöser Percussionsschall; im unteren Viertheil Dämpfung querfingerbreit höher herauf gehend, als sonst gewöhnlich der Fall, und als, zumal bei der emphysematischen Lungenaffection, zu erwarten war, was von uns aber nicht weiter beachtet ward, da der dumpfe Leberton nach unten nicht weit über die Rippenränder der unteren Rippen herabstieg, und überhaupt die Erscheinungen links uns besonders fesselten. Auscultation in der ganzen rechten Lunge, bis fast zur Basis herab, normal, doch erinnere ich mich deutlich, unten dasselbe Reibungsgeräusch, wie links hinten, ein Mal gehört zu haben, dessen Uebersehen bei Stellung der Diagnose mir heute um so mehr unlieb ist, da ich deutlich mich der Beobachtung entsinne.

Percussion der linken Seite. Von der Spitze der Lunge vorn bis herab zur 6. Rippe, wo der Magenton begann, hinten bis zur 8. Rippe etwa Dämpfung, mit Ausnahme eines einzigen fingerbreiten Streifens zwischen der rechten Seite der grossen Gefässe und dem linken Sternalrande, der eine normal helle Percussion gab, und einer Stelle von der Grösse eines Truthühnereies links unten und hinten zwischen der 7. und 8. Rippe, welche bei der Percussion amphorischen Wiederhall und das Geräusch des „gesprungenen Topfes" wahrnehmen liess, rings herum aber nach oben und unten von dumpfen Percussionston gebenden Grenzen umschlossen war. Unterhalb dieser dumpfen Grenze fand sich ein mehrere Zoll breiter und beinahe 2 Zoll tiefer Streifen von normalem, hellem Percussionston. Eine Grenze zwischen Dämpfung des Herzens und der infiltrirten linken Lunge nicht zu erkennen. Uebrige Organe des Unterleibes normal.

Auscultation. Nirgends auf der ganzen linken Seite normales Athmungsgeräusch, an einzelnen Stellen nur schwaches, bronchiales Athmen, jedoch ohne alle Bronchophonie, da der Kranke eine schwache Stimme hatte. Auch Wispern des Kranken erzeugte keine Bronchophonie. An der bei Percussion amphorischen Wiederhall gebenden Stelle consonirendes, nicht allzu grossblasiges Schleimrasseln, ohne Bronchophonie. Nur einmal erschien bei künstlichem Husten ein schwacher metallischer Nachhall des Hustens. Einen Zoll unterhalb der dumpfen Grenzen dieser Stelle und noch weiter nach hinten pleuritisches Reibungsgeräusch.

Herz. Beide Töne normal; beim ersten Ton und ihm sich kurz

Feuilleton.

Aus deutschen Bädern.

I. Teplitz.

Die Anzahl der wohlthätigen Krankenanstalten in Teplitz wächst mit jedem Jahre, und es möchte wohl schwerlich ein Badeort gefunden werden, in dem so gut dafür gesorgt wäre, dass auch unbemittelte Kranke der Wohlthaten einer ausgezeichneten Therme theilhaftig werden, als gerade dieser. Dem Schreiber dieser Zeilen sei es erlaubt, eine kurze Uebersicht der Teplitzer Krankenhäuser zu geben, die um so willkommener sein dürfte, als Verwechselungen derselben neuerdings häufig vorgekommen sind. Konnte es doch sogar im vorigen Jahre passiren, dass, als Hr. Dr. Willich aus irgend welcher Veranlassung den preussischen Rothen Adlerorden vierter Klasse erhielt, derselbe in der officiellen Anzeige als dirigirender Arzt des preussischen Militärhospitals bezeichnet wurde, mit welchem derselbe absolut gar nichts zu schaffen hat, sondern das seit Dr. Ulrich's Tode einzig und allein unter der Direction des Dr. Küttenbrugg steht. Das älteste Hospital in Teplitz ist das k. k. Oesterreichische Militär-Badehaus, in dem zu gleicher Zeit mehr als hundert Kranke Aufnahme finden können. Zur Leitung desselben wird wechselnd ein Militär-Oberarzt commandirt, das böhmische General-Commando aber hat die Entscheidung, welche Leute aus der gesammten Armee zu recipiren sein sollen. Das grosse, von einem Garten umgebene Gebäude liegt in Schönau, unweit des Schlangenbades. Sehr freundlich gelegen ist ferner das königl. preussische Militär-Bade-Institut, dessen gegenwärtiger Vorstand der bereits oben genannte Dr. med. und Physikus in Schönau Küttenbrugg ist. Dasselbe, welches 27 Betten hat, steht unter der Oberleitung des preussischen Kriegsministeriums, dem denn auch die letzte Verfügung über die hierher zu commandirende Mannschaft zusteht, die von 4 zu 4 Wochen abgelöst wird, wenn auch dem einen oder andern Kranken ein längerer Aufenthalt gestattet wird. Neben dem preussischen wird jetzt das sächsische Militär-Badehaus errichtet. Die Stiftung für ein solches bestand schon längere Zeit, ein eigenes Gebäude zu diesem Zweck sieht aber erst seiner Vollendung entgegen, während bisher für sächsische Militärs in dem John'schen Civil-Badehospital drei Zimmer zur Benutzung eingeräumt waren. Es standen diese unter der Leitung des Dr. Schmelkes, der denn auch den Bau des neuen Hospitals geleitet hat und fernerhin an dessen Spitze stehen wird. Der Dr. John in Teplitz hat fernerweit aus eigenen Mitteln erbaut und dotirt das John'sche Civil-Badehospital für in- und ausländische arme Kranke. Es hat dasselbe über 40 bis 50 Betten zu disponiren und steht gegenwärtig unter der Leitung des Dr. Haas. Ihm schliesst sich das israelitische Badehospital

nachschleppend metallisches Klingen, stets an einer einzigen Stelle über dem linken Ventrikel, ungefähr in dem Umfange eines Achtgroschenstückes, zwischen der 4. und 5. Rippe (im Sitzen des Kranken) hörbar.

Diagnose. Infiltration der ganzen linken Lunge von der Spitze bis hinten zur 8. Rippe, wahrscheinlich mit tuberkulösen Massen (da der Kranke ein Schnapstrinker gewesen war), zwischen der 7. und 8. Rippe nach hinten und unten eine Caverne, unter der ein Stück noch von Luft durchgängiger Lunge, und an welcher Stelle ein pleuritisches Reibungsgeräusch sich befindet, das auf nicht feste Verwachsung beider Pleurae deutet.

Herz. Klappen gesund; wegen der Ausdehnung der Percussionsdämpfung, und da bei Säufern, welche an Tuberkulose zu Grunde gehen, gern pericarditische Exsudate sich hinzugesellen, pericarditischer Erguss. Das metallische Klingen deutet auf eine Abnormität in oder an den Papillarmuskeln des Herzens (ob Ruptur oder was sonst für eine Ursache, fraglich). — Fühlbares Vibriren (Katzenschnurren) über dem Herzen fehlte. Der fühl- und sichtbare Puls der grossen Gefässe zwischen dem 1. und 3. Intercostalraume deutet auf Zwischenlagerung festen Gewebes zwischen den grossen Gefässen und Brustwänden. Aneurysma an dieser Stelle nicht vorhanden.

Therapie. *Symptomatica, ad Euthanasiam spectans.*

Section. Rechte Lunge zu $^5/_6$ gesund; das unterste letzte Sechstheil pleuritisches, zu Fäden organisirtes Exsudat zwischen den beiden Pleurablättern und etwa drei Unzen freie Flüssigkeit zeigend. (Also Sitz des von mir nur einmal oberflächlich beachteten, in Deutung übersehenen Reibungsgeräusches.)

Linke Lunge ganz mit Tuberkeln infiltrirt, bis zur 8. Rippe herab, in der Spitze zerstreute Tuberkeln, in der Mitte festes, infiltrirtes Tuberkelgewebe, theilweise fast splenisirt; unten zwischen der 7. und 8. Rippe und nach hinten eine oberflächliche Caverne von oben angegebener Grösse, die mit einem Bronchus communicirte, so dass beim Hervorziehen der bis zu der Infiltrationsgrenze herab fest verwachsenen Lunge der Eiter sich durch diesen zum Theil ergoss. Unterhalb der 8. Rippe eine Partie lufthaltigen Lungengewebes mit pleuritischen Auflagerungen, doch nicht fest verwachsen (Sitz des Reibungsgeräusches). Die Splenisation scheint darauf hinzuweisen, ebenso wie der Sitz der Caverne, dass das tuberkulöse Infiltrat secundär war und wahrscheinlich aus einer früheren Pneumonie sich herausgebildet hatte.

Herz im Umfange ziemlich normal; an seiner Oberfläche, sowie der ungefähr zwei Unzen Wasser haltende Herzbeutel glatt, milchig weiss; nur an einer Stelle am linken Ventrikel vorn und nach der Spitze zu mit einer häutigen, sehnigen, milchweissen Auflagerung von 16 Millimeter Länge, 8 Mm. Breite an schmalster und 11 Mm. an breitester Stelle; an seiner äussersten Spitze (linke Ventrikel) schwach ödematös angelaufen; in seinem Klappenapparate gesund, in seiner ganzen Muskulatur aber schlaff, weich, durchfeuchtet, erblasst, an welchem Processe feuchter Durchweichung etc. auch seine Papillarmuskeln Theil nahmen, deren Sehnen wie macerirte, sehr dünne Fäden aussahen. Unter den Sehnen, welche zu dem einen Flügel der Mitralklappe verliefen, befand sich eine, die über das Niveau der anderen Sehnen, vom Papillarmuskel aus gerechnet, etwa 10 Mm. hinaus muskulös war. Während nämlich die anderen Sehnen hier eine Länge von beiläufig 22 Mm. hatten, so war die Sehne an diesem Faden nur beiläufig 12 Mm. lang; die noch fehlenden 10 Mm. waren von einem fast rabenkieldicken Papillarmuskelstreifen gebildet. Trotz des mühsamsten Suchens konnte ich ein anderes überschüssiges, sehniges Gebilde nicht auffinden, und nur an der Wurzel des einen, mit zwei starken Armen aus dem Herzmuskel entspringenden, zu dem anderen Zipfel der *Valvula mitralis* gehenden, stärksten Papillarmuskels befand sich zwischen den beiden Armen ein kleines, sehniges Blättchen ausgespannt, das sehr dünn, mit drei nadelstichgrossen Oeffnungen durchbohrt, 4 Mm. lang, und an schmalster Stelle 2 Mm., an breitester 7 Mm. breit war. — Das Zellgewebe zwischen den grossen Gefässen und Thorax angeschwollen und zu sehnig schwartigen Massen verdickt. Die Aorta in der *pars ascendens* normal, in ihrem Bogen etwas, doch nicht aneurysmatisch erweitert; Gewebe normal und gleichmässig. Obwohl es hier nicht zu dem Katzenschnurren selbst gekommen war, so erkannte man doch deutliche Vibrationen. — Das Präparat befindet sich in meinen Händen.

Das Genaueste über dieses Geräusch, mündliche Vorträge von Oppolzer und Jacksch abgerechnet, die den bald zu nennenden, auch von Grabau angenommenen Ansichten huldigen, habe ich bei Grabau: „der Schlag und die Töne des Herzens" S. 192—193 und in Weber: „Theorie und Methodik der physikalischen Untersuchungsmethode" S. 94 das Meiste zusammengestellt gefunden.

Grabau sagt: „Man hat das metallische Klingen zuweilen bei Herzkrankheiten gehört, sowohl unmittelbar, als durch das Stethoskop. Es scheint indessen, dass diesem Geräusche oft eine Täuschung zu Grunde lag. Denn wenn man die Ohrmuschel fest an die Herzgegend drückt, so hört man an jedem gesunden Herzen das metallische Klingen, und kann man nach Willkür das Geräusch am Thorax und am Halse, so weit man überhaupt Herz- und Arterientöne wahrnimmt, hören. Natürlich, denn es sind ja dieselben Bedingungen vorhanden, als wenn man das Geräusch dadurch künstlich erzeugt, dass man die Handfläche fest ans Ohr legt und darauf mit einem Finger der andern Hand pocht. Die Brustwand vertritt die flache Hand, das anschlagende Herz den pochenden Finger. Gleichfalls kann man dasselbe Geräusch mit dem Stethoskope vernehmen, wenn man dasselbe fest ans Ohr, und so namentlich den Tragus fest vor den äusseren Gehörgang drückt. Daraus ergiebt sich, dass in diesen Fällen das metallische Klingen im Ohre selber durch Erschütterung der im äusseren Gehörgange abgesperrten Luftsäule entsteht, welche stark gegen das Trommelfell getrieben wird, und dieses letztere scheint die unmittelbare Ursache des metallischen Klingens. Es ist aber eine Absperrung der Luftsäule im Gehörgange nicht durchaus nothwendig. So hörte ich ein schwächeres metallisches Klingen bei einem starken, klanglosen, harten, ersten Herztone in einem Falle, wo ich beginnende Herzhypertrophie annehmen musste, auch als ich mit aller Vorsicht einen Druck des Ohres vermied!" Soweit Grabau. Es ist gegen den ersten Theil dieses Citates folgendes einzuwenden.

Erweitert man das Experiment, auf welches sich jene ganze Theorie über Zustandekommen des Geräusches durch Antreiben der Luft im Ohre oder Hörrohre unmittelbar und stark gegen das Trom-

---

unter Direction der DD. Schmelkos und Peruz an, sowie denn hier auch die Gemeinbäder für arme Kranke zu nennen sind.

Einen ganz anderen Zweck, als alle die bisher genannten Anstalten, hat nun endlich das Friedrich-Wilhelms-Hospital, dem Dr. Willich vorsteht. Während jene nämlich lediglich für Kranke, welche die Teplitzer Thermen brauchen sollen, berechnet sind, ist dieses ein städtisches Krankenhaus für interne und externe Kranke, zunächst der Stadt Teplitz. Diese hat es errichtet und dotirt von einem ansehnlichen Geschenk, welches die preussischen Prinzen der Gemeinde zu wohlthätigen Zwecken machten, als sie das schöne Monument zum Andenken des hochseligen Königs Friedrich Wilhelm III. gesetzt hatte. Zu dessen Andenken hat es denn auch seinen Namen erhalten, und dieser allein hat wohl die häufigen Verwechselungen mit dem preussischen Militär-Bade-Institut veranlasst. An dieses städtische Krankenhaus reihen sich noch eine herrschaftlich Clary'sche und eine bürgerliche Versorgungsanstalt.

II. Die Neuquelle zu Eger-Franzensbad.

Unter dem 22. März l. J. wurden der Egerer k. k. Kreisregierung durch den Gemeinderath der Kreisstadt Eger die Resultate der Analyse der Neuquelle zu Eger-Franzensbad, sowie weitere die Mineralquellen überhaupt betreffende physikalische Erhebungen unterbreitet.

Der Gemeinderath hält es für seine Pflicht, diese den Kurort so sehr berührenden und selbst für das grössere Publicum nicht uninteressanten Ergebnisse im Auszuge hier öffentlich mitzutheilen.

Im Monat November 1849 wurde bei der Aushebung des Mineralmoors für das neue städtische Badehaus, in östlicher Richtung von diesem, $92^1/_2$ Klafter von der Franzensquelle und 160 Klafter von der Wiesenquelle entfernt, bei einer Tiefe von 10 Fuss eine tumultuarisch hervorbrechende Quelle von dem Inspector Reindl beobachtet und die Anzeige hiervon gemacht.

Auf Antrag des städtischen Brunnen-Directors, Med. Dr. Köstler, beschloss der Bürgerausschuss, die grossen Auslagen nicht zu scheuen, diese Quelle vom festen Grunde aus zu fassen und durch den Moor in die Höhe zu leiten.

Als diese neue Quelle in ihren Ständer nun krystallhell, und durch die Gasströmungen in schäumender Bewegung gehalten, zu Tage stieg und in der Minute $25^1/_4$ Maass Wasser ausgoss, wurden plötzlich einzelne Bedenken rege, die unter das Publicum gebracht und selbst an die höheren Behörden geleitet wurden, nämlich:

Diese Quelle könne der nahen Franzensquelle schaden, denn

a) es wären Beobachtungen gemacht worden, dass die Franzensquelle in Betreff ihres quantitativen Abflusses variire, möglich, dass die Neuquelle das Wasser entzöge;

b) habe man letzterer Zeit auf der Oberfläche der Franzensquelle ein schillerndes Eisenhäutchen beobachtet, welches

melfell des Auscultators stützt, in der Weise, dass man sich den Handrücken der ans Ohr zu legenden Hand mit etwas angefeuchteter Seife, oder ein Bischen Wachs bestreicht und den fest darauf und ohne alle Tonerscheinung an die Hand gelegten, oder vor Anlegen der Hand ans Ohr sogleich fest mit dem Handrücken in Berührung gebrachten, also gleichzeitig angelegten Finger plötzlich und schnell von dem Handrücken abzieht, so bemerkt man in seinem Ohre gleichfalls ein, wenn auch kurzes, metallisches Klingen. Es müsste deshalb, wenn das Anschlagen der Herzspitze gegen das Ohr oder Hörrohr des Auscultators die Ursache der Tonerscheinung wäre, auch, durch das Abweichen der Herzspitze vom Thorax in der Diastole, ein, wenn auch kürzeres und schwächeres, doch wahrnehmbares metallisches Klingen bei Herzdiastole gehört werden, was, worin alle Beobachter übereinstimmen, bis jetzt noch nie geschah, und wofür die Erklärung, wie wir weiter unten sehen werden, leicht anderswo zu finden ist. Ferner müsste, falls der einzige Entstehungsgrund in der Antreibung der Luft gegen das Trommelfell des Auscultators zu finden wäre, das Klingen am stärksten und stets nur an der Herzspitze zu hören sein, während doch Grabau selbst schon an eine Fortleitung des Klingens zu denken scheint, wenn er sagt, man höre es an allen Stellen des Thorax etc., wo doch sicher die Antreibung der Luft gegen das Trommelfell des Auscultators nicht überall statthaben kann. Endlich scheint Grabau selbst das Unhaltbare dieser Entstehungstheorie gefühlt zu haben, wenn er in seinem Schlusssatze sagt, er habe es bei lose aufgelegtem Hörrohre gleichfalls vernommen. Dennoch aber giebt er uns keine andere Deutung, und hätte er, wie ich in obigem Falle, nur an umschriebener Stelle das Klingen wahrgenommen, gewiss, er würde es stärker urgirt haben, dass die bisherige Erklärungsweise nicht ausreiche, wo er nicht eine neue Erklärungsweise zu substituiren versucht hätte.

Wir wenden uns weiter zu Weber, welcher sagt: „Auf mehrere, bisher unbeachtete Bedingungen von Geräuschen in den Ventrikeln hat Hammernjk aufmerksam gemacht, nach dem mitunter Sehnenfäden in abweichender Richtung verlaufen und den Blutstrom kreuzen. H. glaubt, dass diese nur ein systolisches Geräusch hervorbringen können. Ob diese Anordnung der Fäden Veranlassung des hohen, hellen Tones ist, den Skoda einige Male hörte und gleichfalls auf den Klang eines gespannten Fadens bezog? Immerhin scheint der hierdurch erzeugte Ton nicht stets hoch zu sein, denn Jacksch hat sogar ein fühlbares Vibriren der Brustwand beobachtet, dessen Veranlassung in einem überzähligen, quer an das *Ostium aortae* übergespannten Sehnenfaden lag, und hohe Töne verursachen nicht gern tastbare Schwingungen.“

Dass Fäden, welche dem Blutstrome in transversaler Richtung sich entgegensetzen, Geräusche, und je nach ihrem Spannungsgrade, ihrer Feinheit und aus anderen bald anzugebenden Gründen, Geräusche mancher Art, hervorbringen können, will ich gern zugeben. Was den Fall von Jacksch anlangt, so muss man zur richtigen Erkenntniss des Thatbestandes auf die Quelle: Prager Vierteljahrsschrift 1847, 3., S. 20 zurückgehen, wo es wörtlich heisst: „5) in einem Falle bei einem überzähligen sehnigen Faden im linken Ventrikel, der gegen das Ostium der Aorta zu quer von der Scheidewand zu den sehnigen Fäden der Klappe gespannt war“; und weiter auf S. 21, wo Jacksch über diesen Fall genauer in folgenden Worten sich ausspricht: „Bei einem tuberkulösen Individuum war während des Lebens ein starkes, systolisches Schwirren in der Herzgegend fühlbar gewesen; die Abwesenheit der consecutiven Erscheinungen in der Form des Herzens, die Gegenwart guter Klappentöne gleichzeitig mit dem Geräusche, setzten das Vorhandensein einer Klappenkrankheit ausser Möglichkeit. Bei der Section fand sich ein starker, überzähliger Sehnenfaden, der quer vom Septum gegen den inneren Zipfel der Bicuspidalklappe gespannt war, als Ursache des während des Lebens fühlbaren Schwirrens.“

Wer diese Originalstelle und das Referat Weber's vergleicht, der wird eingestehen, dass der Weber'sche Satz gänzlich unverständlich ist. „Ein überzähliger Sehnenfaden quer an das *Ostium aortae* übergespannt“, sagt Weber. Jacksch hat nur mit dem „quer nach *Ostium aortae* zu“ die Richtung des Fadens angeben wollen, seine *Puncta fixa* waren das Septum des linken Ventrikels und der innere Zipfel der Bicuspidalklappe, das Anheften eines Fadens an die Sehnenfäden entbehrenden Aortenklappen oder *Ostium aortae* wäre ein Umstand gewesen, der, wenn er jemals vorkäme, wohl eine Insufficienz desjenigen Aortenklappenflügels, an welchen die Sehne ging, bedingt haben würde, und ist dieser *Error loci*, so viel ich weiss, noch nicht, mindestens nicht in dem Falle von Jacksch, beobachtet worden. Auch dieser Fall von Jacksch spricht daher für die Hammernjk'sche Ansicht, und es fragt sich demnach:

Kommen ähnliche Verhältnisse auch in unserem Falle, wo ein Geräusch, und zwar metallisches, sich neben normalen Herztönen hören liess, vor, oder müssen wir den Erklärungsversuch auf andere Unterlagen basiren?

Es lassen sich in unserem Falle laut Sectionsbericht 4 Möglichkeiten der Entstehung eines Geräusches denken:

a) jener 10 Mm. über das Niveau an der Basis der Sehnenfäden hinaus muskulöse Faden;

b) jene faserige Lamelle zwischen den beiden Wurzeln des einen grossen Papillarmuskels;

c) jene äussere sehnige Stelle am Pericardium;

d) jener oben angegebene, durchfeuchtete Zustand der Sehnenfäden, und respect. Papillarmuskeln, so wie des ganzen Herzmuskels.

Ad a. Kann ich auch nicht leugnen, dass an der genannten Sehne eine Abnormität stattfand, so kann ich doch nicht zugeben, dass eine Richtungsverschiedenheit im Sehnenverlaufe hier statthatte, die jedenfalls hierbei mehr in Betracht kommen muss, als die paar Gran Fleisch mehr an unserem Papillarmuskel, und die um ein Paar Linien grössere Berührungsfläche der Sehne für das Blut. Man sähe dann in der That nicht ein, warum die ganze Summe der Papillarmuskeln bei Geräuschen nicht in Frage kommen sollte, und einzig und allein ein auf 10 Mm. nicht in seinem Verlaufe, nur in seiner Textur veränderte, dadurch aber immer noch allen andern Papillarmuskeln gleiche Muskel! Immer aber, wenn er auch ein Geräusch hervorbringen sollte, so würde dies noch kein metallisches Klingen sein müssen, da weder Hammernjk, noch Jacksch von einem metallischen Klingen in ihren Fällen, sondern nur von Geräuschen reden, den metallischen Klang, falls er da war, gewiss weder überhört, noch im Bericht vergessen haben würden.

Ad b. Wäre die oben beschriebene Lamelle die Ursache, so hätte, nach der Richtung und Anheftung derselben, das Geräusch ein diasto-

---

seinen Grund nur in dem nun minder in dieser Quelle sich zeigenden Leben suche.

Was die erste Behauptung anbelangt, wurde durch neuerlich commissionell vorgenommene Messungen nachgewiesen, dass die Franzensquelle, welche jetzt im Mittel in einer Minute 14 Maass Wasser ausgiesst, die gleiche Quantität Mineralwasser im Jahre 1792, wo unter Leitung des Hrn. Abbé Gruber, k. Landes-Baudirectors, und des Bergrathes Dr. Reuss die Messungen vorgenommen wurden, ebenfalls geliefert habe.

Von weit höherem Interesse sind aber die Beobachtungen des Chemikers und bekannten Analytikers Hrn. Andreas Zembsch zu Eger, den Wasserabfluss der Mineralquellen überhaupt betreffend.

Diesen vom Jahre 1826 bis incl. 1829 mit grösster Aufmerksamkeit vorgenommenen Beobachtungen entnehmen wir Folgendes:

1) Die Quantität des Abflusses der Mineralquellen überhaupt steht in directem Verhältnisse mit der Summe der meteorischen Niederschläge. In den Monaten Mai, Juni, Juli und August sind hier, sowie an anderen Orten unserer Breitengrade, die meteorischen Niederschläge am grössten, hingegen im April und October am kleinsten; in diesem Verhältnisse steigt und fällt auch das Wasserquantum der Mineralquellen.

2) Je grösser der Wasserzufluss ist, der durch die meteorischen Niederschläge bedingt wird, desto schneller wird das vordere Wasser durch die Schwere des nachfolgenden aus den Quelladern hervorgetrieben, und desto kürzere Zeit bleibt es mit den auflösbaren Stoffen in Berührung. — Es fragt sich nun: wird das Mineralwasser unter diesen Verhältnissen eben so viel an Bestandtheilen aufnehmen, als bei einer geringen Wasserergiebigkeit?

3) Bei diesem stätig fortschreitenden unterirdischen Auslaugungsprocesse muss eine Verminderung der fixen Bestandtheile in den Mineralwassern überhaupt, wenn auch nach Jahren erst merkbar und in unendlich kleinen Proportionen auftretend, sich kundgeben [1]).

Nimmt man den mittleren Zufluss der Franzensquelle zu 14 Maass in einer Minute und den Gehalt in 1000 Theilen = 5,4 an, so hat das Wasser der Franzensquelle seit der letzten Untersuchung durch Berzelius, also in 26 Jahren, 25,828 Ctr. fester Bestandtheile, im wasserlosen Zustande gerechnet, zu Tage gefördert. Solche Zahlenverhältnisse lassen, selbst bei den unermesslichsten Vorräthen an durch die Meteorwasser löslichen Stoffen, die Idee eines gradweisen Verminderns des Gehaltes zu.

Diese Annahme wird durch viele anderortig angestellte Beobachtungen des Berzelius in Poggendorff's Annalen Bd. IV. S. 270, sowie durch Bischof in seiner Abhandlung über die vulkanischen Mineralquellen Deutschlands S. 334, und durch die Beobachtungen Liebig's in Wöhler's Annalen Bd. 48. Heft I. bestätigt.

Wissenschaftlich interessant daher wäre es, wenn Mineralquellen überhaupt nach einer Reihe von Jahren wieder auf ihren Procent-

[1]) Dieser dritte Punkt wurde in der amtlichen, für das grössere Publicum bestimmten Mittheilung wegen möglichem Missverstehen weggelassen.

lisches entweder allein, oder, bei gleichzeitigem systolischen, ein stärkeres diastolisches mindestens sein müssen. Der freie Rand der Lamelle nämlich blickte nach oben, und nach der Herzspitze zu schien die Lamelle durch einen kurzen Faden an einen benachbarten Muskel angeheftet zu sein. Es hätte also besonders der eindringende diastolische Blutstrom den freien Rand der Lamelle treffen müssen, und das Blut hätte alsdann das Geräusch während der Diastole in ähnlicher Weise erzeugen müssen, wie die Luft, wenn man sie über ein Kartenblatt oder Kamm treibt, Geräusche erzeugt.

Ad c. Wenn man auch zugeben wollte, dass die *sub c.* genannte sehnige Stelle am Pericardium Ursache eines Reibungsgeräusches hätte sein können, so ist es doch zu bekannt, dass das Reibungsgeräusch einen metallischen Bei- oder Nachklang nicht hat, und überhaupt war das Gewebe der am Pericardium des Herzens befindlichen Stelle ein weiches, häutiges, nicht aber festes, fibröses, so dass man wohl im Allgemeinen annehmen dürfte, dass, selbst wenn ein Geräusch dadurch entstanden wäre, dieses nur ein sehr schwaches hätte sein müssen.

Es bleibt also zur Erklärung des metallischen Klingens nichts übrig, falls wir dasselbe auf pathologisch-anatomische Ursachen zurückführen wollen, als:

d) jener oben angegebene, durchfeuchtete Zustand der Sehnenfäden, und resp. Papillarmuskeln des Herzens.

Skoda und seine Schüler stimmen zunächst in ihrer Erklärungsweise des metallischen Klingens über dem Herzen dem bei, was ich oben als Grabau's gleichnamige Ansicht wiedergegeben habe. Es gilt also auch dasselbe in Betreff ihrer Widerlegung, was ich oben gesagt habe. Nur hat an anderer Stelle Skoda hohe und helle Geräuscherscheinungen mit denen verglichen, welche durch schnelle Anspannung eines Fadens entstehen, und er war deshalb sehr nahe der Erklärung auch des metallischen Klingens, welche wir zu geben beabsichtigen. Um durch Experimente das fragliche Geräusch zu erzeugen, wird man sicher am besten thun, sich an Körper zu halten, welche den Papillarmuskelsehnenfäden am ähnlichsten sind, und dies sind zweifelsohne feine Darmsaiten. Ich nahm deshalb eine neue Violinquinte (E-Saite) und theilte dieselbe in 2 Theile. Den einen Theil bewahrte ich im Trocknen auf, so wie ich die Saite gekauft hatte, den andern legte ich ein Paar Minuten in kaltes Wasser. Ich schlang nun jeden von beiden Theilen besonders, aber in schnell auf einander folgenden Versuchen, mit seinen beiden Enden um meine beiden, sich genäherten Hände und suchte nun das zwischenliegende Saitenstück durch schnelle Entfernung meiner beiden Hände anzuspannen und in Vibration zu versetzen, mich möglichst bemühend, zwischen den Händen jedesmal ein gleich langes Stück zu fassen, und brachte bei diesem Versuche die Saite dem Ohre möglichst nahe. Spannte ich nun die trockene Saite auf diese Weise an, so vernahm ich einen kurzen, hellen Ton; spannte ich die durchfeuchtete, einen längeren, nachklingenderen, metallischeren, dem Ohre schärfer wahrnehmbaren Ton, der jedoch, wegen des Aufquellens und der Verdickung und Verlängerung der Saite, etwas tiefer schien. Die Tontiefe konnte mich hier nicht kümmern, sondern ich hielt mich an den nachklingenderen, metallischeren Klang dieser Saite und liess das Experiment durch mehrere meiner musikalischen Freunde controliren, die alle mit den genannten Angaben übereinstimmten. Endlich ersuchte ich noch meinen, schon bei der Untersuchung der musikalischen Töne des Herzens genannten Freund, Herrn Musikdirector Schletter allhier, mir auf einer Guitarre eine trockene und eine feuchte Violinenquinte aufzuziehen, die ich beide aus Einer Handlung und von derselben Qualität bezogen hatte. Nasse Saiten aber dehnen sich sehr und platzen deshalb leicht; und meist wird eine nasse Quinte platzen, ehe sie auf *e* gestimmt ist. Es wird daher gut sein, wenn man die trockene Saite etwas herabstimmt, und wählten wir das um eine Quinte tiefer gelegene *a*, stimmten also die Saite von *e* nach *a* herab oder . Nachdem beide Saiten auf *a* gestimmt waren, wurden sie von Schletter mit gleicher Kraft nach einander angeschlagen, der Klang des Tones verglichen, und weiter leise von Jedem von uns in langsamem, vorher unter uns verabredetem Tact und Rhythmus von 1 an in aufsteigender Zahlenreihe vom Anschlagsmomente an bis zu dem Momente fortgezählt, bis unsere nahe liegenden, fein hörenden Ohren keinen Ton mehr erkennen konnten. Es ergab sich nun bei diesem Versuche:

1) dass der Ton der nassen Saite ein hellerer, dem Ohre auffallenderer, klangreicherer war, den man am besten mit dem alten Ausdrucke „metallischer" fortbezeichnet, und

2) dass die nasse, in Schwingung versetzte Saite um ein merkliches Zeitmoment später in Ruhe kam, also natürlich auch länger, als die trockene Saite, nachklang. So zählten wir langsam z. B. bei Schwingung der nassen Saite 1 — 11, bei Schwingung der trockenen 1 — 8.

Dabei ist zu bemerken, dass man das Experiment bald nach Aufziehen der Saite mache, und mit derselben Saite, ohne neue Anfeuchtung, nicht zu lange fortsetzen darf, weil die gespannte, nasse Saite bald trocknet. Es ist endlich noch besonderer Werth darauf zu legen, dass unser Geräusch oder Klingen ein systolisches war, und wird die Erklärung für diesen Rhythmus alsbald des Näheren entwickelt werden.

Wenden wir die Ergebnisse unserer obigen Versuche auf die Lehre von dem metallischen Klingen im Herzen an, so werden wir im Allgemeinen folgende Momente als die wirksamen betrachten müssen:

I. Es müssen in dem Momente, wo das Klingen entstehen soll, zwei *Puncta fixa* gegeben sein, zwischen denen sich die Sehnen der Papillarmuskeln des Ventrikels schnell anspannen. Dies ist also zuvörderst nur bei den mit Sehnenfäden versehenen *Valvul. bi-* und *Valvul. tricuspidalibus* möglich, von denen letztere wegen mangelhafterer Entwickelung der Papillarmuskeln gar nicht oder nur höchst selten bei krankhafter Hypertrophie dieser Gebilde in Betracht kommen dürften, und sodann kann es nur in Systole des Herzens auftreten. Der Vorgang dabei ist folgender: Die *Valv. mitralis-bicusp.* wird Ein *Punctum fixum*, indem das vom Atrium bei Systole des Ventrikels andringende Blut sie möglichst aufbläht, wobei sie sich von den Ventrikelrändern, an die sie während der Diastole angelagert ist, gegen die Mitte des *Ostium venosum* des Ventrikels, hinwegbegiebt, und das gegen das *Ostium venosum* und die Mitralklappe bei Systole des Ventrikels zurückdrängende Ventrikelblut diese Fixation begünstigt. Das zweite *Punctum fixum* aber ist der muskulöse Theil des Papillarmuskels, der, trotzdem dass der Ventrikeldurchmesser in Systole sich nicht vergrös-

---

gehalt an fixen Bestandtheilen, doch unter gleichen gegebenen Verhältnissen, mit steter Rücksicht auf die Wassergiebigkeit untersucht würden, ebenso die heissen und warmen Quellen, bezüglich ihres Temperaturverhaltens.

Aus den abgegebenen Berichten des Dr. Köstler, aus denen vorliegender Auszug geschöpft ist, ersieht man ferner, dass die Mineralquellen zu Franzensbad alle durch ein mehr oder minder hohes Mineralmoorlager zu Tage steigen.

Das Wasserquantum sämmtlicher hier zu Tage gehender Mineralquellen ist aber unberechenbar klein gegen die Mineralwassermassen, welche unterhalb des Moores aus dem festen Boden hervortreten und in den Tiefen dieses Moores von Westen nach Osten sich verlaufen, und durch Ablagerung ihrer Salze in den schwammigen Torfboden den Mineralmoor bilden.

So beobachtete Dr. Köstler bei der im Jahre 1838 vorgenommenen Fassung der Wiesenquelle [1]), dass bei einer Grubentiefe von 10 Fuss und 4 Klafter in der Breite eine solche Menge Quellen hervortraten, dass acht grosse Pumpen und eine Schnecke 23 Eimer und 28 österr. Maass Wasser in einer Minute zur Höhe fördern mussten, um den Zufluss zu gewältigen und die neue Quelle fassen zu können, und trotz der ungeheuern Wassermenge, welche durch so lange Zeit bei dieser Fassung entfernt wurde, änderte sich der Ablauf der nur 70 Klafter davon zu Tage gehenden Salzquelle gar nicht.

[1]) Dr. Köstler, die Wiesenquelle zu Eger-Franzensbad. Prag. 1839.

Was das die Franzensquelle überziehende schillernde Häutchen anbelangt, welches in Herbst- und Winterzeit öfter höchst selten, aber während der warmen Jahreszeit beobachtet wird, so ist dieses eine Beobachtung, die schon vor 100 Jahren gemacht wurde, denn in dem Werke: „Des weit berühmten Eger-Sauer-Brunnens gründliche Untersuchung etc. von Dr. G. Starkmann, gedruckt in Eger bei Orwansky im Jahre 1750" heisst es S. 42: „was das ob den Eger-Sauer-Brunn-Wasser sich zeigende goldfärbige Häutlein seie" etc. Diese Erscheinung findet in dem früher Gesagten über die meteorischen Niederschläge ihre Erklärung.

Aus diesem Allen ergiebt sich, dass die Neuquelle zu Franzensbad eine eigenthümliche selbstständige Mineralquelle sei, und in keinem die anderen Mineralquellen beirrenden Nexus mit diesen stehe. — Die Analyse der Neuquelle, durch A. Zembsch vorgenommen, giebt folgende Resultate:

In Betreff der Summe der wägbaren fixen Bestandtheile in 16 Unzen (1 österr. Civilpfund) Mineralwasser steht die Neuquelle nach der Wiesen- und Franzensquelle, indem die Neuquelle 41,50561 Gran an fixen Bestandtheilen hält, während die Wiesenquelle 46,6903 und die Franzensquelle 42,2232 hat.

Die Summe der Kali- und Natronsalze der Neuquelle ist 38,4738 Gran, differirt daher von der Franzensquelle bloss um $^{45}/_{100}$ Gran. Der Eisengehalt der Neuquelle ist 0,23325, reiht sich daher unmittelbar an den der Franzensquelle, ist aber höher als der der Wiesenquelle.

sert, sondern im Gegentheil nothwendig sich verengert, sich selbst durch die allen Muskeln inwohnende Contractionskraft verkürzt bis auf das ihm gestattete Minimum. Somit ist der Weg, welchen die Sehnenfäden im Ventrikel bei Ventrikelsystole beschreiben, folgender: Diese Fäden spannen sich zwischen den vom Ventrikelrand nach dem Centrum des *Ostium venosum* hin sich bewegenden Klappenrande der Mitralis und zwischen dem muskulösen, sich contrahirenden, gemeinsamen, oder zugehörigen Stamme ihres Papillarmuskels.

II. Ist eine gewisse Energie der Herzcontraction an sich und eine gewisse Schnelligkeit der einzelnen Herzcontractionen nöthig, damit die Anspannung der Sehnenfäden schnell und mit Kraft vor sich gehe. Wir finden deshalb auch überall, wo von einem metallischen Klingen des Herzens bis jetzt die Rede war, einen starken, energischen Herzpuls; cfr. auch Grabau's oben citirten Fall.

III. Ein Haupterforderniss des Zustandekommens des fraglichen Geräusches ist ausserdem ein gewisser Grad der Durchfeuchtung der Papillarsehnen, bei einer gleichzeitigen, möglichst feinfadigen Beschaffenheit der Sehnen. Nach dieser auf unsere obigen Experimente gestützten Annahme müssen wir das metallische Klingen bei sehr verschiedennamigen Krankheitsprocessen finden können, welche alle mit Durchfeuchtung des Gewebes des Herzens einhergehen, und wir werden ihm daher eben so gut begegnen, wie Grabau, bei beginnender Herzhypertrophie, die wohl kaum zu denken ist ohne einen Reichthum aller Herztheile an und Durchfeuchtung mit plastischen Stoffen, als, wie in unserem Falle, bei einer Durchfeuchtung des Herzgewebes, wie sie mit Schlaffheit, Mürbheit, beginnender Emaciation des Herzens einhergeht, wenn anders dieselben nicht ihre höchsten Grade erreicht haben, und das Herz anders in seinen Contractionen noch energisch ist.

IV. Ist unsere Annahme richtig, — und wir sprechen ja ausschliesslich von umschriebenem metallischem Klingen — so muss der Ort, wo man das Klingen am stärksten hört, dem Sitze der Sehnen entsprechen, d. i. also der Raum zwischen Klappenrand und Ende des muskulösen Theiles der Papillarmuskeln, und wir werden also das Geräusch am stärksten finden ein wenig unterhalb der Stelle, wo man den Mitralklappenton am stärksten hört, und mehr nach links und nach der Herzspitze zu. Dies war in unserem Falle, wo das Herz ziemlich heraufgedrängt war, auch der Fall, wie das Durchstechen einer Nadel vor der Section an dieser Stelle auch beiläufig zeigte, und hier zwischen der 4. und 5. Rippe, fast gerade einen halben Zoll unter der linken Brustwarze.

Wir fragen endlich noch: Ist das metallische Klingen bei Herzdiastole zu hören möglich?

Zuvörderst ist zu bemerken, dass es bisher nur bei Systole gehört ward, wie alle Beobachter versichern. Dennoch aber erheischt die Erfahrung, dass diastolische Geräusche selbst vorkommen, wo man sie gar nicht erwartete, z. B. Jacksch l. c. S. 20. Z. 6 n. f., wo ein gedehntes diastolisches (pericarditisches Reibungs-) Geräusch mit tastbarem Katzenschnurren sich fand, die nähere Besprechung dieser Frage. Wir nun sind der Ansicht, dass ein bloss diastolisches metallisches Klingen niemals stattfinden kann. Erinnern wir uns an das, was wir oben in Betreff der Systole ad I. gesagt haben, so ergiebt sich eo ipso für die Diastole gerade der entgegengesetzte Mechanismus. Indem nämlich die Mitralis bei Beginn der Herzdiastole ihre Ränder nach dem Ventrikel hin senkt, erschlafft einestheils der Papillarmuskel, und giebt passiv der sich expandirenden Ventrikelwand nach, anderntheils nahen sich die Klappenränder dem Muskel mehr, und natürlich werden die Sehnen dadurch schlaff. Da aber diese Abspannung für gewöhnlich eine allmälige ist, so entsteht auch kein Ton, am wenigsten ein metallischer, um so mehr, da das Herz nie eine lufthaltige, resonirende Höhle darstellt, wie z. B. der Resonanzboden der Guitarre. Und kann man doch selbst auf einer Guitarre eine gespannte Saite durch Rückwärtsdrehung des Wirbels ohne Tonerscheinung abspannen, wenn man nur anders ohne gewaltsamen Ruck und nicht zu plötzlich abspannt. Und hörte man ja bei diesem Abspannen einen Ton, so ist dies niemals ein metallischer, sondern ein dumpfer, summender Klang. Auf der anderen Seite aber wissen wir auch, dass eine gespannte, angeschlagene und während des Tönens plötzlich durch Rückdrehung des Wirbels nachgelassene Saite im Anfange der Abspannung noch eine kurze Zeit hell und metallisch klingt, ehe mit dumpfem, brummendem Summen jede Tonwahrnehmung schwindet. Die nasse Saite thut ganz dasselbe und in nicht minderem Grade, als die trockene Saite. Ich bin nun der Ansicht, dass ein systolisches, metallisches Klingen auch auf die Diastole in dem Falle, wenn auch schwach und nur für kurze Zeit im Anfang der Diastole, sich ausdehnen könnte, wenn die Diastole die Sehnenfäden noch während ihres metallischen Klingens gleichsam überrumpelte und das Zurückgehen der angespannten Sehnenfäden in Erschlaffungszustand ein sehr plötzliches wäre. Ob eine solche präcox der kurzen Systole folgende Diastole und eine solche plötzliche Erschlaffung der Sehnenfäden durch übereilte Diastole in natura wirklich vorkommt, das wage ich nicht zu entscheiden; bekannt ist eine derartige Beobachtung mir wenigstens nicht geworden; im Reiche der absoluten Unmöglichkeit läge jedoch, nach dem zuletzt Gesagten, ein kurzes Hinüberklingen des systolischen metallischen Klingens in den Beginn der Diastole hinein, nicht. Fassen wir nun nach den obigen Erörterungen kurz nochmals zusammen, was wir über den ätiologischen und diagnostischen Werth des metallischen Klingens zu sagen hätten, so ergäbe sich Folgendes:

„Wo nicht überall, so doch sicher in allen den Fällen, wo man mit leise aufgesetztem Stethoskope an umschriebener Stelle des Herzens in der Nähe der Mitralklappe und etwas unterhalb derselben nach der Herzspitze, auch wohl etwas mehr nach links zu, den metallischen Klang wahrnimmt, ist derselbe der hörbare Effect der Schwingungen der Sehnenfäden der Papillarmuskeln des (linken) Ventrikels, und lässt das Klingen zugleich im Allgemeinen auf einen gewissen Grad von Durchfeuchtung der Papillarmuskeln schliessen. Man würde irren, wollte man auf einen anderen Theil des Herzmuskels aus diesem Geräusch einen Schluss ziehen; für sich allein hat das betreffende Geräusch keinen Werth, es kann nur indirect einigen diagnostischen Werth dadurch erhalten, dass man gleichzeitig einen Durchfeuchtungsprocess im ganzen Herzmuskel annehmen darf, über dessen Natur (z. B. bei Hypertrophie) andere physikalische Erscheinungen zuweilen Aufschluss geben dürften. Uebrigens ist dieses Geräusch gewöhnlich nur ein systolisches, ein bloss diastolisches

---

Was die Neuquelle aber vor allen charakterisirt, das ist ihr ungemein grosser Gehalt an Kohlensäure, denn das Gasvolumen dieser Quelle ist in 16 Unzen Mineralwasser, bei 8,5° Réaumur und 76 Centimeter Barometerstand = 50,910 Par. Kubikzoll, während die Franzensquelle 40,85, die Wiesenquelle 30,691, die Salzquelle 26,89 Kubikzoll enthält.

Die Neuquelle steht daher in Betreff des Kohlensäure-Gehaltes als die vorzüglichste dieses Kurortes und als eine der ersten in ganz Deutschland da. Sie ist, wie alle Quellen zu Franzensbad, ein eisenhaltiges Glaubersalzwasser, wird aber durch den grossen Gehalt ihrer Kohlensäure zu einem der bekannt kräftigsten Säuerlinge.

Eger-Franzensbad, welches von Jahr zu Jahr mehr und mehr in die Höhe steigt, wovon die Ursache nur in der Kraft seiner so verschiedenartigen Quellen und Bäder zu suchen ist, hat durch die Neuquelle einen neuen kräftigen Hebel erhalten.

Wie verschieden ist die Salzquelle, dieses so milde wirkende, alkalische Glaubersalzwasser, deren vorzüglichste Rückwirkung sich in den Schleimhäuten und drüsigen Organen manifestirt, und deren Eisengehalt beinahe Null ist, indem sie in 16 Unzen Wasser nach Berzelius $^{7}/_{100}$ Gran Eisen enthält, gegen die eisenhaltige Franzensquelle, dieses herrliche, die Nerven so belebende Mineralwasser, welches so specifisch auf die Ummischung des Blutes wirkt, und das bekannt leicht verdaulichste eisenhaltige Wasser ist.

Wie besonders ausscheidend zeigt sich die Wiesenquelle und der kalte Sprudel durch die Summe ihrer Natronsalze.

In Betreff der Heilwirkung der Neuquelle kann man, ohne den noch zu machenden Erfahrungen bezüglich der Indicationen für den innerlichen Gebrauch vorgreifen zu wollen, doch a priori annehmen, dass sie durch die grosse Menge der Kohlensäure die kräftigsten Bäder zu liefern im Stande sein wird.

Berücksichtigen wir zu diesem nun noch die anerkannten mannigfaltigen Heilwirkungen der Mineralwasser-, Gas- und der an Eisen und Natronsalzen so reichen Moorbäder dieses Kurortes, so muss zugestanden werden, dass der jetzige Zustand, auf dem Franzensbad steht, obwohl einer der ersten in Böhmen, noch niedrig sei gegen den, wohin dieser Kurort gelangen muss, werden anders die Mittel, welche hier die Natur so verschwenderisch ausgestreut hat, richtig gehandhabt.

Die Neuquelle ist daher ein unberechenbarer Gewinn für Franzensbad, ein neues unschätzbares Gut, welches die Natur zu den schon bestehenden der leidenden Menschheit hier bietet.

(Fortsetzung folgt.)

niemals, höchstens könnte es einmal als schwache Fortsetzung des systolischen in die Diastole hinein auf kurze Zeit gehört werden. Unsere obigen Experimente sind zugleich ein Beleg für die Richtigkeit der Ansicht, dass der tympanitische (metallische) Klang bei Percussion der Umgebung von pneumonischen Infiltraten auf Rechnung der Durchfeuchtung des solchen Infiltraten benachbarten Lungengewebes komme."

Ich will zuletzt noch erwähnen, dass ich folgende Versuche mit meinen Freunden Schletter und Hrn. Mathematiker Dietzel, Lehrer an hiesiger Gewerbschule, angestellt habe, um zu beweisen, dass gespannte Saiten auch unter Wasser einen metallischen Klang erzeugen können. In Ermangelung feiner Apparate halfen wir uns auf folgende Weise. Wir nahmen eine kleine Kinderbadewanne, schlugen auf dem Boden der Wanne an den entferntesten Punkten derselben ein Paar Nägel ein, die wir in der Mitte so gebogen hatten, dass sie unter rechtem Winkel stehende Haken bildeten. Zwischen diesen beiden Nägeln spannten wir das eine Mal eine Quinte, das andere Mal eine A-Saite der Violine so auf, dass wir die Saite unter jenen beiden Haken wegführten, die Enden der Saite aber dadurch befestigten, dass wir sie durch die beiden Handgriffölfnungen der Wanne hindurchführten und an ein Paar an der Aussenwand der Wanne eingeschlagenen Nägeln fest angezogen anbanden. Schlugen wir nun die Saite an, so gab sie einen schönen, umfangreichen, sehr metallischen Ton, der besonders schön wahrnehmbar war, wenn wir das Ohr an die Aussenwand der Wanne anlegten. Gossen wir während der Auscultation Wasser zu, und schlug ein Anderer gleichzeitig die Saite mittelst eines Fingers an, so vernahmen wir, je näher das Wasser der Saite kam, einen um so weniger umfangreichen, aber immer noch stark metallischen Ton, der besonders metallisch noch in dem Falle war, wo die Saite eben die Oberfläche des Wassers berührte. Gossen wir mehr Wasser zu, dass die Saite ganz unter Wasser kam, so wurde der Ton immer weniger als Ton bestimmbar, und es blieb nur noch ein eigenthümlicher metallischer Klang wahrnehmbar, der immer schwächer wurde, je mehr wir Wasser zusetzten, ohne jedoch ganz zu schwinden. Es ist dadurch also auch direct der Beweis geliefert, dass Saiten unter Wasser metallisch klingen können. Zugleich aber dürfte dieses Experiment ein neuer Beweis für das systolische Auftreten des Geräusches sein, indem der metallische Klang, wie bemerkt, um so heller ist, je weniger Wasser die Saite deckt, und bekanntlich die Systole des Herzens das jeweilig im Herzventrikel befindliche Blut vermindert, wenn auch niemals der Ventrikel ganz leer wird. Es wird daher immer mehr wahrscheinlich, dass metallischer Klang über dem Herzen den Sehnen der Papillarmuskeln sein Dasein verdankt, und durchfeuchtete Sehnen diesen Umstand gewiss nicht beeinträchtigen.

Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur.

Von

Prof. Hohl in Halle.

In diesem Blatte — No. 3 vom 18. Januar 1851 — finden wir einen klinischen Vortrag von Martin über den oben bezeichneten Gegenstand, bei dessen Durchlesung wir mit wahrem Neide über das vortreffliche Gedächtniss des Verfassers erfüllt waren, in sofern ihm bei einem unvorbereiteten Vortrag eine so ansehnliche Reihe von Zahlenverhältnissen zu Gebote stand. Der Gegenstand selbst ist zwar vielfach schon besprochen, und besitzen wir darüber tüchtige Arbeiten und Mittheilungen von Frensdorf, Ruhland, Albert, d'Outrepont, Hüter, Michaelis, Kohlschütter, Schuré, der Lehren darüber in den Handbüchern nicht zu gedenken; allein es herrschen noch immer über einzelne Punkte verschiedene Ansichten, so dass wir keinen Anstand nehmen, auch unsere Meinung, gestützt auf Erfahrungen, hier auszusprechen, obwohl es zum Theil schon früher von uns (Vorträge über die Geburt des Menschen S. 120, dann: Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XIV. S. 111, woselbst die Behandlung nicht berücksichtigt ist) geschehen ist. Wir können uns auch nicht durchweg mit Martin's Lehren einverstanden erklären.

Wenden wir uns zunächst der Ursache dieser Abweichung von der Regel zu, so haben besonders Michaelis, nach ihm Nägele, Busch, Martin, das Anschliessen des unteren Abschnittes der Gebärmutter an den vorliegenden Kindestheil, eine wirkliche Contraction desselben, von unten nach oben in die Höhe steigend, in der Wehenpause fortbestehend, als Mittel bezeichnet, wodurch das Herabtreten der Nabelschnur verhindert, dagegen bedingt werde, wenn hier eine Erschlaffung oder mangelhafte Contraction stattfinde. — Wir geben zu, dass das Anschliessen des unteren Abschnittes der Gebärmutter an den vorliegenden Kindestheil, wie es gerade in der ersten Schwangerschaft bei schon tief stehendem Kopfe, vor welchem dann gewöhnlich äusserst wenig Fruchtwasser sich befindet, und der Muttermund weit nach hinten und oben steht, das Herabtreten einer dazu bereit liegenden Nabelschnurschlinge verhindern, und das Erschlaffen es zulassen kann. Allein man übersieht dabei, dass die Natur unmöglich so leichtsinnig sein kann, den für das Leben des Kindes so äusserst wichtigen Theil, die Nabelschnur, so ungeschützt auf den Muttermund zu lagern, dass die Frage gerechtfertigt wäre, warum die Nabelschnur nicht immer vorfalle. Es kann also die primäre Ursache des Nabelschnurvorfalles wie des Nichtvorfalles durchaus nicht in dem unteren Abschnitt des Uterus gesucht werden. Fragt man aber, womit die Natur der Lage der Nabelschnur auf dem Muttermunde vorbeuge, so glauben wir die Antwort geben zu dürfen, dass das Mittel die Haltung des Kindes im Uterus sei. Liegt der Kopf mit dem Kinn auf der Brust bei einer eiförmigen Gestalt des Uterus auf dem innern Muttermund, sinkt er so mit der Erweiterung des Kanals vom Mutterhalse tiefer herab, ist der Rumpf etwas nach vorn gebogen, und sind dabei die Arme auf der Brust gekreuzt, so ist auf diese Weise durch den Kopf, die Arme und die concave vordere Rumpffläche des Kindes ein natürlicher Behälter für die Nabelschnur hergestellt. Ganz dasselbe findet statt bei der Steisslage, wo bei gebogenem Rumpfe die hintere Fläche des kindlichen Beckens auf dem Muttermunde liegt, die unteren Extremitäten in den Knieen gebogen und an den Bauch heraufgezogen sind. Was daher diese Haltung begünstigt, trägt mittelbar bei zur Verhütung des Herabtretens der Nabelschnur auf den Muttermund, als: die eiförmige Gestalt und gerade Richtung des Uterus, die gehörige Festigkeit, das Leben des Kindes und seine Grösse, die mässige Menge von Fruchtwasser, die zeitige Einstellung des Kopfes oder Steisses in die obere Apertur. Diese Verhältnisse finden wir in der Regel in der ersten Schwangerschaft, häufiger abweichend in wiederholten Schwangerschaften. Es kommt daher auch der Vorfall der Nabelschnur bei Frauen in der ersten Geburt seltener vor, als in folgenden Geburten. Martin stellt dies in Zweifel, und will in Erwägung gezogen haben, dass die Zahl der späteren Geburten durchschnittlich drei Mal so gross sei, als die der ersten. Wir haben 825 Geburten theils als Assistent in der hiesigen Entbindunganstalt, theils in unserer Praxis selbst beobachtet, und 1461 Geburten von 1839—1849 aus dem Journal jener Anstalt entnommen, und finden unter der letzteren Zahl 709 erste und 752 wiederholte Geburten. Vorfall der Nabelschnur kam dabei 43 Mal vor, und zwar 8 Mal bei der ersten, 35 Mal bei wiederholten Geburten. Beide Zahlen der Geburten zusammen betragen 2286, wobei der Vorfall 95 Mal vorkam, und 14 Mal in der ersten Geburt, 81 Mal in wiederholten.

Alle Verhältnisse nun, durch welche jene regelmässige Haltung des Kindes im Uterus zeitweise oder bleibend verloren geht, weil es an Raum gewinnt und sich freier bewegen kann, oder seine Richtung und Lage aufgeben muss, geben Anlass, dass die Nabelschnur seinen Behälter verlässt, und nun erst auf den Muttermund herabtritt. Hierher gehört die zu grosse Menge von Fruchtwasser, die mehr runde als eiförmige Gestalt des Uterus, zu frühe Theilnahme des unteren Abschnittes desselben an der Ausbreitung der Uterinhöhle, ungewöhnlich hoher Stand des Kindes, Abweichung des Kopfes nach der Seite und fehlerhafte Stellung desselben überhaupt, Vorfall eines Armes, eines Fusses, welche letztere Verhältnisse auch aus Fehlern der Configuration oder Richtung des Uterus, oder aus Fehlern des Beckens hervorgehen können. Auch bei einem kleinen oder todten Kinde kann die Nabelschnur vorfallen, weil dabei die Haltung in Folge des geschwundenen *Turgor vitalis* nicht mehr besteht. Es findet der Vorfall der Nabelschnur am häufigsten bei Kopflagen und bei vorliegender Schulter und Arm statt, am seltensten bei der Steisslage, weil eben das kindliche Becken und die angezogenen unteren Extremitäten das Herabtreten der Nabelschnur auf den Muttermund am besten verhüten, bei Kopflagen aber die grössere Beweglichkeit der Arme die Haltung des Kindes häufiger momentan aufhebt. Bei dem 95maligen Vorfall der Nabelschnur lag der Kopf 34 Mal, und meist in der ersten Scheitelbeinslage bei einer grossen Menge von Fruchtwasser, bei vorangegangenen starken Bewegungen des Kindes, und besonders bei fehlerhafter Stellung des Kopfes, vor, Kopf und Hand 1 Mal, Kopf bei *Placenta praevia incompleta* 1 Mal, Kopf und Fuss 1 Mal, der Steiss allein 1 Mal, Steiss und Fuss 18 Mal, Schulter allein 7 Mal, diese und ein Arm 26 Mal. Bei Zwillingen kam der Vorfall 5 Mal vor.

Wir glauben daher nicht ohne Grund anzunehmen, dass in der Haltung des Kindes im Uterus das Hauptmittel gegen das Herabtreten der Nabelschnur auf den Muttermund liegt, und dass in der zeitweisen (durch Bewegungen) oder anhaltenden (durch fehlerhafte Stellung des Kopfes und fehlerhafte Lage des Kindes) Aufhebung der Haltung des Kindes der erste Grund des Herabgleitens auf den Muttermund zu finden ist. — So also kommt die Nabelschnur erst auf den Muttermund zu liegen. Wenn nun aber eine Schlinge der Nabelschnur auf dem

Muttermunde liegt, dann können Verhältnisse eintreten, die den Durchgang derselben durch den Muttermund begünstigen, und auch selbst verhindern. Ein schneller Abfluss einer grossen Menge von Fruchtwasser während einer starken Wehe, besonders bei aufrechter Stellung der Kreissenden, schlaffer Beschaffenheit des unteren Gebärmutter-Abschnittes, oder bei bereits völlig zurückgezogenem Muttermunde muss das Vorfallen einer grossen Schlinge begünstigen. Es wird weiter der Vorfall unterstützt, wenn der vorliegende Kopf bei starker Neigung des Beckens eine ungewöhnliche Drehung um seinen geraden Durchmesser gemacht hat, und auf der vorderen Beckenwand ruht, an der hinteren Wand des Beckens mehr Raum besteht, und so der hintere Rand des Muttermundes sich zurückzieht. Eine ungleiche, auf einer Seite schneller als auf der andern vorschreitende Erweiterung des Muttermundes, vielleicht auch die Insertion der Nabelschnur am Rande der Placenta kann den Durchtritt befördern. So auch dürfen wir den hohen Stand des vorliegenden Kindestheils, des Kopfes oder Steisses, als einen den Durchtritt der Schlinge begünstigenden Umstand bezeichnen, weil dann der untere Abschnitt des Uterus, selbst während der Wehe, in einem mehr schlaffen als angespannten Zustande sich befindet. Man hat daher wohl ganz ohne Grund auch das weite Becken den Ursachen des Vorfalles beigezählt, denn gerade bei diesem Becken senkt sich der Kopf schon früher in der Schwangerschaft in das Becken herab, das Kind bewegt sich dann immer seltener (wie schon erfahrene Hebammen wissen, dass mit der Fixirung des Kopfes während der Geburt die Bewegungen des Kindes aufhören), und der untere Abschnitt des Uterus schliesst sich, bei meist wenigem Fruchtwasser vor dem Kopfe, enger an denselben an. Dieses Anschliessen des unteren Abschnittes an den Kopf kann auch bei gewöhnlicher Beckengrösse eine kleine Schlinge wieder zurückbringen, indem der Saum des Muttermundes, der während der Wehe nach innen gezogen wird, die Schlinge bei der Erweiterung des Muttermundes trifft und zurückschiebt, vorausgesetzt, dass nur wenig Fruchtwasser in der Blase sich befindet.

Dies nur erkennen wir dem Anschliessen des unteren Abschnittes an den Kopf zu, eine active Contraction dieses Theils leugnend; nicht aber finden wir darin die alleinige Ursache der Verhinderung des Vorfalls, noch in seiner Erschlaffung oder fehlerhaften Contraction den alleinigen Grund des Vorliegens und Vorfalles der Nabelschnur, wie es besonders Michaelis und mit ihm auch Martin und einige andere Geburtshelfer lehren. Wir sind der Ansicht, welche Dewees ausgesprochen hat, und der auch Douglas beigetreten ist, dass der Hals der Gebärmutter als ein vom Körper und Grunde ganz verschiedener Theil zu betrachten ist, der seine eigenen Gesetze und Verrichtungen hat. Der untere Abschnitt der Gebärmutter ist aber der Hals, der im Laufe der Schwangerschaft von oben nach unten in die Ausbreitung des Körpers, an welchen er grenzt, gezogen wird, und wodurch sein Kanal ebenfalls von oben nach unten sich erweitert und zur Vergrösserung des unteren Theils der Uterinhöhle beiträgt. Auf diese Weise breiten sich die Kreisfasern des innern Muttermundes und dieser selbst immer mehr aus, der Hals wird von oben nach unten kürzer, so auch der Kanal des Halses. Während nun der innere Muttermund mit der Ausbreitung des Körpers und Halses in seinem oberen Theil, und mit der Entfaltung des Kanals vom Mutterhalse von oben nach unten immer mehr verschwindet, bleiben natürlich, so lange noch der Kanal besteht, zwei Oeffnungen, eine äussere und innere (welche letztere aber nicht mehr der frühere Muttermund ist), bis der ganze Mutterhals ausgebreitet ist, wo dann nur noch die Scheidenportion besteht, die bei der ersten Geburt ebenfalls noch verwendet wird, während sie in folgenden Schwangerschaften als eine kleine Wulst fühlbar bleibt. Diese Ausbreitung des unteren Abschnittes des Uterus schreitet aber bei verschiedenen Schwangeren sehr verschieden vor, und ist daher für die Zeitrechnung der Schwangerschaft ein höchst trügliches Zeichen. Wenn nun Wehen auftreten, so können sie lange Zeit im Grunde und Körper fühlbar sein, ehe sie irgend eine Wirkung am unteren Abschnitt zeigen. Er bleibt schlaff, der Muttermund beharrt auf seiner Grösse oder bleibt verschlossen. Dies ist ein tägliches Vorkommen und dauert oft Tage lang. Nun erst verbreiten sich die Contractionen über den ganzen Uterus und wirken auch auf den Muttermund. Weder jetzt noch später ist eine wahre Contraction im unteren Abschnitt zu fühlen, er wird nur gespannt, meist passiv, nicht activ, und kann es auch nicht sein, denn es muss in ihm Expansion stattfinden, auch geht ihm der Apparat zu Contractionen ab. Je mehr der Muttermund erweitert wird, desto schmaler wird der untere Abschnitt des Uterus, wie die Iris bei Erweiterung der Pupille. Es wird dieser Saum natürlich auch fester, wulstiger, und man fühlt die Verbindungsstelle zwischen ihm und dem Körper. Jener Saum verschwindet selten ganz, wenn auch der Kindestheil aus dem Muttermunde getreten ist. Die rings um diesen Theil zusammengedrängten Kreisfasern des schon längst ganz ausgebreiteten inneren Muttermundes können sich contrahiren, einen Theil umschliessen, und contrahiren sich auch gleich nach der Geburt mehr oder weniger, und lassen den inneren Muttermund wieder fühlen, während der untere Abschnitt, d. h. der Mutterhals, schlaff, ringsum wie ein Gaumensegel herabhängt, und nur allmälig zu seiner ursprünglichen Form, so weit er sie überhaupt wieder erreicht, sich ebenfalls von oben nach unten zurückbildet. So ist denn auch nicht nach der Geburt, auch nicht bei Nachwehen, eine active Contraction in diesem Theile je zu bemerken. Die Zurückziehung des unteren Abschnittes der Gebärmutter und Erweiterung des Muttermundes geschieht wohl vorzugsweise durch die Einwirkung der Longitudinalfasern, der schiefen Fasern und des von Purkinjo entdeckten dreieckigen Muskels, dessen Basis an den Tubenmündungen sich befindet, der spitzere Theil abwärts zum Halse sich verbreitet, auf die Kreisfasern des inneren Muttermundes.

Wenn man den Puls einer Kreissenden beobachtet, so nimmt man eine Zunahme der Frequenz wahr, fast zugleich eine Erection im Uterus, dann Contraction, und nun erst Spannung im unteren Abschnitt. Diese zeigt sich um so schöner, wenn die rechte Quantität von Fruchtwasser vor dem Kopfe stagnirt, und dieser schön gleichmässig mitten aufliegt, wo man bemerkt, wie der Muttermund gleichmässig über diese Rolle zurückgezogen wird. Wie könnte er erweitert werden, wenn der umgebende Theil und er selbst sich zusammenzöge! Wenn aber der Kopf rechts oder links oder vorn aufsteht, so fühlt man eben deutlich genug, wie nur derjenige Theil des unteren Abschnittes zurückgezogen wird, welcher vom Drucke frei ist, während der andere nicht zurückgezogen wird, und hier lange noch ein Saum besteht, während dort der Muttermundsrand verstrichen ist. Wie oft endlich kann man bemerken, wie bei einer fehlerhaften Lage oder hohem Stande des vorliegenden Theils im Grunde und Körper heftige Contractionen vorhanden sind, und dabei der untere Abschnitt schlaff bleibt, und die Erweiterung des Muttermundes langsam vorschreitet. Wir können also in diesem Theile weder Contractionen erkennen, noch in einer regelmässigen activen Thätigkeit desselben ein Schutzmittel gegen den Vorfall der Nabelschnur finden, und geben nur zu, dass seine Erschlaffung bei der Lage einer Schlinge auf dem Muttermunde diesen zulassen, und sein Anschliessen an den Kopf bei einer geringen Menge Fruchtwasser vor demselben und bei einem tiefen Stande desselben verhüten kann. Ist aber der Muttermund so weit geöffnet, dass von dem unteren Abschnitt nur noch ein schmaler Saum besteht, so findet in diesem eine Erschlaffung nie statt, und kann daher die Erschlaffung eine Ursache des Vorfalles nicht mehr abgeben, ihn auch nicht mehr hindern, da der hintere Rand schon frühzeitig verschwindet, und nun auch der übrige Theil desselben hinter den Kopf sich zurückzieht.

Wir haben also zu unterscheiden: 1) das ursprüngliche Schutzmittel gegen das Herabtreten der Nabelschnur auf den Muttermund (Haltung des Kindes im Uterus) und die ursprüngliche Veranlassung des Herabtretens (zeitweise oder anhaltend aufgehobene Haltung des Kindes im Uterus), und 2) die das Durchtreten der Schlinge durch den Muttermund verhindernden und begünstigenden Verhältnisse. Wir haben diese schon angeführt, wollen aber nur noch bemerken, dass die verhindernden Verhältnisse einen Werth haben, wenn eine kleine Schlinge in den unverletzten Eihäuten neben dem vorliegenden Kindestheil — Kopf oder Steiss — liegt, dass sie aber insgesammt bedeutungslos sind, wenn eine grössere Schlinge vor den Eihäuten dem Muttermunde entspricht. Nichts hindert hier den Vorfall.

Die Prognose berücksichtigt die Geburt, Mutter und Kind. Die Nabelschnur an sich kann den regelmässigen Verlauf der Geburt als ein mechanisches Hinderniss nicht stören. Wohl aber können die Folgen des Vorliegens und Vorfalles operative Eingriffe indiciren. Es ist daher auch die Vorhersage für die Mutter gut zu stellen, denn selbst die indicirten Operationen geben gute Resultate, was wohl darin liegen dürfte, dass hierbei zeitiger operirt wird, als in anderen Fällen. Bei den von uns aufgestellten 95 Vorfällen der Nabelschnur starben während der Geburt nur 2 Kreissende, die eine apoplektisch unentbunden, die andere an *Putrescentia uteri*. Von den 95 Kindern blieben 30 am Leben, 65 starben. Unter diesen befindet sich aber das in der Mutter gebliebene Kind, 1 todtfaules, 3 im 7. Monat zur Geburt gekommene Kinder. Mit Rücksicht auf die lebend und todt geborenen Kinder bei einem natürlichen Verlauf der Geburt und der Beendigung durch operative Eingriffe ergiebt sich folgendes Resultat:

Die Geburt wurde beendet:

Durch die Natur 17 Mal. Mütter 17 gesund, — todt. Kinder 7 lebend, 10 todt.

Nach Reposition der Nabelschnur 5 Mal. Mütter 5 gesund, — todt. Kinder 5 lebend, — todt.

Unentbunden 1 Mal. Mütter — gesund, 1 todt. Kinder — lebend, 1 todt.

Durch die Wendung 43 Mal. Mütter 42 gesund, 1 todt. Kinder 10 lebend, 33 todt. NB. 19 schon vorher abgestorben.

Durch Extraction an den Füssen 15 Mal. Mütter 15 gesund, — todt. Kinder 6 gesund, 9 todt. NB. 5 schon vorher abgestorben.

Bei künstlicher Frühgeburt 1 Mal. Mütter 1 gesund, — todt. Kinder — lebend, 1 todt.

Durch Perforation 1 Mal. Mütter 1 gesund, — todt. Kinder — lebend, 1 todt.
Durch die Zange 12 Mal. Mütter 12 gesund, — todt. Kinder 2 lebend, 10 todt. NB. 7 schon vorher abgestorben.
Summa 95 Mal. Mütter 93 gesund, 2 todt. Kinder 30 lebend, 65 todt.

Rechnen wir von diesen 65 todten Kindern die 5 schon aufgezählten und die 31 schon vor den Operationen abgestorbenen Kinder ab, so ergiebt die Zahl 29 todte Kinder, also nur die Hälfte.

Man muss bei Stellung der Prognose mit Hinblick auf das Kind besonders folgende Momente in Anschlag bringen: 1) die Menge des Fruchtwassers überhaupt, und besonders des Theils in der Blase. Ist überhaupt zu wenig Fruchtwasser vorhanden, so steht zu befürchten, dass schon während der Erweiterung des Muttermundes der im Uterus befindliche Theil der Nabelschnur gegen das Kind gedrückt werden kann. Ist aber zu viel Fruchtwasser vorhanden, so wird der vorliegende Kindestheil höher erhalten, und es kann die Schlinge leicht sich vergrössern, auch das Fruchtwasser zu früh abgehen. Dies bringt dem Kinde sehr leicht grosse Gefahr, indem nicht nur die vorliegende Schlinge, sondern auch der Theil im Uterus leicht gedrückt werden kann. Da sich aber der Uterus nun immer mehr und enger an das Kind anschliesst, so kann auch die Placenta sich theilweise, später auch ganz lösen, und dergleichen eintretende oder bestehende Verhältnisse, die sonst dem Kinde nicht gleich gefährlich werden, können ihm schnell den Tod bringen. Zu dergleichen Verhältnissen zählen wir auch eine zugleich bestehende Umschlingung der Nabelschnur um einen Kindestheil, wahre Knoten in derselben, Stricturen; 2) die Grösse der Schlinge, insofern die kleinere leichter zurückweicht, zu repouiren ist, die grosse immer tiefer herabtreten kann, und das Gelingen der Reposition zu den Seltenheiten gezählt werden muss; 3) die Stelle des Beckens, an welcher die Schlinge liegt, und der Stand des Kopfes oder Steisses. Es ist einleuchtend, dass die vorgefallene Nabelschnur an der hinteren Wand des Beckens gegen Druck geschützter liegt, als an der vordern. Steht der Kopf in der ersten Scheitelbeinslage, so wird sie am wenigsten gedrückt werden, wenn sie an der linken *Synchondrosis sacro-iliaca* oder nach vorn und rechts herabgetreten ist, während sie bei der zweiten Scheitelbeinslage an der rechten *Synchondr. sacro-iliaca* oder nach vorn und links dem Drucke am wenigsten ausgesetzt ist. Bei Gesichtslagen — wobei wir den Vorfall unter den 95 Fällen nicht gefunden haben — würde sie bei der ersten Gesichtslage rechts, bei der zweiten links im Becken am besten liegen. Bei der einfachen oder complicirten Steisslage (ein oder beide Füsse dabei liegend) liegt sie am meisten gesichert, wenn sie an der Bauchfläche herabgefallen ist. Mit Rücksicht auf die Theile des Kindes, neben welchen die Nabelschnur vorgefallen ist, scheint die Steisslage mit oder ohne vorliegendem Fusse die günstigste, am übelsten die Schulterlage mit vorgefallenem Arme; die Kopflage allein scheint eine bessere Prognose zuzulassen, als wenn ein Arm daneben liegt. Bei 34 Kopflagen blieben 12 Kinder am Leben und 22 kamen todt; bei 7 Fällen mit Kopf und Arm blieb 1 Kind am Leben und 6 waren todt; bei *Plac. praevia incompl.* und Kopflage blieb das Kind am Leben; Kopf und Fuss vorliegend gab 1 todtes Kind; bei einer einfachen Steisslage blieb das Kind am Leben; bei 18 Fällen mit vorliegendem Fusse lebten 7 Kinder, 11 kamen todt; die Schulter allein lag 7 Mal vor, und es wurden 2 Kinder lebend, 5 todt auf die Welt befördert, und bei 26 Entbindungen, wo ein Arm vorlag, blieben 3 Kinder am Leben, und 23 starben ab; 4) die Stärke der Wehen, insofern eine übermässige Wehenkraft den Kindestheil früher, als eine mässige schon vor dem Blasensprunge verdrängt, und nach demselben besonders gefährlich wird, wenn sie auf Widerstand stösst; 5) alle Umstände, welche dem regelmässigen Verlauf der Geburt hinderlich sind; 6) die Dauer der Geburt. Bis zum Blasensprunge ist die Gefahr in der Regel geringer, als späterhin, denn das Fruchtwasser schützt die Nabelschnur im Uterus gegen Druck, schützt die Schlinge, da es den vorliegenden Theil zurückhält; die Wehen wirken nicht auf die Vorbewegung des Kindes. Alles dies hört auf, sobald das Fruchtwasser abgeflossen ist, und manche Verhältnisse, sonst minder gefährlich, bringen dem Kinde bei einiger Dauer der letzten Geburtsperioden den Tod. — Martin hält auch dafür, dass das Leben des Kindes am bestimmtesten bedroht sei, wenn die Nabelschnur gespannt über den Kopf hinweglaufe, und dann an zwei entgegengesetzten Stellen einem Druck ausgesetzt sei. Er theilt eine Beobachtung mit, und gleiche erzählten Pfeifer (Gemeins. deutsch. Zeitsch. f. Geburtsk. V. I. S. 90), Trefurt (Neue Zeitsch. f. Geb. Bd. II. S. 345). Wir erkennen dabei nur die Gefahr an, dass der Druck des Kopfes neben dem Drucke gegen das Becken die Circulation leichter unterbrechen kann, denn ein Druck der Nabelschnur an zwei Stellen kann auch ausserdem stattfinden, da bei dem Vorfall einer Schlinge neben dem Kopfe auch zwei Theile zwischen diesem und dem Becken liegen, der zu der Placenta und der zum Kinde führende Theil. Eine andere Gefahr dabei besteht in der Verzögerung der Vorbewegung des Kindes, wie dies *Fälle von* Mende, Trefurt u. A. darthun.

(Schluss folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der medicinischen Klinik des Dr. A. Siebert in Jena.

1. Typhus wird für Tuberkulose gehalten.

Henriette Koch, ein 21 Jahr altes, zartes, chlorotisch aussehendes Dienstmädchen, leidet seit einigen Wochen an Husten, Schwerathmen und Mattigkeit. Bei ihrem heutigen Eintritt (den 14. Oct. 1850) zählt man 30 Athemzüge in der Minute, sie hat viel trockuen Husten, *Calor mordax* der äussern Haut und einen schnellenden Puls von 130. Das Hypogastrium ist weich und empfindlich, in der Herzgrube Druck, die Hypochondrien sind frei, der Herzimpuls etwas hart, die Ventrikelcontractionen sehr abrupt, aber die Herztöne nicht abnorm. Die rechte Thoraxhälfte hat starke klingende Resonanz. An der linken vordern Brustgegend wird der Ton schon unter der zweiten Rippe stark gedämpft. An mehreren Stellen bemerkt man feine trockene Bronchial-Rhonchi. Ausserdem erfahren wir von der Kranken, welche sehr einsilbig ist, nichts. Ord.: Emulsion mit *Aqua laurocerasi.*

Den 15. Oct. In dem Zustande der Respiration und des Fiebers ist keine Veränderung eingetreten. Es kamen mehrere Durchfälle, dieselben haben nichts besonders Charakteristisches, sie sind dünn und braun. Wir erfahren zugleich, dass das Mädchen seit einigen Wochen schon an Durchfällen gelitten, und doch dabei ihre Arbeit verrichtet habe. Der Blick der Kranken hat nichts Irrendes, das Gesicht ist nicht decomponirt, die Wange umschrieben geröthet; man erkennt das tiefe Leiden, und ich möchte sagen, der Ausdruck des Gesichts ist ein verklärter zu nennen. Sie ist bei vollem Bewusstsein, spricht wenig, aber giebt freundlich richtigen Bescheid und bemerkte wohl, dass ich sie für ihre Schwester, welche vor einiger Zeit an Chlorose hier lag, gehalten habe.

Der klingende Thorax und die bronchialen Vibrations-Geräusche zeigen an und für sich nichts anderes an, als eine Affection der feinen Bronchialäste, aber die Dämpfung der linken Lunge, welche hoch oben beginnt, der hektische Ausdruck des Gesichtes, das Fieber und endlich die Durchfälle mit Empfindlichkeit des Leibes lassen auf Tuberkulose der Lungen und des Darms schliessen, welche allen Anzeigen nach einen sehr acuten Verlauf haben wird, zumal bei chlorotischen Mädchen besondere Neigung zur raschen Tuberkel-Infiltration vorhanden ist. Ord.: Täglich dreimal 2 Gran *Ferri muriatici.*

Den 23. Oct. Das Eisenpräparat wird gut vertragen, der Husten ist seltener, der Puls überschreitet die Zahl von 120 nicht, das Athmen ist leichter und die Durchfälle beschränken sich. Das Gesicht ist nicht mehr so echauffirt, die Haut nicht so stechend heiss — hinlängliche Gründe zur Fortsetzung des Arzneimittels.

Den 31. Oct. Die Scene hat sich wieder verändert. Diesmal zum Nachtheil der Kranken. Dieselbe liegt in einem somnolenten Zustande, mit umschrieben hochrothen Wangen. Der Husten ist zwar äusserst selten, aber die Respiration häufig und beklommen. Der Percussionston überall sonor, nur links oben und vorne schon unter der zweiten Rippe eine bedeutende Dämpfung. An verschiedenen Stellen pfeifende Rhonchi. Das Abdomen weich, nur unbedeutend schmerzhaft, die Durchfälle wieder häufiger, der Puls zwischen 120 und 130, die Haut stechend heiss. Ord.: *Emulsio amygd. dulc. c. Aqua laurocerasi.* Mucilaginöses Getränk.

Den 2. Nov. Die Kranke hat blande Delirien. Die Apathie und Somnolenz bekommen einen beunruhigenden Grad, Lippen und Nase einen schwärzlichen Anflug; die Wangen sind tiefblau, das Fieber erhält sich in seiner Heftigkeit, das Abdomen ist etwas eingezogen und empfindlich; Durchfälle stellen sich 8—10 in 24 Stunden ein. Dagegen verschwindet der Husten so wie die Rhonchi ganz, und am Thorax findet sich nirgends eine Dämpfung, welche jedenfalls bei der angenommenen acuten Tuberkelinfiltration an mehreren Stellen sich jetzt zeigen musste; auch scheint die Dämpfung linker Seits von einem bedeutenden Hochstande des Herzens herzurühren. Es machen sich sehr starke Zweifel an der Richtigkeit der früheren Diagnose geltend. Ord.: *Emulsio chinata.*

Beim Beginn der Klinik am 4. Nov. wurde der mittlerweile eingetretene Tod der Henriette Koch gemeldet, was sofort Gelegenheit gab zu folgenden Bemerkungen.

Wenn Sie, m. H., ein gutes nosologisches Handbuch durchlesen, werden Sie glauben, dass die Diagnose des Typhus mit keinen Schwierigkeiten verknüpft sei. Zu ermitteln, ob die Zunge eigenthümlich verändert sei, ob die Ileocöcalgegend schmerzhaft und gurrend, ob die Milz angeschwollen, ob das Ausgeleerte dünn, gelb, hellbraun, flockig, ob das Gesicht den typhomanischen Ausdruck habe u. s. w., das ist eine leichte Sache, und man setzt sich ein Bild des Intestinalfiebers zusammen. Indessen so hübsch sauber und compendienmässig lassen sich in vielen Fällen des Typhus die bezeichneuden Symptome nicht zusammentragen, und mancher gute Praktiker wurde schon bei der Section überrascht, von dem sicher erwarteten Darmtyphus keine Spur vorzufinden, oder im Gegentheil, er wird von einem Darmtyphus überrascht, wo er kaum daran dachte. Nichts lächerlicher, als eine diagnostische Unfehlbarkeit, wozu bis jetzt noch kein Arzt befähigt ist, affectiren oder den begangenen Fehler caehiren zu wollen, wenn man von dem sprechenden Zeugnisse der Section ereilt und widerlegt wird. Die Verpflichtung des Klinikers erheischt es, dergleichen Irrungen recht scharf an das Tageslicht zu ziehen, um sich den Gewinn für die Instruction nicht entgehen zu lassen.

In folgenden Fällen täuscht man sich am leichtesten über die Existenz des Typhus:

1) Verschiedene Cerebralkrankheiten bringen einen ähnlichen somnolenten, von blanden Delirien begleiteten Zustand hervor, wie man ihn bei vielen Typhuskranken beobachtet. Gesellen sich nun hierzu noch abdominelle Erscheinungen, d. h. Erscheinungen von *Enteritis mucosa* — Empfindlichkeit des Abdomens, Durchfälle — so wird die Täuschung noch mehr begünstigt. Vor ungefähr einem Jahre sahen wir hier ein paar Wochen lang einen preussischen Soldaten liegen im schlummersüchtigen, leicht delirirenden Zustande ohne bestimmt ausgesprochene Lähmungen, dessen Zunge schwarz und trocken, dessen Leib eingezogen und empfindlich war, und bei welchem täglich sich einige flockige, später mit Blut untermischte Durchfälle einstellten. Hätten wir nicht Gelegenheit gehabt, den Verlauf von Anfang zu beobachten, so würden wir kaum angestanden haben, die Krankheit für Typhus zu halten. Indessen war die Veranlassung, nämlich Insolation, und die Invasion der Krankheit als eine deutlich ausgesprochene Entzündung der *Pia mater* und *Arachnoidea* so schlagend, dass man die spätere Entzündung der Schleimhaut des unteren Theiles des Dünndarmes als secondär und abhängig von der cerebralen Lähmung erklären musste. Die Enteritis stellte sich auch erst ein, als die Arachnitis ihre Produkte gebildet hatte und die totale Lähmung heranahte; sie erwies sich als eine, ein langes Darmstück bis zur Bauhinischen Klappe gleichmässig einnehmende, diffuse Entzündung mit enormer Gefässinjection und Bildung von gelatinösem, stark mit Blut gemischtem Exsudat ohne Ergreifung des Drüsenapparates der Darmschleimhaut oder entsprechenden mesaraischen Drüsen.

2) Bei irgend einer vorhandenen organischen Krankheit (des Herzens oder der Leber etc.), welche den Kranken dem Tode entgegenführt, kann Typhus hinzutreten, besonders in Hospitälern, wo derselbe herrscht. So entschlüpfte uns vor einigen Monaten die Kenntniss des Typhus, welcher einen mit Mitralstenose behafteten und bereits dem Tode entgegengehenden Kranken befiel [1]). Durch die Erscheinungen des Herzleidens, der Leberanschwellung und der Hydropsie wurden wir verführt, dem plötzlich veränderten Zustande des Kranken, den Delirien, der geänderten Lage, der Schmerzhaftigkeit des Abdomen, den Durchfällen unsere Aufmerksamkeit nicht in dem Grade zuzuwenden, der nothwendig gewesen wäre, das hinzugetretene Uebel zu erkennen.

3) Am häufigsten werden Lungenkranke für typhös gehalten, oder man hält die typhösen Erscheinungen für solche, welche den übeln Ausgang einer genuinen Lungenkrankheit begleiten. Am häufigsten geschieht die Verwechselung bei acuter Tuberkelinfiltration. Darin mag der Grund liegen, dass man schon öfter versuchte, diese beiden ganz verschiedenen Krankheiten zu confundiren — eine Fusion, welche ebenso wenig gelingen wird, als die der orleanistischen mit der legitimistischen Partei. In beiden, nämlich in den genannten Krankheiten, findet man kurze Respiration, Hüsteln, verschiedene Rasselgeräusche, Percussions-Abweichungen, Empfindlichkeit des Leibes, Diarrhöen, Fieber und Neigung zu Delirien. Hat noch überdies die Krankheit in ihrem Beginn so gar nichts Charakteristisches für den Typhus, wie die der Henriette Koch, so weiss ich nicht, woher die Fähigkeit oder die Berechtigung kommen soll, dieselbe zu erkennen und für Typhus zu erklären. Der weitere Verlauf erweckte allerdings Zweifel, und es sollte mich nicht befremden, m. H., wenn die morgige Section uns mit den Residuen eines Typhus überraschte.

Section, den 15. Novbr. Die Leiche ist sehr abgemagert, die Haut blass gelblich mit wenig Todtenflecken; Leichenstarre gering.

In der Schädelhöhle keine Abnormität.

[1]) S. Deutsche Klinik No. 27. 1850.

Die Lungen gesund und im Verhältniss zum Körper klein, daher Hochstand des Herzens. Nirgends Lungenverdichtung, die vordern Partien mässig blutleer, in den hintern Leichenhypostase. Die Bronchien geröthet.

Der Unterleib stark eingezogen. Die Leber normal, wenig hyperämisch. Die Milz beträchtlich angeschwollen, ihre Consistenz ist fest. Die linke Niere gesund und normal gelagert. Die rechte Niere lag auf dem letzten Lendenwirbel, nahe am Eingang des kleinen Beckens. Ihr Becken war nach hinten gerichtet, und sie bekam so eine viereckige Gestalt, indem ihre convexe Seite eingedrückt war.

Im Magen ausser geringem Katarrh nichts Abnormes.

Duodenum und Jejunum gesund. Am Ende des Jejunum fielen einige geschwollene Solitärdrüsen auf. Am Anfang des Ileum wurden die geschwollenen Follikel häufiger. Dann sah man einzelne Peyersche Drüsenhaufen geschwollen. Die Häufigkeit derselben nimmt nach abwärts zu. Endlich kommen rundliche Geschwüre auf denselben mit wulstigen blauen Rändern. Denselben entsprachen angeschwollene Mesenterialdrüsen. Gegen die Bauhinische Klappe nehmen die Geschwüre an Häufigkeit und Grösse zu, und die Klappe selbst war durch ein grosses Geschwür zerstört.

2. Typhus.

Ch. Jacobi, ein 18jähriges Fabrikmädchen in Apolda, wird den 4. Febr. 1851 in einem kläglichen Zustande eingebracht. Seit 11 Tagen liegt sie, zwar ärztlich behandelt, aber ohne geeignete Pflege in kalter Kammer schwer erkrankt darnieder. Sie soll viel delirirt und an häufigen Durchfällen gelitten haben. Die Mutter, welche uns das Mädchen bringt, war nicht am Krankenbette zugegen, und weiss uns über den bisherigen Verlauf der Krankheit nichts zu sagen.

Wir finden einen stieren Gesichtsausdruck. Auf wiederholtes Fragen wird mühsam, lallend, aber richtig geantwortet. Die Wangen und Lippen sind bläulich. Die braune trockne Zunge wälzt sich zitternd hervor. An Brust und Unterschenkeln einige Petechien. Die Haut ist allenthalben trocken und welk, am Rumpf heiss, an den Extremitäten kühl. Der Puls klein und zuckend, 136 in der Minute. Das Athmen mühsam; links unten, seitlich und hinten starke Dämpfung; rechts unten geringe Dämpfung. Die oberen Brustgegenden haben sonoren Schall. An vielen Stellen sind trockne, sehr feine Rhonchi. Rechts unten deutliches Vesiculär-Rasselgeräusch, links Bronchialhauch. Der Leib ist eingezogen; die Kranke verräth beim Druck kein Schmerzgefühl, aber er erzeugt ein lautes kollerndes Geräusch. Die obere, vordere und untere Contour der Milz zeigt eine die Norm überschreitende Ausdehnung des Organs. Der Urin ist sehr dunkel gefärbt, halbdurchsichtig, sparsam und stark sauer; er enthält keine Spur von Eiweiss. Seit dem Eintritt der Kranken sind zwei Stühle erfolgt. Einer flüchtigen Untersuchung unterworfen, bestehen sie aus einem fetzigen, mit gelatinösen Klümpchen und weissen geronnenen Pünktchen untermischten, schwarzgrünen Brei; zugleich sieht man rothe Beeren („Preisselbeeren") von *Vaccinium vitis idaea* und die Bälge von Stachelbeeren (später wurde ermittelt, dass die Stachelbeeren am Anfange der Krankheit, die rothen Beeren dagegen beim Eintritt in's Krankenhaus genossen wurden). Unterm Mikroskope sieht man unter feinkörnigen, geronnenen Eiweissstreifen zackige, amorphe, vollständig opake Körper. Ich zweifle nicht, dass die Kranke vor ihrer Transferirung in die Anstalt Calomel genommen hat, indem die Ausleerungen alle Charaktere von Schwefelquecksilber-Stühlen tragen und ausserdem im Typhus sie sich niemals in dieser Art finden.

Ich zaudere nicht, nach den Symptomenreihen, welche die Untersuchung ergiebt, die Krankheit Typhus zu nennen, weil wir genau wissen, welchen Zustand wir mit diesem Namen zu belegen pflegen. Aber „Typhus" ist nur ein Wort, und da wir dieses nicht behandeln können, so muss man sich Rechenschaft geben, in welchem Zustande sich die Organe befinden und hieraus werden sich die Indicationen bestimmen lassen. Mit dem Zustande des Sensoriums können wir sehr befriedigt sein, und derselbe erfordert kein therapeutisches Einschreiten. Auch ist die der Krankheit eigenthümliche Affection des Darmkanals nicht von grosser Intensität; die vorhandenen starken Ausleerungen und deren wünschenswerthe Qualität bestimmen uns weder, dieselben zu unterstützen, noch zu beschränken. Am meisten beschäftigen uns die Erscheinungen der *Bronchitis capillaris* und der zwar auf kleinen Raum beschränkten, aber beiderseitigen Pneumonie. Wir lassen deshalb auf beide seitliche Brustgegenden mehrere blutige Schröpfköpfe setzen. Sollten die Stuhlgänge 24 Stunden ausbleiben, so werden einige Esslöffel Ricinusöl und Clysmata mit Zusatz von Essig gereicht. Ausserdem erhält die Kranke Chlorwasserstoffsäure, für 24 Stunden 1 Drachme, und zum Getränk dünnen Gerstenabsud. Der ganze Körper wird öfter des Tags mit warmem Essig gewaschen.

Den 5. Febr. Die schwarzgrünen, breiigen Durchfälle halten im-

mer noch an. Leider können wir über die vorausgegangene Medication nichts erfahren, indess vermuthe ich, dass eine ziemlich starke Quantität versüsstes Queeksilber gereicht wurde. Jedenfalls ist die Art der Wirkung eine günstige, wie es der Nachlass des Fiebers (120), die Abnahme der Wangenröthe, das leichte Athmen und der weiche, schmerzlose, heute nicht mehr kollernde Leib beweisen. Wir ernten somit, wo Andere vor uns gesäet haben. An die Stelle der trocknen Rhonchi ist hie und da feuchtes Bronchialrasseln getreten; rechts unten ist zwar noch deutliches Crepitiren, aber auf der linken Seite wird die hyperämische Lungenpartie permeabler. Mit Bildung von Bronchialsecret und Freiwerden der feinen Bronchien ist auch der Livor der Wangen und Lippen verschwunden; die Kranke sieht heute bleich aus, und die Augen sind minder starr und glänzend. Die sogenannte Typhus-Cyanose oder Anämatose ist nur eine Erscheinung von Hemmung des Lungenkreislaufes, die besonders durch *Bronchitis capillaris* hervorgerufen wird. Gelingt es, diese zu beseitigen, so ist auch die Typhus-Cyanose verschwunden. Die Ordination bleibt dieselbe.

Bei dieser Kranken kann ich mich zweier Bemerkungen nicht enthalten, die für Beurtheilung einiger Typhus-Symptome und für die Indication, wann man Calomel reichen darf, und was man davon zu erwarten hat, von einigem Werth sein könnten.

In den zahlreichsten Fällen findet man im Typhus ein grösseres Volumen der Milz, und hat dies an einigen Orten als wesentliches und pathognomonisches Symptom des Typhus zu bezeichnen versucht. Es ist indessen kein häufigeres und wesentlicheres Symptom als die Bronchial- oder Lungenhyperämie auch. Bei sehr vielen Typhuskranken sind beide vorhanden; aber es kann auch beides fehlen und doch der Darmtyphus eine grosse Intensität erreichen. Wir hatten tödtliche Fälle, wo die Section nichts von einer Milzanschwellung zeigte. Wir hatten Typhuskranke von geringer Intensität, bei welchen die Milz noch lange in der Reconvalescenz angeschwollen war. Ein solches Symptom hat wenig Werth, wenn man sich nicht dessen Quelle klar zu machen, oder vielmehr mit dem Fokus der Krankheit in Einklang zu bringen sucht. Eine Krankheit, welche sich in so vielen Organen zugleich äussert, muss einen Fokus haben, der allen diesen Theilen entspricht. Am leichtesten kömmt man freilich durch, wenn man das Blut verantwortlich macht; das kömmt überall hin und kann allenthalben Schaden anrichten, das kann auch die Milz anschwellen machen, ja, wenn's ihm beliebt, setzt es „Typhusmasse" ab, wie es solches im Drüsenapparat des Darmkanals zu thun pflegt. Wir danken indessen dem Himmel, dass diese Chimären, welche wie ein Alp auf der Pathologie lasteten, einer richtigeren Vorstellungsweise, die wir der Physiologie verdanken, gewichen sind. Man weiss nun, dass es keine „Typhusmasse" giebt, dass sich die Typhusinfiltrationen verhalten wie jede andere Entzündungsinfiltration, nur modificirt nach dem jeweiligen Zustande des Blutes. Man weiss, dass es kein „Typhusblut" giebt, sondern dass das Blut eines Typhuskranken ganz verschieden sein kann, je nachdem eben die Organe, welche dasselbe erzeugen und umwandeln, sich gerade in einem guten oder schlimmen Zustande befinden; diesem entsprechend wird das Blut befunden und nicht anders.

Im Typhus leiden zunächst alle Theile, deren Nerven ihr Centrum in den Ganglien des Sympathicus haben, und die älteren Namen „Nervenfieber" — „Ganglientyphus" sind nicht so ganz von der Hand zu weisen. Das Herz verliert an Propulsionskraft, die Gefässwände verlieren gegen die Capillarität zu an Widerstandsfähigkeit (während Arterien mittleren Kalibers contrahirt sind); die Respirationsstasen sind häufig, die des Drüsenapparates, der Darmschleimhaut constant; Organe mit contractilem Gewebe verlieren ihre Contractilität; bei der Leber beträgt dies sehr wenig, daher auch ihre geringe Volumenzunahme; bei der Milz tritt mit Verlust der Contractionsfähigkeit nothwendig eine Anfüllung des sinuösen Venentheiles ein, und die Anschwellung wird so lange dauern, bis diese Contractilität wieder hergestellt ist, was (nach den jetzigen Begriffen der Physiologie) nur mit Wiederkehr der Energie der Milznerven geschehen kann. Bei anhaltender und starker Milzcongestion wird deren Function aufgehoben, was nie verfehlen wird, seinen nachtheiligen Einfluss auf das Blut zu äussern. Dasselbe bekömmt jenen Charakter, den man dem „melanotischen" Blute beilegt. Es wird reich an disponiblem Pigment und in das Narbengewebe (z. B. auf der Darmschleimhaut) wird solches eingelagert. In dem Blutstrome selbst zerfallen die verbrauchten Blutkörperchen und ihr Pigment wird frei, da dies nicht auf normale Weise in der Milz geschehen kann. Findet dies in hohem Grade statt, und wird überdies noch der Faserstoffgehalt sehr gering, wie es bei gänzlicher Störung der Assimilation und bedeutender Störung der Respiration nicht anders zu erwarten ist, so verliert das Blut auch zugleich seine Coagulabilität, und man pflegt es dann dissolutes Blut zu nennen; es zeigt sich Neigung zu Petechien und Blutungen; alte Aerzte nannten eine Periode des Typhus, wo dies stattfindet, das *Stadium dissolutionis* oder *putridum*. Wo man im Typhus einen hohen Grad von andauernder Milzanschwellung wahrnimmt, wird man auch diesem Zustande des Blutes begegnen, wenn nicht — nicht. Es ist nicht nothwendig, dass die Nervenenergien des sympathischen Systemes nach allen Richtungen nachlassen oder alterirt werden, deshalb können die Respirationsorgane oder die Milz auch vollkommen intact bleiben. Thatsache ist es aber, dass die Nerven, welche dem Mesenterialplexus angehören, constant alterirt sind, und diese Alteration durch isolirte Stasen, besonders im unteren Theile des Dünndarms, in die Erscheinung tritt, woselbst im Kerne der rundlichen Typhusentzündung das Infiltrat sammt den angeschwollenen Follikeln sphacelös zerfällt und das Typhusgeschwür zurücklässt. Dass sich die Alteration der Ganglienerven nach auf- und abwärts erstrecken könne, und zwar bis in das Ganglion des Vagus im *Foramen lacerum*, sieht man an den ganz gleichen Processen im Pharynx, im Larynx, an den Genitalien, an verschiedenen äussern Theilen (Pharyngotyphus, Garotillo, Typhus der Genitalien, Decubitus etc.).

Und nun zur Anwendung des Calomel in späteren Perioden des Typhus. Alle Vertheidiger dieses Mittels stimmen darin überein, dass man nach 7 oder 11 Tagen sich dessen kaum mehr bedienen dürfe, namentlich um die in der Regel nun sehr verletzte Darmschleimhaut nicht noch mehr zu sollicitiren. Dagegen lässt sich nichts einwenden, und ich schreite ebenfalls zu keiner Repetition des Mittels, wenn es im Anfange des Typhus seine Dienste versagte. Aber in den Fällen, wo am Anfange kein Calomel gereicht wurde, wo um den 11. Tag die Abdominalerscheinungen sehr gering, dagegen die Respirationsbeschwerden heftig werden, oder sich Zeichen einer Arachnitis einstellen, da, m. H., greifen Sie unbedingt zu diesem vortrefflichen Mittel. Ich will Ihnen eine Geschichte erzählen, welche sich vor einigen Wochen ausserhalb der Klinik zugetragen hat, und die für die Behandlung des Typhus, vielmehr der Typhus-Pneumonie, einiges Lehrreiche enthält:

Ein 16jähriges blühendes Mädchen übersiedelt in eine grosse Stadt, welche wegen des stets daselbst herrschenden Typhus berüchtigt ist. Dasselbe wird nach einigen Tagen von Diarrhöe befallen, erholt sich wieder, kränkelt aber auf verschiedene Weise fort, bis endlich ein Schüttelfrost den Ausbruch der acuten Krankheit bezeichnet. Nach 4 Tagen bemerkt man an dem Zustande des Abdomen und der Befangenheit des Sensorium, dass man es mit Typhus zu thun habe. Die Behandlung bestand in sehr zweckmässigem Regime und dem Gebrauche des Chlor, von welchem täglich ungefähr 1 Unze verabreicht wurde. Als ich am 17. Tage der Krankheit die Kranke zum erstenmale sah, waren die abdominellen Symptome des Typhus beinahe vollkommen verschwunden, der Leib weich und schmerzlos, die Diarrhöe cessirte seit 2 Tagen, und es erfolgte sogar schon eine gebundene Oeffnung, aber das Fieber hatte einen hohen Grad (132), das Gehör und die Sprache waren verfallen, die Zunge wie ein Stückchen geröstetes Fleisch, das Bewusstsein grösstentheils geschwunden, die Augen stier und gläsern, die Wangen tiefblau, ein sehr hoher Grad von Dyspnöe, an allen Stellen der Brust bronchiale Vibrationsgeräusche, die ganze linke Seite bis zur zweiten Rippe herauf matt, ohne Vesicularathmen, rechts unten starkes Crepitiren, der Husten selten, trocken und frustran. Wenn dieser Zustand nicht sehr bald gehoben wurde, so musste Erstickung eintreten. Man gab der Kranken Calomel, und zwar 18 Gran in 20 Stunden. Es erfolgten einige wässrige dunkle Ausleerungen, das Athmen wurde ein wenig leichter, die Bronchialgeräusche wurden hie und da feucht, die Pulsfrequenz nahm um einige Schläge ab. Diese Erleichterung war sehr vorübergehend, und man stand am 19. Tage der Krankheit am alten Punkte. Es wurde nun alle 3 Stunden ½ Gran Sulphuraurat gereicht, was den feuchten Husten unterhielt und Schweiss hervorbrachte. Am 21. Tage bemerkt man, dass über der stark gedämpften Stelle links oben und vorne sich plötzlich Vesiculärrasseln einstellte, dass darunter grosse Blasen geworfen wurden, welche einen eigenthümlich resonirenden Klang hatten; es war offenbar hier ein Detritus vor sich gegangen und das Rasseln cavernös. Ausserdem waren die suffocatorischen Erscheinungen so heftig, dass man jeden Augenblick den Tod erwarten konnte. Nun gab man der Kranken abermals stündlich 1 Gran Calomel, bis sie 19 Gran genommen hatte, worauf sich sehr copiöse, breiige, schwarzgrüne Stühle einstellten und eine unglaubliche Veränderung in der Respiration eintrat. Der Livor des Gesichts war verschwunden, die Athemzüge weniger häufig, mit dem Husten wurden mühsam Sputa hervorgewürgt, welche klumpig, fetzig, braun und blutig gefärbt waren; unterm Mikroskop sah man viel Epithelzellen, Eiterkugeln, Blutkörperchen und ganz unverkennbar elastisches Lungengewebe. Die Pulsfrequenz ging auf 112 herab und das Bewusstsein kehrte wieder; lallende Sprache und Schwerhörigkeit hielten noch lange an. Nachdem nun 2 Tage diese Expectoration fortgedauert hatte, fand man die schlimme Stelle in der vorderen oberen Brustgegend in folgendem Zustande: die linke Brust eingesunken, der Widerhall matt, kein Vesicu-

Brathmen, nur sehr starker (übermässiger) Bronchialhauch; rechts unten war noch Crepitiren; wenn man ausserdem noch hie und da Bronchialgeräusche hörte, so war es feuchtes Schnurren. Die Kranke ging nun ungemein rasch der Reconvalescenz entgegen. Sie nahm täglich 1 oder 2 Mal eine kleine Dosis Goldschwefel mit Rheum. Der Lungendefect heilte nicht durch Eiterung, sondern *per primam intentionem*, wie man das bei Detritus gar nicht selten sieht. Die Stelle blieb noch längere Zeit matt und eingesunken; doch hat sie sich jetzt wieder gehoben und das Athemgeräusch ist den andern gesunden Stellen ziemlich gleich, wie mir berichtet wurde.

Den 9. Febr. Unsere Kranke hat ein ruhiges, heiteres Gesicht, sie schläft viel und ruhig, kann auf beiden Seiten liegen; das Knistern ist verschwunden, die matten Stellen werden sonorer; Durchfälle sind ausgeblieben, der Leib fühlt sich normal an, über den ganzen Körper ist gleichmässig Schweiss verbreitet. Wir lassen die Kranke ohne Ordination.

Ausser den genannten günstigen Symptomen müssen Ihnen, m. H., noch zwei andere auffallen, die in dem Typhus seit mehreren Jahren eine Rolle spielen. Diese Rolle ist in der Typhusliteratur eine zweideutige, in der Wirklichkeit indess eine bestimmte und zwar sehr günstige. Es ist der *Pulsus dicrotus*, oder vielmehr *undulosus*, und die Hinneigung des Harns zur Alkalescenz.

Wenn auch die Capillargefässe in vielen Punkten der Eingeweide ihre Contractilität verlieren, und hiedurch Veranlassung zu Stasen gesetzt ist, so bemerkt man dagegen stets auf der Höhe des Typhus eine Contraction der Arterien der Extremitäten, der Radialpuls fühlt sich klein, zusammengezogen, härtlich an, die Arteriendiastole ist schnell vollbracht, es ist *Pulsus celer*, gewöhnlich mit einer mässigen Frequenz von 96—108 Schlägen. So ist der Puls wenigstens in den reinen Abdominalformen. Sobald aber die typhöse Darmentzündung ihrer Resolution entgegengeht, sobald das Abdomen frei wird, dann hebt sich der Puls, er wird voller und zugleich weicher, es macht sich die Elasticität wieder geltend, und zwar in so hohem Grade, dass der Arteriendiastole ein nochmaliges Aufschnellen — eine nachträgliche fragmentarische Diastole folgt, was den Doppelschlag, zweibäuchigen oder undulirenden Puls hervorbringt. Volkmann sagt in der Hämodynamik über den *Pulsus dicrotus*: „der *P. d.* entsteht dadurch, dass der Stoss in der Flüssigkeit sich fortpflanzt mit der Geschwindigkeit der Schallwellen, in den Gefässwänden aber langsamer, so dass ein doppeltes Wellensystem entsteht.“ Remak hat uns mit den anatomischen Bedingungen zu diesem günstigen Zeichen, welches die alten Semiotiker[1]) recht gut kannten und pathologisch zu verwerthen wussten, bekannt gemacht durch seine vortreffliche Abhandlung über den Bau der Gefässe: „— wenn eine weit unter dos normale Lumen gehende Verengerung vorkömmt, so kann sie nur von den contractilen Bestandtheilen ausgehen, die elastischen werden dabei zusammengedrückt oder zusammengeschoben und können nicht mitwirken —“. In solchen Fällen fühlt man den härtlichen, zusammengezogenen, kleinen Puls, wenn aber die Contraction nachlässt, macht sich das elastische Gewebe, das bisher zur Fortbewegung des Blutes nur hinderlich war, man kann sagen im Excess, geltend und hiermit entsteht Turgescenz nach der äussern Haut, gleiche Wärmevertheilung und gleichmässig verbreiteter Schweiss. Wo irgend in einer Krankheit alle diese Umstände, in dieser Weise und in dieser Reihenfolge eintreten, da kann man mit günstiger Wendung der Krankheit auch den undulirenden oder doppelschlägigen Puls beobachten, und es ist eine Thorheit zu sagen: der *Pulsus dicrotus* kömmt am häufigsten im Typhus vor, *ergo* — ist er ein Zeichen des Typhus, da er doch gerade auf der Höhe des Typhus nicht vorkömmt.

Ausserdem sehen Sie eine Veränderung im Harne, die ich ganz unbedingt als eine vortreffliche bezeichnen muss. Der Harn, welcher vordem dunkelbraun, durchsichtig, sparsam und stark sauer war, ist nun reichlicher, trübe, die Farbe spielt aus dem Orangegelben in's Ziegelrothe, die Reaction ist schwach alkalisch, der Geruch sehr übel; er sedimentirt sehr viele Epithelienschuppen, Schleimkörper und Phosphatkrystalle; er ist offenbar bereits in der Blase in die alkalische Harngährung übergegangen. Fragen wir uns: in welchen Fällen kommt dieser Harn vor und warum kommt er in diesen Fällen vor? so wird die Antwort auch für den vorliegenden Fall nicht ausbleiben. Ueberall wo sich im Harne kohlensaures Ammoniak bildet, werden die Phosphate gefällt, indem dieselben nur durch eine freie Säure im Harne sich gelöst erhalten. Nach dem Genusse von gewissen Früchten entwickelt sich kohlensaures Ammoniak, und der Harn wird neutral oder kalisch gelassen. Wir hatten vor einigen Wochen einen Kranken mit *Nephritis albuminosa*, dessen Harn alle Charaktere wie dieser vorliegende hatte, und zwar nur so lange, als wir ihn kohlensaures Ammoniak einnehmen liessen. Wenn der Harn lange in der Blase verweilt, bei Spinallähmungen, geht er in die alkalische Gährung über. Der Schleim bei Blasenkatarrh dient als Ferment und bewirkt Entwickelung von kohlensaurem Ammoniak. Das sind bekannte Dinge; warum aber dies auch im Typhus geschieht, ist meines Wissens nicht bekannt, obwohl die Erklärung so nahe liegt. Während des Typhus hört die Thätigkeit der äusseren Haut auf, es wird weder Schweiss noch Hautschmiere secernirt, und auch die Epidermialabstossung sistirt. Geht die Krankheit in Genesung über, so wird dies Alles reichlich nachgeholt und die Abstossung von Epidermialzellen geschieht so stark, dass der ganze Körper sich schält. Gleichen Schritt mit dieser reichlichen Epithelialabstossung geht derselbe Process auf Schleimhäuten vor sich, welche den Orificien nahe liegen, daher auf der Tracheal- und Bronchialschleimhaut (Husten und Auswurf), auf der Schleimhaut der Vagina und — der Urinblase. Eine starke Desquamation der Blasenschleimhaut ist aber Blasenkatarrh, und das Secret reicht hin, den Harn sehr rasch in alkalische Gährung zu versetzen. Da eine solche Thätigkeit auf der äusseren Haut und den den Orificien naheliegenden Schleimhäuten nur mit Nachlass des Typhus und Beginn der Wiedergenesung eintritt, so ist uns die Erscheinung des neutralen oder alkalischen Harnes ein günstiges Zeichen. Wenn sich aber dieses Zeichen mit anderen sehr schlimmen Symptomen verbindet, und zwar vor allen mit paralytischen, nun dann sieht jedes offene Auge den Grund dafür, und es wird ihm nicht einfallen, den kalischen Harn für ein Zeichen der „guten Krise“ zu erklären.

Den 15. Febr. Wir können unsere Kranke als Reconvalescentin betrachten, der Schlaf ist gesund, das Fieber zu Ende, alle Functionen werden regelmässig, mit Ausnahme des trägen Stuhles, was aber gerade zu den Zeichen der wahren Reconvalescenz gehört.

Ausser den Residuen im Gehirne, welche vorübergehende oder auch permanente Störungen zur Folge haben können, ausser den Zeichen einer rückbleibenden chronischen Pneumonie, sind es aber vorzüglich die Darmgeschwüre, welche noch später den Tod durch hektisches Fieber oder Perforation bringen können. Es ist nicht immer leicht mit Bestimmtheit zu sagen, ob Darmulceration zurückgeblieben ist oder nicht, da in vielen Fällen wenig oder kein Schmerz empfunden wird. So lange der Harn dunkel bleibt, so lange abnorme Stuhlgänge, so lange Fieberbewegungen vorhanden sind, so lange der Kopf eingenommen bleibt, darf man den Kranken von Darmgeschwüren nicht freisprechen.

Ausserdem ist in der Reconvalescenz unsere Aufmerksamkeit auf den Zustand der mesaraischen Drüsen gerichtet. Obwohl deren Anschwellung genau mit den Typhusgeschwüren zusammenhängt und der Lage nach denselben entspricht, wie der Bubo dem Schanker, und das Schicksal der mesaraischen Drüse in der Regel an das der entsprechenden kranken Schleimhautstelle geknüpft ist, so kommt diese constante Veränderung im Typhus doch noch anderweitig in Betracht. Die Anschwellung und Entzündung während des Typhus kann so bedeutend gewesen sein, dass die indurirten Drüsen niemals mehr permeabel werden. Oder sie schwellen nach Ablauf des Typhus rasch ab und werden atrophisch. Ist dies auf sehr viele mesaraische Drüsen verbreitet, so kann Marasmus eintreten, wenigstens stellt sich die Nutrition ausserordentlich langsam wieder her. Es kann auch begegnen, dass man mit dem Verlaufe des Typhus zufrieden ist, keine besonders perniciösen Symptome bemerkt, und wird höchst unangenehm überrascht, dass plötzlich nach einem Schüttelfrost sich heftiges Fieber und Delirien einstellen, welchen sehr bald der Tod folgt. Finden Sie dann weder im Gehirn und Rückenmark, noch in den Respirations-, noch in den Verdauungsorganen, noch in den Venen, noch sonst irgendwo die nächste Todesursache, so versäumen Sie nicht, die mesaraischen Drüsen einer genauen Untersuchung zu unterwerfen, Sie können dann in einer oder der andern Drüse eine *Gangraena centralis* finden, ein höchst fatales unerwartetes Accidens des Typhus, welches unausbleiblich den Tod zur Folge hat.

In einigen Wochen hatte sich die Kranke vollkommen erholt und konnte am 26. März geheilt entlassen werden.

[1]) Solano de Luque und Sprengel beobachteten den *Pulsus dicrotus* als Vorboten des „kritischen Nasenblutens“ und des „kritischen Schweisses“.

Miscellen.

Inoculation der Syphilis.

Von
Sanitätsrath Dr. A. Droste
in Osnabrück.

Hr. Auzias-Turenne hat an die Akademie der Wissenschaften zu Paris (Sitzung am 18. Novbr. 1850) einen Brief geschickt, dessen wesentlichster Inhalt folgender ist:

Die Syphilis ist ohne Widerspruch unter den Krankheiten des Menschen eine von denjenigen, deren Studium die meiste Unsicherheit und Dunkelheit darbietet. Ihre Zuziehungsweise raubt dem Beobachter verschiedene wichtige Umstände hinsichtlich ihrer Ursachen, ihrer Symptome und ihrer Entfaltung.

Es erhoben sich Einwürfe gegen meine Ansicht, und die Syphilographen behaupteten, dass das Problem so lange auf keine bestimmte Weise gelöst werden könne, als ein Mensch sich nicht der Einimpfung des Eiters von einem syphilitischen Schanker, den ich einem Thiere beigebracht hätte, unterworfen haben würde.

Unterdessen hat Hr. Robert von Weltz, Privatdocent an der medicinischen Schule zu Würzburg, aus Eifer für die Wissenschaft vier Mal der Inoculation des Eiters von Schankern, welche ich bei einem Affen und bei einer Katze hervorgebracht, sich hingegeben. Diese Einimpfungen haben Erfolg gehabt, und unser muthiger Amtsbruder hat 10 Tage lang auf seinen beiden Armen die vier Schanker, die er sich so zugezogen, sich ausdehnen lassen.

Unter den Thatsachen, die mir durch diese Experimente offenbart worden sind, ist eine, die ich nicht länger unbekannt lassen will, weil sie manche Zweifel lösen und eine wahrhafte Umwälzung in dem Studium der Syphilis hervorbringen kann. Wenn man einem Thiere successive Schanker durch Inoculation mittheilt, so manifestirt sich, wie auch der Abstand sei, den man in ihre Aufeinanderfolge setzt, oder auf welche Weise man sie combinirt, der erste Schanker viel schneller, wird viel breiter, giebt mehr Eiter, wird von einer bedeutenderen Entzündung begleitet und dauert viel länger, als der zweite. Dieser verhält sich gegen den dritten, wie der erste gegen den zweiten und so fort, bis das Thier sich keinen mehr zuziehen kann. Dies Thier ist somit gegen die Syphilis vaccinirt, d. h. der Zustand, in welchem es sich hinsichtlich der Syphilis befindet, ist demjenigen analog, in welchen wir in Bezug auf die Menschenpocken, nachdem wir die Einimpfung der Kuh- oder Menschenpocken erlitten haben, versetzt sind. Ich bezeichne diesen Zustand mit dem Worte Syphilisation oder mit dem Ausdrucke der syphilitischen Vaccination. Die Affen, mit welchen ich experimentirt habe, sind gegenwärtig zum grössten Theile in dieser Verfassung. Ohne den Zustand, in welchen uns die Vaccination oder Inoculation der Menschenblattern bringt, von Grund aus zu kennen, wissen wir doch, dass er uns eine Zeitlang vor dem Blattergifte schützt. Rücksichtlich der Syphilis gilt ein Gleiches von dem Zustande, den ich Syphilisation nenne. Das syphilisirte Thier befindet sich vor aller syphilitischen Ansteckung gesichert.

Preisaufgaben.

Preis der Gesellschaft der Medicin zu Caen. „Kann man bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft die Basen einer Doctrin oder eines allgemeinen Systems der Pathologie aufstellen, welche vollkommen entsprechend sind für die theoretische Unterweisung in der Medicin und für die Ausübung der Kunst?" Im Fall der Bejahung dieser Frage ist diese Doctrin summarisch hinzustellen, indem man sie begründet auf Thatsachen und in ihrem Einfluss auf die pathologischen Systeme, welche nach einander die medicinische Wissenschaft beherrscht haben. Der Preis besteht in einer goldenen Medaille im Werth von 300 Fr. und wird im Jahre 1852 ausgegeben werden.

Preis der Akademie der Medicin in Belgien. Die Akademie hat folgende vier Fragen proponirt:

1) Eine Entwickelung der Ursachen, Symptome, des Charakters und der Behandlung der Krankheiten, die eigenthümlich sind den Arbeitern in den Steinkohlen- und den metallurgischen Werken des Königreichs. Preis eine goldene Medaille im Werth von 600 Fr.

2) Eine Entwickelung der Theorie der Intoxication nach wissenschaftlichen Thatsachen, respective gestützt auf neue Experimente. Preis eine eben solche Medaille.

3) Die Geschichte der unter dem Namen *Pneumonia epizootica* bekannten Krankheit, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ursachen und der Mittel ihr vorzubeugen. Fernerweit eine Bestimmung über den etwaigen Gebrauch, den man in den verschiedenen Stadien der Krankheit von den Thieren machen kann, vom Standpunkt der Industrie, der Hygieine und der Oekonomie aus. Preis eine Medaille im Werth von 800 Fr.

4) Die Geschichte der Karbunkelkrankheiten, mit Berücksichtigung der verschiedenen Formen, unter denen sie sich bei unseren Hausthieren zeigt, sowie ihres Einflusses auf die Cultur einer Gegend und die kryptogamischen Produkte der Futterkräuter. Preis eine Medaille im Werth von 600 Fr.

Die zweite und vierte Arbeit sind unter Adresse des Dr. Sauveur, Secretärs der Akademie, vor dem 20. März 1852 einzusenden, die dritte vor dem 20. März 1853, die erste vor dem 20. März 1854.

Personalien.

Personalveränderungen. Preussen. Dem Kreisphysikus Dr. Morgen zu Memel ist die nachgesuchte Entlassung aus dem Staatsdienste ertheilt worden.

Im Regierungs-Bezirk Magdeburg waren am Schlusse des Jahres 1850 ansässig: 167 praktische Aerzte, 86 Wundärzte 1. Kl., 95 Wundärzte 2. Kl., 69 Apotheker, 78 Thierärzte und 584 Hebeammen. — Desgleichen im Regierungs-Bezirk Aachen: 93 prakt. Aerzte, 28 Wundärzte 1. Kl., 14 Wundärzte 2. Kl., 45 Apotheker, 17 Thierärzte und 205 Hebeammen.

Todesfall. Der Geheime Medicinalrath und Professor Dr. Nasse in Bonn ist gestorben.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

8. Anatomie und Physiologie.

Atkinson, *Letters on the Laws of Man's Nature and Development.* London. 8. 390 S.

Bate, Ueber die Structur der Zähne. Lond. Gaz., Jan., Febr., März.

Beau, Analytische, physiologische und pathologische Studien über den *Apparatus spleno-hepaticus.* Archiv. gén., April.

Beesel, Mittheilungen eines Somnambulen nebst den daraus gezogenen Folgerungen. Pr. Vereins-Ztg. 15. 16.

Bérard, *Nerv.* des *Musculus internus* des Hammers. Gaz. des hôp. 13.

Brücke's Entdeckung der Muskeln, durch welche sich die Darmzotten bewegen. Pr. Vereins-Ztg. No. 10.

Coulson, Ueber subcutane Schleimbeutel. Lond. Journ., Jan.

Coote, Ueber Anatomie des Kniegelenks. Lond. Gaz., Febr.

Cross, *Physiology of Human Nature; being an investigation into the physical and moral condition of man, in his relations to the inspired Word of God.* 8. 367 S.

Frey, Die Physik der Zellenvereiterung in den Lungen. Vierordt's Archiv 1.

Hargreaves, Fall von zwiegespalteter Epiglottis. Lancet, Jan.

Hasner, Ueber das anatomische Verhältniss der Linsenkapsel zum Glaskörper. Deutsche Klinik No. 12.

Holden, Ueber einige Punkte bezüglich des Mechanismus des Hüftgelenks. Lond. Gaz., Febr.

Kolisko, Ueber das continuirliche Halsgeräusch. Wiener Ztschr., Jan.

Küchenmeister, Einige Beiträge zur Lehre von den Herztönen und von den Nonnengeräuschen, nebst einigen Bemerkungen zu und gegen Valentiner's neueste Mittheilungen über Bleichsucht. Deutsche Klinik No. 7. 10. 11. 12. 13.

Liman, Neuer Fall eines Zwitters. Casper's Wochenschr. 10.

Linderer, Zur Physiologie u. Pathologie der Zähne. Deutsche Klinik No. 7.

Maclize, *Surgical Anatomy.* Fasc. IX. Fol.

Maschek, Beschreibung einer angeborenen Verbildung der männlichen Geschlechtstheile. Prager V.-J.-Schr. Heft 1.

Neill, Ueber die Structur der Schleimhaut des Magens beim Menschen. Americ. Journ., Jan.

Peacock, Das Gewicht des Gehirns in den verschiedenen Lebensperioden. Lond. Journ., Febr.

Quekett, Vorlesungen über Histologie. Med. Times, Jan. u. Febr.

Radcliffe, *The Philosophy of total motion.* 8. 158 S.

Remak, Ueber den Bau der Blutgefässe und ihren Antheil an der Blutbewegung. Med. Central-Ztg. No. 1 und Deutsche Klinik No. 3.

Robertson, Verbindung zwischen dem Magen und der äussern Bauchwand. Monthly Journ., Jan.

Rokitansky, Ueber Prof. Ehrmann's: „*Musée d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Strassbourg*", mit Beifügung eigener Beobachtungen. Wiener Ztschr., März.

Schiff, Ueber die Empfindlichkeit in den vorderen Nervenwurzeln. Vierordt's Archiv 1.

Städeler, Ueber die flüchtigen Säuren des Harns. Liebig's Ann., Jan.

Struther's Fall von doppeltem Magen, nebst Bemerkungen dazu. Monthly Journ., Febr.

Swan, Physiologisches über Gehirn, *Medulla oblongata,* Rückenmark. Lond. Gaz., Febr.

Türck, Ueber den Zustand der Sensibilität nach theilweiser Trennung des Rückenmarks. Wiener Ztschr., März.

Valentin, Ein Beitrag zur Entwickelungsgeschichte der Doppel-Missgeburten. Vierordt's Archiv 1.

Vierordt, Ueber die Herzkraft. Ibid.

Wiedersheim, Hermaphroditismus. Württemb. Corr.-Bl. No. 3.

Wilson, *The Anatomist's Vade-mecum. A System of Human Anatomy.* 5. edit. 8. 656 S.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 19. 10. Mai 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur.

Von

Prof. Hohl in Halle.

(Schluss aus No. 18.)

Die Behandlung ist immer schwierig, da ein vorzeitiges Eingreifen nicht minder fehlerhaft sein kann, als ein zu lange verzögertes. Es fragt sich zunächst, ob die Pulsation der Nabelschnur und das Aufhören derselben für die Behandlung einen Werth hat, wenn eine solche zur Zeit ausführbar ist? Allerdings kann die Pulsation in der Nabelschnur von operativen Eingriffen abhalten, wenn sie regelmässig und ungestört ist, dazu drängen, wenn sie anfängt, Abweichungen fühlen zu lassen, und davon abhalten und dazu treiben, wenn sie erloschen ist. Das Weitere im Nachstehenden.

Wir trennen die Behandlung beim Vorliegen von der beim Vorfall. Wenn die Eihäute noch unverletzt sind und der Kopf neben der Schlinge vorliegt, so kommt es darauf an, ob die Arterien der Nabelschnur pulsiren oder nicht, die vorliegende Schlinge klein oder gross, der Muttermund verstrichen ist oder nicht, und ob der Kopf noch hoch, beweglich oder schon fest und tief steht. Die zu Gebote stehenden Hülfsmittel sind eine zweckmässige Lagerung, die Reposition, Wendung und Zange. Hat die Pulsation in der Nabelschnur aufgehört, oder ist sie schwach, selten, aussetzend, und ist auch der Herzschlag des Kindes in gleicher Weise oder nicht mehr zu hören, so halten wir bei noch nicht vollständig erweitertem Muttermunde den Versuch der Reposition mit zweckmässiger Lagerung der Kreissenden für gerechtfertigt, und öffnen bei einem Misslingen der Reposition, bei nun tiefem Stande des Kopfes und verstrichenem Muttermunde die Eihäute, theils um die Reposition nochmals zu erstreben, ohne mit derselben viel Zeit zu verlieren, theils um mit der Zange die Geburt des Kindes zu beschleunigen. Steht aber der Kopf noch hoch, ist die Wendung ausführbar, und gelingt die Reposition nicht, so machen wir die Wendung, und befürchten, unter solchen Umständen ein lebendes Kind nicht zu Tage zu fördern. Es ist gewöhnlich ein unheilbarer Fall, wie es deren in der Medicin und Chirurgie auch giebt und immer geben wird. Dies erkennt auch wohl Martin an, wenn er sagt, dass freilich die Wendung nicht bloss das Leben des Kindes nicht sicher stelle, sondern auch das der Mutter mehr exponire, als der vorliegende Fehler selbst es zu thun pflege. Dieser aber, bemerken wir, exponirt an sich das Leben der Mutter gar nicht.

Wenn aber die Pulsation der vorliegenden Nabelschnur ungestört ist, und eine kleine Schlinge neben dem Kopfe bei noch nicht vollständig erweitertem Muttermunde liegt, so halten wir das Verhüten des weiteren Herabfallens der Schlinge durch Anlegen der Fingerspitzen während der Wehe und Versuche der Reposition in den Wehenpausen mit grösster Vorsicht ausgeführt, für zweckmässig, und erwarten, wenn sie nicht gelingt, die vollständige Erweiterung des Muttermundes. Ist dabei der Kopf hervorgetreten, so suchen wir den Blasensprung zu verzögern, um die Zange gebrauchen zu können, während wir bei hohem Stande des Kopfes das Fruchtwasser für die Wendung benutzen. Wir öffnen das Ei an seinem obern Theil. Ist aber unter den angegebenen Verhältnissen die Schlinge gross, so stehen wir wenigstens von allen Versuchen der Reposition ab, denn wir können mehr schaden als nützen, und eine grosse Schlinge dringt immer wieder vor. Ueberhaupt wird uns jeder Geburtshelfer zugestehen, dass die Reposition bei noch unverletzten Eihäuten zwar gelingen kann, aber immer höchst unsicher und oft nur scheinbar ausgeführt ist, da eine wahre und sichernde Reposition nur dann erst besteht, wenn die Schlinge über den Kopf, wenigstens über seine grösste Circumferenz, gebracht ist. Hier verfahren wir übrigens, wie oben angegeben. — Bei vorliegender Nabelschnur neben dem Steisse allein oder mit einem Fusse dabei verhalten wir uns exspectativ, so lange der Muttermund noch nicht ganz verstrichen ist, und sehen uns auch dann noch vor, dass wir bei bestehender dringender Indication zur Beschleunigung der Geburt die Extraction nur dann erst an dem Steisse oder einem Fusse nach den dafür bestehenden Regeln unternehmen, wenn der Muttermundrand weich, dehnbar oder ganz verstrichen ist.

Feuilleton.

Aus deutschen Bädern.

II. Die Neuquelle zu Eger-Franzensbad.

(Schluss aus No. 18.)

Indem ich diesen amtlichen Bericht abdrucken liess, schliesse ich zur bessern Uebersicht für meine verehrten Collegen hier die vollständigen Resultate der Analyse der Neuquelle im Zusammenhalte mit den Analysen der übrigen Quellen zu Franzensbad tabellarisch geordnet bei. Ich übergebe vorläufig diese Skizze und werde später einen detaillirteren Bericht, die Neuquelle und Franzensbad überhaupt betreffend, folgen lassen.

Ueberblickt man die angeschlossene tabellarische Zusammenstellung der analytischen Resultate der Neuquelle in Vergleich mit den übrigen Franzensbader Heilquellen, so wird ersichtlich, dass sich dieser Neuling unter die stärksten derselben einreiht.

Besonders ist es, wie oben erwähnt, ihr Kohlensäuregehalt, der sie auszeichnet und durch den sie unter den Franzensbader Heilquellen allein dasteht und wenige bekannte Quellen vor sich hat.

Die Neuquelle enthält auf 1000 Volumtheile Wasser, selbst wenn man die kohlensauren Salze, wie hier der Fall, als Bicarbonate berechnet, 1575,69 Volumtheile freie Kohlensäure (Pyrmonts Trinkquelle hingegen enthält nach Brandes und Krüger unter denselben Verhältnissen bestimmt in 1000 Volumtheilen Wasser 1594,1 Volumtheile freie Kohlensäure), welches durch den hohen Druck der Wassersäule auf die Soole bedingt ist.

Der Ständer der Neuquelle enthält bis zu seiner Abflussmündung stets eine Wassermasse von 209,4 Wiener Kubikfuss, welche bei der Soolenfläche von 144 Quadratfuss einen Druck von 83811,2 österr. Pfund auf die Soole ausübt.

Der Eisengehalt dieser Quelle und der an Chlornatrium kommt dem der Franzensquelle nahe gleich, und ihr geringerer Gehalt an kohlensaurem Kalk und Bittererde ist, wie es bei der Wiesenquelle der Fall ist, durch einen reichlicheren Gehalt an kohlensaurem Natron, sowie der nur um ein Geringes niedrigere Gehalt an schwefelsaurem Natron durch zwei Kalisalze, salzsaures und schwefelsaures Kali (digestiv. und Doppelsalz), vertreten, welches um so merkwürdiger ist, als verschiedene Chemiker Kali in den Franzensbader Heilquellen bisher vergeblich suchten.

Eger-Franzensbad, im März 1851.

Dr. Köstler.

Liegt die Nabelschnur bei der Schulterlage vor, so bestimmt natürlich diese das Verfahren, und wir nehmen die Schlinge hier nicht mit in den Uterus, weil wir die Eihäute in der Nähe der Füsse öffnen. — Der Vorfall der Nabelschnur kann sich ereignen vor dem völligen Verstreichen des Muttermundes und nach demselben. Im ersten Falle gelingt die Reposition einer kleinen Schlinge gewiss äusserst selten und nur bei sehr nachgiebigem Muttermunde mit einem Instrumente. Häufig aber ist dabei die Schlinge gross und liegt seitlich an der hintern Wand des Beckens, wobei die Pulsation ungestört fortdauert. Hier ist es rathsam, die völlige Erweiterung des Muttermundes ruhig abzuwarten. Ist aber der Muttermund ganz erweitert, so hängt die Behandlung ab: von dem vorliegenden Kindestheil und dem hohen oder tiefen Stande desselben; von der Stelle, an welcher die Schlinge in das Becken herabgetreten ist, und von ihrer Grösse; von der Art der Pulsation während der Wehe und in der Wehenpause. Es kann nach den Umständen ein exspectatives Verhalten dem activen Verfahren vorzuziehen sein, auch dieses jenem, und bestehen in der Reposition, in der Wendung und Extraction, oder in dieser allein mit der Zange, an dem Steisse oder den Füssen.

Ist der Kopf allein vorliegender Theil, steht er tief und günstig für die vorgefallene Nabelschnur, geht die Pulsation in ihr während der Wehenpause ungestört fort, und wird sie auch während einer Wehe nicht prall, so ist zu irgend einem Eingriffe keine Indication vorhanden. Nur wenn die Schlinge gross ist, legt man einen feuchten warmen Schwamm an die äusseren Geschlechtstheile oder injicirt zeitweise in die Scheide eine warme Flüssigkeit, und legt den Schwamm oder eine warme Compresse vor. Man muss nicht öfters untersuchen, als es nothwendig ist, und nie lange, auch nur mit einem Finger. Wird die Nabelschnur während der Wehe prall, oder findet man, dass die Pulsation wankt, so extrahirt man den Kopf mit der Zange, und zieht den Rumpf ohne Verzug hervor. Dasselbe ist indicirt, wenn man die Pulsation in der Nabelschnur nicht vorfindet, da man nicht wissen kann, wie lange sie verschwunden ist, und ob nicht doch noch an dem zum Kinde gehenden Theile Pulsation vorhanden ist. Es kann nämlich die Schlinge an dem herab- und hinaufgehenden Theile, aber auch nur an dem Einen gedrückt werden. Trifft der Druck den Theil, der zu der Placenta hinauf geht, so wird die Nabelschnur bei jeder Wehe prall, oft gewunden, pulsirt stark, schwächer ausser der Wehenzeit, und hört bei dauerndem Druck gewöhnlich plötzlich auf. Wird sie aber an dem Theile gedrückt, der zu dem Kinde hingeht, so hört die Pulsation während der Wehe in der Schlinge ganz auf, diese wird schlaff, und nach der Wehe kehrt die Pulsation wieder, gewöhnlich schwächer, und erlischt allmälig. Unter den eben angegebenen Verhältnissen gestatten wir den Versuch der Reposition nur dann, wenn der Kopf gross oder das Becken enge ist, und die Operation mit der Zange voraussichtlich lange dauern kann. — Wenn aber der Kopf hoch steht, und deshalb eine Beschleunigung der Geburt, falls sie nothwendig werden sollte, mit der Zange nicht in Aussicht steht, dann hat der Geburtshelfer die Wahl zwischen der Reposition und der Wendung. Diese ist in diesem Falle eine wahrhaft vorbereitende Operation, insofern durch sie das Mittel für die Beschleunigung der Geburt, wenn sie geboten, beschafft wird. Da aber immer das mildere Verfahren dem tiefer eingreifenden vorzuziehen ist, auch nach der Wendung die Nabelschnur durch den Druck des folgenden Kopfes in Gefahr kommt, so ist die Reposition voran zu versuchen, namentlich wenn die Schlinge klein ist und für die Reposition günstig liegt. Wollen wir aber sicher gehen, so genügt es nach unserer Ansicht und Erfahrung nicht, die Schlinge nur über den Muttermund zu legen, und sie nun für gesichert zu halten, denn sie kann hier leicht wieder vorfallen, da die hintere Hälfte des Muttermundrandes flach in den Körper übergeht. Ein anderer Umstand ist, dass bei einem hohen Stande des Kopfes und auch bei einer Lage desselben auf dem Beckeneingange, die Schlinge dem Drucke des Kopfes ausgesetzt bleibt, wenn dieser herabtritt. Nur dann erst kann die bezeichnete Stelle genügen, wenn der Kopf den Muttermund verlassen hat. Am wenigsten sicher liegt die Nabelschnur an dieser Stelle, wenn die Schlinge an der vorderen Wand des Beckens herabgefallen ist, was keiner weiteren Auseinandersetzung bedarf. Nur dann ist die Nabelschnur wirklich reponirt, wenn sie dahin gebracht worden ist, wo sie ursprünglich und gewöhnlich liegt, also über den Kopf, mindestens über seine grösste Circumferenz, denn dann erst ist sie über den Kindestheil gebracht, von dem ihr Gefahr droht. Ist nun die Reposition mit der Hand oder mit einem Instrument zu bewirken? Wir halten die Reposition mit den Fingern nach der eben angeführten Bedingung für nicht ausreichend, und halten es für nothwendig, sie mit der ganzen Hand auszuführen, um sie sicher über den Kopf zu bringen. Wir selbst vermeiden hier diesen Eingriff in das Geburtsgeschäft, da man eine kleine Schlinge mit dem Instrument leichter, für die Mutter ohne Schmerzen, und für die Nabelschnur minder gefährlich zurückbringen kann. Wir ziehen den kupfernen Catheter von Michaelis — früher bekannt als die Sonde von Champion — anderen Instrumenten vor, und lassen ihn bei höherem Stande des Kopfes ruhig liegen, bis dieser auf dem

Analysen der Mineralwasser zu Eger-Franzensbad.

Bestandtheile in 16 Unzen.	Die Neuquelle		Die Wiesenquelle		Die Salzquelle			
	nach A. Zembsch.		nach A. Zembsch.		nach Trommsdorff.		nach Berzelius.	
	Gran.	Summe der Natron- und Kali-Salze.	Gran.	Summe der Natron-Salze.	Gran.	Summe der Natron-Salze.	Gran.	Summe der Natron-Salze.
Schwefelsaures Natron	23,41846	. . .	25,6554	. . .	17,9333	. . .	21,5209	. . .
Schwefelsaures Kali	0,07792	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Chlornatrium	9,16042	38,4738	9,3254	43,9595	9,2160	36,4693	8,7698	35,4985
Chlorkalium	0,09248		. . .		. . .		. . .	
Doppelkohlensaures Natron	. . .	. . .	8,9787	. . .	9,3200	. . .	. . .	. . .
Kohlensaures Natron	5,72452	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	5,2078	. . .
Bromnatrium	geringe	. . .	geringe	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Jodnatrium	Mengen	. . .	Mengen	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Kohlensaurer Kalk	1,62635	. . .	1,3733	. . .	1,6066	. . .	1,4192 [1]	. . .
Kohlensaure Bittererde	0,52664	. . .	0,6196	. . .	0,1320	. . .	0,7989	. . .
Kohlensaures Eisenoxydul	0,23325	. . .	0,1367	. . .	0,0160	. . .	0,0704	. . .
Kohlensaures Manganoxydul	0,04218	. . .	0,0209	. . .	0,0040	. . .	0,0123	. . .
Kohlensaurer Strontian	0,00361	. . .	0,0022	. . .	0,0026	. . .	. . .	. . .
Kohlensaures Lithion	0,04049	. . .	0,0258	. . .	. . .	. . .	0,0269	. . .
Quellsaures Eisenoxydul	. . .	. . .	0,0452	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Phosphorsaurer Kalk	0,02259	. . .	0,0214	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Phosphorsaurer Kalk und Bittererde	. . .	. . .	. . .	. . .	0,0040	. . .	. . .	. . .
Phosphorsaurer Kalk und Thonerde	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	0,0246	. . .
Phosphorsaure Bittererde	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Basisch phosphorsaure Thonerde	0,01265	. . .	0,0099	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Kieselerde	0,52405	. . .	0,4758	. . .	0,3333	. . .	0,4907	. . .
Summe der festen Bestandtheile	41,50561	. . .	46,6903	. . .	38,5678	. . .	38,3415	. . .
Freie Kohlensäure [2]	50,910	Par. Kubik-Zoll.	30,691	P. K.-Z.	26,89	K.-Z.	. . .	. . .
Schwefelwasserstoff	0,129		0,162		. . .	. . .	. . .	. . .
Stickgas	0,069		0,059		. . .	. . .	. . .	. . .

[1]) Mit Spuren von Strontian.

[2]) Die Gase der Wiesenquelle und Neuquelle wurden gemessen bei der Temperatur der Quelle + 8,5° R. und 76 Centimeter Barometerstand.

Eingange sich fixirt, oder wir lagern die Kreissende bei tiefem Stande des Kopfes nach der Reposition auf die entgegengesetzte Seite, und ziehen nun erst das Instrument zurück; haben wir die Reposition in der rechten Seite der Kreissenden bewirkt, so lassen wir sie auf die linke Seite legen, damit der Kopf mehr nach rechts gedrängt wird, und die Oeffnung verschliesst.

Wenn oben die neben dem hochstehenden oder beweglich aufliegenden Kopfe vorgefallene Schlinge gross ist, die Arterien in ihr ungestört pulsiren, und sie eine gute Lage hat, d. h. seitlich an der hinteren Wand herabgetreten, das Becken gut, das Fruchtwasser schon längere Zeit abgeflossen ist, so verhalten wir uns ruhig, beschränken uns auf eine sorgliche Leitung der Geburt, und verhüten nur den Austritt der Schlinge aus der Scheide. Wir rühren hier die Nabelschnur nicht an, weil sie sehr leicht wieder vorfällt, und wenden um, wenn die Beschaffenheit des Uterus auf ein leichtes Gelingen der Wendung schliessen lässt. Ist die Schlinge an der vorderen Wand des Beckens vorgefallen — was gewiss äusserst selten vorkommt, wenn der Kopf vorliegt — so muss sie vorsichtig an die hintere Wand geleitet werden. Finden wir aber die Pulsation in der Schlinge schwach, oder diese gedrückt, oder wird sie es während unseres ruhigen Verhaltens, so halten wir bei hochstehendem Kopfe und überhaupt da, wo die Zange nicht anwendbar ist, die Wendung und Extraction ohne Verzug für indicirt, und nehmen die Schlinge mit in den Uterus, um zu sehen, ob wir sie nach dem Rathe von Croft, du Puyt, Velpeau, Stoltz um einen Kindestheil schlagen können, wovon wir aber sogleich abstehen und wenden, wenn wir es nicht leicht und schnell bewerkstelligen können, und die Pulsation nach der Reposition nicht stärker wird. Wird die Pulsation kräftiger, so stehen wir von der Wendung ab. Auch hier ist ein glücklicher Erfolg nicht wohl zu erwarten, wenn die Wendung nicht zu umgehen ist. Wenn wir aber die Nabelschnur bei hohem Stande des Kopfes pulslos finden, so unterlassen wir die Wendung, denn wir haben nicht die sanguinische Hoffnung, dass dann noch ein lebendes Kind zu Tage zu bringen ist, wenn wir auch auf Trefurt's Erfahrungen einen hohen Werth legen. Zu dem Glauben können wir uns nicht erheben, dass (J. F. Osiander) eine mehrere Stunden vor dem Kopf liegende, völlig pulslose, und eine bis zur Hälfte der Schenkel herabhängende, wie Eis so kalte Nabelschnur (Dr. Bäumler) nach der Wendung noch ein lebendes Kind zu Tage bringen lasse.

Ist die Nabelschnur über den Kopf gespannt, und steht dieser für die Anlegung der Zange bereit, so ist diese indicirt, sie mag pulsiren oder nicht. Wenn aber in diesem Falle die gespannte Nabelschnur bei den Tractionen ein Hinderniss abgiebt, oder der Kreissenden heftige Schmerzen macht, wie es in Trefurt's Fall geschah, dann ist bei pulsloser, welker Nabelschnur die Durchschnaidung mit einem Knopfbistouri und Beendigung der Geburt mit der Zange gerechtfertigt. Ist aber Pulsation in der Nabelschnur vorhanden, so muss versucht werden, sie über den Kopf zu streifen, was uns in einem Fall mit einem Spatel gelang, und dann die Extraction mit der Zange erfolgen, wenn die Wehen nicht kräftig sind. Sollte uns die Abstreifung einer pulsirenden Nabelschnur nicht gelingen, so würden wir bei einer voraussichtlich schnell zu beendigenden Geburt die Zange vorsichtig anlegen, entweder die Nabelschnur durchschneiden, und das Kind extrahiren, oder eine Ligatur umlegen, dann mittelst eines leichten Druckes mit dem Finger gegen die Nabelschnur untersuchen, von welcher Seite her der arterielle Blutstrom kommt, die Ligatur schliessen, an der Placentarseite durchschneiden, und die Extraction mit der Zange beschleunigen. — Wenn aber der Kopf hoch steht, die Nabelschnur pulsirt, und die Abstreifung und Reposition nicht gelingen sollte, was wir jedoch für bewirkbar halten, so kann nur durch die Wendung das zu befürchtende Uebel abgewendet werden.

Bei einer fehlerhaften Stellung des Kopfes ist es natürlich unumgänglich nothwendig, diese vor oder nach der Reposition völlig zu beseitigen, soll die Schlinge nicht wieder vorfallen.

Auch eine oder beide Hände können neben dem Kopfe mit der Nabelschnur vorfallen. Diese Complication verlangt eine genaue Umsicht, indem man den Stand des Kopfes, die Lage des Arms, das Verhältniss der vorgefallenen Schlinge, die Grösse des Beckens zu berücksichtigen, und darauf zu sehen hat, ob es nothwendig ist, Arm und Nabelschnur, oder nur diese zu reponiren. Voraus sei bemerkt, dass wir nie die Reposition eines Armes nach der Lehre von Michaelis unternehmen, um der möglichen Anwendung der Zange auszuweichen. Diese Möglichkeit ist nicht wohl voraus zu bestimmen, so lange noch die Rede von einer Reposition des Armes sein kann, und oft genug beendet die Natur selbst ohne unser Zuthun die Geburt.

Wenn der Kopf für die Zange vorbereitet ist und zangenrecht steht, Arm und Nabelschnur vorgefallen sind, diese nicht oder schwach pulsirt, so bedienen wir uns sogleich der Zange. Ist aber die Pulsation in der Nabelschnur ungestört, so verhalten wir uns so lange exspectativ, bis wir eine Indication zur Beschleunigung der Geburt finden, und gebrauchen nun die Zange. Hier aber nehmen wir auf das Becken, selbst auf die Grösse der Schaamspalte und die Festigkeit der weichen

Analysen der Mineralwasser zu Eger-Franzensbad.

Bestandtheile in 16 Unzen.	Die Franzensquelle				Der kalte Sprudel		Die Luisenquelle	
	nach Trommsdorff.		nach Berzelius.		nach Trommsdorff.		nach Trommsdorff.	
	Gran.	Summe der Natron-Salze.	Gran.	Summe der Natron-Salze.	Gran.	Summe der Natron-Salze.	Gran.	Summe der Natron-Salze.
Schwefelsaures Natron	25,4166	. . .	24,5047	. . .	26,9200	. . .	21.416	. . .
Schwefelsaures Kali	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Chlornatrium	8,9333	42,8065	9,2306	38,9239	8,6000	42,6933	6,766	33,680
Chlorkalium	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Doppelkohlensaures Natron	8,4566	. . .	. . .	. . .	7,1733	. . .	5.498	. . .
Kohlensaures Natron	. . .	. . .	5,1886	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Bromnatrium	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Jodnatrium	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Kohlensaurer Kalk	1,6000	. . .	1,8002	. . .	1,6000	. . .	1,600	. . .
Kohlensaure Bittererde	0,5333	. . .	0,6720	. . .	0,0133	. . .	. . .	. . .
Kohlensaures Eisenoxydul	0,0680	. . .	0,2350	. . .	0,2000	. . .	0,328	. . .
Kohlensaures Manganoxydul	0,0040	. . .	0,0430	. . .	0,0040	. . .	. . .	. . .
Kohlensaurer Strontian	0,0013	. . .	0,0031	. . .	0,0013	. . .	. . .	. . .
Kohlensaures Lithion	0,0026	. . .	0,0376	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Quellsaures Eisenoxydul	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Phosphorsaurer Kalk	0,0213	. . .	0,0230	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Phosphorsaurer Kalk und Bittererde	. . .	. . .	. . .	. . .	0,0280	. . .	. . .	. . .
Phosphorsaurer Kalk und Thonerde	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Phosphorsaure Bittererde	0,0106	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Basisch phosphorsaure Thonerde	. . .	. . .	0,0123	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Kieselerde	0,3666	. . .	0,4731	. . .	0,0560	. . .	0,228	. . .
Summe der festen Bestandtheile	45,4142	. . .	42,2232	. . .	44,5959	. . .	35,836	. . .
Freie Kohlensäure	40,85 K.Z.	. . .	. . .	. . .	39,4 K.-Z.	. . .	32,53 K.-Z.	. . .
Schwefelwasserstoff	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .
Stickgas	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .

Bodentheile des Beckens Rücksicht. Wir suchen nämlich die Schlinge mit dem Instrument zu reponiren, wenn das Becken nicht die gewöhnliche Grösse zu haben scheint, oder der Kopf gross, oder die Schaamspalte klein ist und die Bodentheile des Beckens ungewöhnlich straff sind.

Wenn aber der Kopf hoch und gut steht, der Arm und die Nabelschnur vorgefallen sind, die Pulsation in dieser fehlt, schwach oder gut ist, so reponiren wir Arm und Nabelschnur, und geben der Kreissenden eine zweckmässige Lage. Können wir es möglich machen, so schlingen wir in allen Fällen, wo thunlich, die Nabelschnur um den Arm. Wird aber durch den vorgefallenen Arm der Kopf nach der andern Seite gedrängt, oder liegen beide Arme mit der Nabelschnur vor, und verhindern den Eintritt des Kopfes, so richten wir uns bei dem Versuch der Reposition auf die Wendung ein, zu der wir auch um so schneller nach einem vergeblichen Versuche und der Rückkehr des Kopfes in seine Lage übergehn, je schlaffer und geräumiger wir den Uterus für die Ausführung der Wendung finden. Wir fürchten hier gewiss nicht ohne Grund, dass der Uterus in Folge anhaltender Repositionsversuche sich leicht und schnell fest um das Kind anlegen, und die Wendung zum grössten Nachtheil für das Kind erschweren kann. Die Extraction lassen wir von den nun eintretenden Umständen abhängen. Wir müssen aber hier bestimmt hervorheben, dass wir in denjenigen Fällen, wo der Kopf mit oder ohne Vorfall eines Armes nach der Seite hin ausgewichen ist, nicht Anstand nehmen, nach Reposition der Nabelschnur die Einstellung des Kopfes auf den Beckeneingang auszuführen, und den eingestellten Kopf in der ihm gegebenen Richtung zu erhalten, wenn die Bedingungen für die Wendung auf den Kopf vorhanden sind. Wir sind daher für Carus, d'Outrepont u. A., welche auch die Erfahrung für sich haben.

Es fragt sich aber, ob auch, wie Wigand vorschlägt, bei der Schulterlage die Reposition vor der Wendung auszuführen ist. Wir erkennen die ausgesprochene Besorgniss (Kilian) mit Michaelis nicht an, dass die Nabelschnur von der Hand des Geburtshelfers gedrückt werden könne, und käme es hier darauf an, an welcher Seite die Schlinge liegt, und mit welchem Arm die Wendung zu machen ist. Liegt z. B. die Nabelschnur rechts, und ist die Wendung mit der linken Hand auszuführen, oder ist es umgekehrt — und beides kommt gewiss am häufigsten vor, weil die Schlinge meist in der Seite herabfällt, wo der Steiss liegt — so kann der Arm einen weit nachtheiligern Druck ausüben, als die Hand; steht aber die Schulter tief oder ist sie eingekeilt, gewöhnlich dabei der Uterus fest an dem Kinde liegend, so dürfte es allerdings nicht gerathen sein, die Schlinge in den Uterus mit hinauf zu führen. Wenn aber der Uterus bei vollständig eröffnetem Muttermunde in der Wehenpause schlaff und geräumig ist, die Schlinge an derjenigen Seite liegt, an welcher die Hand eingehen muss, die Wehen gut sind, so halten wir es für zweckmässig, die Nabelschnur mit in den Uterus zu nehmen, wenn wir auch damit die Gefahr nicht entfernen, die der folgende Kopf noch bringen kann. Ganz besonders aber halten wir die Reposition mit einem Instrument dann für gerechtfertigt, wenn das Fruchtwasser vorzeitig abgeflossen ist, der noch nicht vollständig erweiterte Muttermund auch während der Wehenpause sich fest gegen den vorliegenden Theil, die Schulter, anlegt, und dadurch schon das Leben des Kindes in Gefahr kommt.

Was endlich die Reposition bei Steisslagen betrifft, so halten wir sie nur in dem Falle für indicirt, wenn, wie eben bemerkt, das Fruchtwasser frühzeitig abgegangen ist, und der noch nicht völlig erweiterte Muttermund sich fest an den vorliegenden Theil anschliesst. Wir müssen jedoch dabei bemerken, dass hier die Reposition nie eine volle Sicherheit giebt, weil wir ausser Stande gesetzt sind, ihr eine wirklich schützende Stelle neben dem Rumpfe anzuweisen. Wird in den übrigen Fällen wegen der vorliegenden Nabelschnur eine Beschleunigung der Geburt nothwendig, und steht der Steiss hoch oder tief, so haben wir nach den bestehenden Regeln zu verfahren, indem wir entweder einen Fuss herableiten, oder die Extraction an dem Steisse selbst ausführen.

Zur Casuistik der Leistenbrüche.

Von

Sanitätsrath Dr. Schindler und Kreisphysikus Dr. Steudner.

Betrachtet man den Verlauf, welchen eine *Hernia inguinalis externa* in ihrer Ausbildung nimmt, wie sie zuerst in den inneren Leistenring tritt und allmälig im Leistenkanale herabsteigt, ehe sie an der äusseren Apertur des Leistenkanales anlangt, so darf es uns nicht Wunder nehmen, sie auf jeder Stufe der Entwickelung gewissermaassen Halt machen zu sehen. Es wird dieser Fall um so sicherer eintreten, wenn ein Hinderniss im Leistenkanale sich dem Hervortreten des bereits in ihm verweilenden Darmtheiles entgegensetzt, wenn eine andere Partie dem andringenden Darme weniger Widerstand leistet, wenn schon nach dem Durchtritt durch die innere Apertur des Leistenkanales eine Einklemmung des Bruches erfolgt, ehe derselbe seine weitere Wanderung hat beenden können. Solche Brüche entgingen auch den beobachtenden Chirurgen nicht; Le Cat (Philos. transact. Vol. 20. p. 221) spricht von zwei Fällen, in denen der Bruch von der Aponeurose des *Musc. obliqui externi* bedeckt war, und Petit (Traité des maladies chirurg. T. II. p. 247) fand unter der Aponeurose des äusseren schiefen Bauchmuskels eine Bruchgeschwulst von der Grösse, Figur und Härte einer Olive, welche im Leben sehr üble Zufälle erregt hatte, aber verkannt worden war. Murray nannte diese Brüche *Herniae incompletae*, welchen Namen auch Langenbeck adoptirt hat; Malgaigne legte ihnen den Namen einer *Hernia interparietalis* bei; Boyer nennt sie *Hernia intro-inguinalis;* am richtigsten würde man den Bruch wohl *Hernia aperturae internae canalis inguinalis* nennen. Astley Cooper (Anatomische Beschreibung der Unterleibsbrüche) zeigt auf Taf. III. Fig. 1. einen kleinen Bruch, der nur im inneren Leistenringe liegt und noch nicht tiefer in den Leistenkanal eingedrungen ist, und auf Taf. IV. Fig. 1. einen Bruch, der ebenfalls im Leistenkanale liegt und nur bis zum Bauchringe gelangt ist. Auch Lawrence erwähnt diese Art von Brüchen.

Wie schwer die Diagnose dieser Brüche im Falle einer Einklemmung ist, zeigen die Fälle von Dupuytren, Hey, Collway, A. Cooper, Fergusson, Stanley, Shaw, wo man nach dem Tode eine eingeklemmte Darmschlinge im Leistenkanale fand. Glücklicher waren Langenbeck (Nosologie und Therapie der chirurgischen Krankheiten Bd. V. S. 1636), — welcher in zwei Fällen, wo äusserlich keine Geschwulst zu sehen und zu fühlen war, durch die Incarcerationszufälle veranlasst, operirte und beide Kranken rettete — Beek, Strauch und einige Andere.

Bei stark forcirter Taxis kam es wohl vor, dass der Bruch, in den Leistenkanal zurückgedrängt, diesen auf eine ungewöhnliche Weise erweiterte. Pitha (Prager Vierteljahrs-Schrift 1846. Bd. 1.) erwähnt drei Fälle dieser Art. Der Leistenkanal war enorm ausgedehnt, dass der innere Leisteuring kaum mit der Spitze des Zeigefingers zu erreichen war, und eine fast faustgrosse Geschwulst in demselben Platz hatte, ohne äusserlich den geringsten Vorsprung zu bilden. Diese Ausdehnung war nur durch Depression der hinteren Wand des Kanales entstanden. Diese Wand, einzig und allein von der *Fascia transversa* gebildet, hat auch in der That Spielraum genug, um dem beharrlichen Druck der Taxis nachzugeben. Natürlich wird dies nicht ohne eine, wenngleich nur unbedeutende Loslösung der genannten Fascia vom *Musculus transversus abdominis* möglich sein.

Ausser diesen Fällen, wo man den Leistenkanal selbst als das Lager des Bruches ansehen kann, beobachtete man aber noch, wenn auch sehr selten, die Abnormität, dass der in den Leistenkanal eingetretene Bruch sich dadurch ausbreitet, dass er den *Musc. obliquus externus* von seiner Unterlage trennt; er durchbohrt die unteren Bündel des *Obliquus internus* und breitet sich zwischen *Obliquus externus* und *internus* aus. Die neugebildete Höhle, in welcher der Bruch liegt, besteht nach vorn aus der Sehne des äusseren schiefen Bauchmuskels, nach hinten aus der *Fascia transversalis*, nach oben aus einigen Bündeln des *Obliquus internus* und dem unteren Rande des *Transversus*, nach unten aus dem Poupart'schen Bande. Der Bruch war in einigen Fällen sehr gross und erstreckte sich weit nach der *Crista ossis ilei* hin. Goyrand in Aix hat diesem Bruche zuerst Aufmerksamkeit geschenkt, und in der Sitzung der Académie de Médecine in Paris vom 23. Juni 1835 zwei derartige Fälle mitgetheilt. Er fand zwei vollkommen häutige Hüllen, den Bruchsack und die Verlängerung der *Fascia transversalis*, welche die unmittelbare Hülle des Samenstranges bildet. Die Höhle, worin der Bruch lag, hatte zwei Mündungen, die eine in der hinteren Wand, durch welche sie mit der Bauchhöhle communicirte, und den äusseren Leistenring. Die obere Oeffnung, welche im normalen Zustande oval ist, war rund und kreisförmig, an ihrer inneren Seite verliefen die epigastrischen Gefässe. Der Bauch dehnte sich leichter nach innen, als nach der *Spina ilei* hin aus, und die Bruchpforte lag deshalb nicht in der Mitte des Bruches nach hinten.

Von diesen Fällen, denen sich der weiter unten zu erzählende, von uns beobachtete Fall anreiht, nur mit der grossen Verschiedenheit, dass kein Bruchsack vorhanden war, weichen die Fälle, wo der Bruch durch die *Fascia transversalis* unter den äusseren schiefen Bauchmuskel trat, dadurch ab, dass sie nicht im Leistenkanale, sondern zwischen den Muskeln liegen. Fälle der Art beobachteten Blandin und Veiel. Im letzteren Falle (Veiel, Würtemb. Corr.-Blatt 1834. No. 39.) war ein eingeklemmter Leistenbruch reponirt worden. Bei der Section fand sich in der inneren Apertur des Leistenkanales eine

Schlinge des Ileum eingeklemmt, und zwar so fest, dass es einiger Anstrengung bedurfte, dieselbe vorzuziehen. Bei der genauen Untersuchung der Einklemmungsstelle war keinesweges der Bruchsack der einklemmende Theil, sondern die *Fascia transversalis* an der Stelle, wo sie sich mit dem äusseren Rande des geraden Bauchmuskels verbindet, und zwar in der Art, dass bei freiem Leistenkanale sich die eingeklemmte Darmschlinge nach innen unter die *Fascia transversalis* geschoben und diese aufgehoben hatte. Die Einklemmung entstand dadurch, dass der durch die Reposition zurückgedrängte Darm an der *Fascia transversalis* ein Hinderniss fand, und dadurch unter diese und theilweise unter die Aponeurose des *Musc. rectus abdominis* verschoben wurde, so dass diese Fascien den Darm nicht an seinem Umfange zusammenschnürten, aber festhielten.

Der merkwürdigste und einzig dastehende Fall ist der von Venturoli. Er erzählt denselben (*Novi Comment. acad. scient. institut. Bononiens.* T. IV. 1840; Schmidt's Jahrb. Bd. 33. S. 233) folgender Weise: „N.N. aus Bologna, welcher schon seit lange an einem Leistenbruche der rechten Seite litt, der jedoch bisher durch ein passendes Bruchband gut zurückgehalten worden war, fühlte bei einer beabsichtigten Stuhlausleerung plötzlich einen heftigen Schmerz in der *Regio iliaca dextra*, welcher sich bei wiederholtem Pressen nicht nur steigerte, sondern sich schnell bis zur *Regio epicolica* derselben Seite ausbreitete. In der Meinung, der Bruch sei vorgetreten und werde durch das fest anliegende Bruchband gedrückt, entfernte er dies, fand aber die Leistengegend nicht nur nicht aufgetrieben, sondern auch den *Annulus spermaticus* völlig frei; dabei mehrte sich der Schmerz trotz der passendsten Körperlagen mit grosser Schnelligkeit, es gesellte sich Unruhe, Uebelkeit und Erbrechen hinzu, der Bauch war rechterseits von der *Regio iliaca* bis nach dem Hypochondrium hin geschwollen und hart. Ein hinzugerufener Chirurg, der nach der Heftigkeit und dem plötzlichen Auftreten der Symptome nur auf einen eingeklemmten Bruch schliessen konnte, wunderte sich um so mehr, bei Untersuchung der Leistengegend nichts zu finden, was jene Vermuthung rechtfertigte, und konnte sich daher, da keine Indication zur Operation vorlag, nur auf allgemeine Antiphlogose, erweichende Fomentationen und Klystiere verlassen. Der Zustand des Patienten wurde aber dabei von Minute zu Minute bedenklicher, und der sechs Stunden nach dem ersten Auftreten der Symptome hinzugerufene Verfasser fand den Patienten mit kleinem, sehr schnellem Pulse, veränderten Gesichtszügen, die Stirn mit kaltem Schweiss bedeckt, von quälender Angst, beständigem Erbrechen und Schluchzen gepeinigt. Die Untersuchung der Leistengegend überzeugte auch ihn, dass hier kein Bruch eingeklemmt sein könne. Dagegen fand sich in der rechten Bauchseite eine zwar nicht umschriebene, noch sehr hervorragende, aber doch deutlich sichtbare Geschwulst, welche so empfindlich war, dass sie nicht die leiseste Berührung litt. Es entstand daher die Vermuthung, die Eingeweide möchten aus ihrer natürlichen Lage gerückt worden sein, und, heftig gegen jene Bauchpartie angedrängt, dort eine Einschnürung erlitten haben. Obgleich nun eine *Hernia ventralis* gewöhnlich neben der *Linea alba* vortritt und beinahe nie eine Einschnürung erleidet, auch gerade an dem Orte, wo sich die Geschwulst findet, die Muskulatur der Bauchdecken so stark ist, dass sie den Durchtritt einer Darmschlinge durchaus unmöglich zu machen scheint, so wurde doch, in Erwägung der Dringlichkeit der Umstände, auf den durch die beobachtete Symptomenreihe hin allerdings begründeten Verdacht einer *Hernia ventralis* zur Operation geschritten. Nachdem ein 3 Zoll langer Schnitt, über dem *Annulus inguinalis* anfangend, schräg nach oben und aussen steigend, die Sehne des *Musc. obliquus externus* blossgelegt hatte, wurde dieselbe durch einen sehr kleinen Einschnitt durchbohrt, worauf sogleich eine eingeschnürte entzündete Schlinge des Ileum von 6 Zoll Länge zum Vorschein kam, die bei vorsichtiger Erweiterung blossgelegt wurde. Die Höhle, in welcher die Darmschlinge lag, wurde nach vorn von der Sehne des *Obliquus externus*, nach hinten von dem *Musc. obliquus internus* gebildet. Die Darmschlinge selbst war zwischen den Muskelfibern des *Obliquus internus* hervorgetreten, welche Behufs der Reposition durchschnitten werden mussten. Der Erfolg war vollkommen günstig."

Der von uns beobachtete Fall trug sich in den Nachmittagsstunden des 13. Mai 1846 zu. Zu dieser Zeit wurde St. zu dem 28 Jahre alten Tischlermeister H. in G. sehr eilig gerufen, weil derselbe über einen — beim Herablangen eines Stückes Holz von dem Orte, wo es zum Trocknen hingelegt worden war — plötzlich in der Cöcalgegend entstandenen heftigen Schmerz klagte. Patient erzählte, er sei vor dem oben angegebenen Alter, stets gesund gewesen, nur habe er öfters an Blähkolik gelitten, weshalb er hinsichtlich des Essens sich immer sehr in Acht genommen habe; für den Militärdienst sei er von dem untersuchenden Militärarzte für untauglich befunden worden, da derselbe an ihm die Anlage zu einem Leistenbruche der rechten Seite wahrgenommen habe. Nur selten habe er an Unregelmässigkeiten im Stuhlgange gelitten, und auch die Kolikanfälle seien gewöhnlich bald nach dem Genusse einiger Tassen Pfeffermünzthee gewichen. Auch am heutigen Morgen habe er regelmässige Leibesöffnung gehabt und sich ganz wohl befunden; Mittags habe er Erbsen und geräuchertes Fleisch gegessen, was ihm auch sehr gut geschmeckt habe und anscheinend gut bekommen sei. Als er einige Stunden darauf bei der Arbeit ein Stück Holz von einem etwas hohen Gestelle, auf welches er dasselbe zum Trocknen gelegt hatte, habe herunterlangen wollen, habe er sich dabei sehr ausdehnen müssen und auch augenblicklich den Schmerz empfunden. Er habe zu seinem gewöhnlichen Mittel, dem Genusse einiger Tropfen Pfeffermünzthee, die Zuflucht genommen, aber diesmal keine Linderung davon verspürt. Obgleich nach der Beschreibung des Kranken der Schmerz mehr krampfhafter Art zu sein schien, so wurde dennoch, da der Verdacht eines eingeklemmten Bruches zu nahe lag, die rechte Inguinal- und Cöcalgegend sehr genau untersucht. Aber nirgends liess sich eine Bruchgeschwulst wahrnehmen, bei der Percussion ergab die afficirte Stelle einen normalen Ton und war nicht übermässig empfindlich. Der Puls war etwas gereizt und zusammengezogen. Patient fühlte eine allgemeine Unbehaglichkeit, und öfter brach ein wahrhafter Angstschweiss aus. Der Kranke wurde entkleidet und zu Bette gebracht, und hierauf die Krankheit als eine *Colica flatulenta* diagnosticirt und demgemäss behandelt.

14. Mai. Patient war in der Nacht ziemlich unruhig gewesen, hatte wenig geschlafen, über lebhafte Schmerzen geklagt und keine Leibesöffnung gehabt. Das Gesicht des Kranken verrieth Angst und Unruhe, war jedoch nicht verfallen, die Zunge war leicht schleimig belegt, die Cöcalgegend etwas weniges aufgetrieben, ohne bei der Berührung schmerzhafter als am Tage vorher zu sein. Die Percussion ergab einen etwas helleren Ton. Der Puls war frequent, härtlich. Es hatte sich lebhafter Durst eingestellt. — Verordnet wurde ein *Infus. fol. Sennae* mit *Magnes. sulphur.* — Aeusserlich Einreibungen von *Ungt. hydrarg. ciner.* mit *Tinct. opii croc.* und Klystiere aus Kamillenaufguss. Da in den Nachmittagsstunden noch keine Leibesöffnung erfolgt war, auch der Schmerz in der Cöcalgegend nicht nachgelassen hatte, so wurden statt des Sennaaufgusses stündlich 2 Gr. *Calom.* mit 1 Gr. *Extr. hyoscyami* gegeben und ein paar Lavements aus *Infus. fol. Sennae* mit *Natrum sulphuricum* applicirt.

15. Mai. Kein Nachlass in den Erscheinungen. Die Cöcalgegend ist etwas geröthet und lässt deutlich eine, bei der Percussion tympanitisch tönende Geschwulst erkennen. Die Schmerzen haben sich gesteigert und dem Kranken alle nächtliche Ruhe geraubt. Leibesöffnung ist nicht erfolgt. Die Gesichtszüge drücken grosse Angst und Unruhe aus, der Durst ist sehr lebhaft. Der härtliche Puls hat an Frequenz zugenommen, 120—125. — Dass nach diesen krankhaften Erscheinungen die Diagnose einer einfachen *Colica flatulenta* nicht mehr stichhaltig war, lag auf der Hand, vielmehr deuteten sie auf ein entzündliches Leiden des Darmkanals, und ganz speciell des Blinddarmes mit gleichzeitiger Kothanhäufung in demselben, so dass die Krankheit mit Bestimmtheit als eine *Typhlitis stercoralis* bezeichnet werden musste. Innerlich wurde Calomel im Wechsel mit einer *Emulsio ricinosa* gereicht, äusserlich 20 Blutegel angesetzt und darüber erweichende Umschläge mit einem Zusatz von *Fol. hyoscyami* gemacht, Klystiere aus *Infus. Sennae* mit *Natr. sulphuric.* Beim Abendbesuch hatte sich der Zustand des Kranken in keiner Weise geändert, obgleich durch die angesetzten Blutegel eine bedeutende Quantität Blut entleert worden war.

Am 16. früh befand sich Patient nach einer unruhigen und schlaflos verbrachten Nacht sehr erschöpft, das bleiche Gesicht war verfallen, zu den Schmerzen im Unterleibe gesellte sich noch tympanitische Auftreibung und Schmerzen in der Magengegend, welche durch sich einstellende Vomiturition vermehrt wurden. Die Zunge ist dickschleimig, gelblich belegt, der Athem verbreitet einen ekelerregenden, aber nicht kothartigen Geruch. Die Geschwulst in der Cöcalgegend erhebt sich immer mehr, und ist livide geröthet, in der Tiefe fühlt sich dieselbe teigig an, der Percussionston ist matter als am vorhergegangenen Tage. Die Urinsecretion ist nicht unterdrückt, der gelassene Urin ist stark saturirt und von jumentösem Geruch; die Stuhlverstopfung hält hartnäckig an. Puls sehr frequent, klein, härtlich. Verordnung: *Emulsio ricinosa.* Zum Getränk Selterwasser. Aeusserlich werden die Umschläge mit *Fol. hyoscyami* fortgesetzt; Klystiere aus *Asa foetida.* Abends derselbe Zustand, mit den Arzeneien wird fortgefahren.

Als am 17. der Zustand des Kranken sich noch nicht gebessert, vielmehr durch Erbrechen, welches sich in der Nacht einigemal eingestellt, verschlimmert hatte, wurde auf meinen Wunsch mein Schwiegervater, Sanitätsrath Dr. Schindler, zugezogen. Der durch die fortwährend anhaltenden Schmerzen und schlaflosen Nächte ganz abgemattete Kranke, lag mit bleichem, schweisstriefendem, grosse Angst

und Unruhe verrathendem Gesicht im Bette. Das in der Nacht eingetretene Erbrechen dauerte fort und wiederholte sich so oft der Kranke einen Schluck Thee oder Wasser zu sich nahm, um seinen brennenden Durst damit zu löschen; die ausgebrochene Flüssigkeit war grünlich, wässerig und von höchst fötidem Geruch. Spuren von Excrementen waren nicht darin zu bemerken. Der Unterleib war tympanitisch aufgetrieben, fast überall schmerzhaft; die mehrfach erwähnte Geschwulst hatte sich noch mehr erhoben, zugespitzt und fühlte sich noch mehr teigig an, sie schien bei der Berührung etwas weniger empfindlich zu sein, der Percussionston war matt. Der Urin hatte dieselbe Beschaffenheit als am Tage zuvor. Leibesöffnung war immer noch nicht zu erzielen gewesen. Puls wie gestern. Hinsichtlich der Diagnose der Krankheit zeigte sich zwischen den behandelnden Aerzten eine Differenz, welche jedoch in Bezug auf die Therapie von keinem Nachtheil sein konnte. Sch. sah nämlich in dem Leiden eine *Hernia incarcerata* mit dem Bestreben, sich nach aussen zu öffnen und einen *Anus praeternaturalis* zu bilden; St. hielt an der angenommenen *Typhlitis stercoralis* fest, bei welcher allerdings eben dasselbe Bestreben, durch Durchbrechung der äusseren Bedeckungen den angesammelten Fäcalmassen einen Ausweg zu verschaffen, nicht zu verkennen war. — Von einem operativen Eingriff konnte hier nicht die Rede sein. Hauptaufgabe war, die Natur in ihrem Bestreben zu unterstützen und die Eröffnung der Geschwulst durch äusserliche Mittel zu befördern; deshalb wurden die Cataplasmen sehr sorgfältig fortgesetzt. Um das höchst lästige, schmerzhafte und sehr erschöpfende Erbrechen anzuhalten, wurde 2stündlich $^1/_6$ Gr. *Morphium aceticum* gereicht, alle übrigen internen Arzeneien wurden einstweilen bei Seite gesetzt, da Patient ohne jedesmal Erbrechen zu bekommen nichts davon nehmen konnte. Als Getränk wurde das Selterwasser beibehalten. Mit den Asandklystieren wird fortgefahren. — Abends hatte das Erbrechen zwar etwas nachgelassen, alle übrigen krankhaften Erscheinungen bestanden jedoch noch unverändert fort, Patient erhielt zur Nacht noch ein Asandklystier, mit dem Morphium wird fortgefahren.

18. Mai. Die vergangene Nacht unterschied sich in keiner Hinsicht von den früheren, das bis gegen Morgen ausgebliebene Erbrechen war wiedergekehrt und in den Auswurfsstoffen waren fäculente Massen nicht mehr zu verkennen. Die Schmerzhaftigkeit und Aufgetriebenheit des Unterleibes, so wie die Unruhe und Angst des armen Kranken hatten sich noch mehr gesteigert. Das Gesicht hatte ein hippokratisches Ansehn bekommen. Die Zunge und Zähne waren dick schleimig belegt, die Lippen trocken und rissig, der Athem verbreitete einen höchst unangenehmen Kothgeruch. Die Geschwulst der Cöcalgegend hatte sich in ihrer äusseren Erscheinung nicht verändert, sie fühlte sich heiss und teigig an, und war sehr wenig schmerzhaft. Die Absonderung eines dunkelrothen und klaren Urins ging ohne Beschwerden von Statten. Der Puls war sehr frequent und hatte an Kleinheit zugenommen. Der ganze Körper war mit einem klebrigen, kalten Schweiss bedeckt. — Die Prognose, welche schon nach den ersten Tagen der Krankheit als eine höchst zweifelhafte und mehr zum Schlechten als Guten hinneigende sich herausgestellt hatte, war am heutigen Morgen ganz schlecht, denn selbst wenn sich die Geschwulst auch noch nach aussen geöffnet hätte, so wäre doch bei der grossen Erschöpfung des Kranken das Leben nicht zu erhalten gewesen, zumal der Uebergang in Brand nicht bezweifelt werden konnte. Stuhlausleerungen waren nicht zu bewirken gewesen. Die Morphiumpulver werden fortgesetzt, die Dosis desselben jedoch auf $^1/_4$ Gr. erhöht; andere Arzeneien bekommt Patient nicht. Breiumschläge, Tabaksklystiere. — Beim Abendbesuch war schon Agonie eingetreten, Puls sehr frequent, fadenförmig, Schluchzen, blande Delirien, Flockenlesen. Die Cöcalgegend war gar nicht mehr schmerzhaft. Stuhlausleerung war nicht erfolgt. Dass unter diesen Symptomen von keiner medicamentösen Behandlung mehr die Rede sein konnte, und dass auch nur wenig für die Euthanasie zu thun übrig blieb, lag auf der Hand. Gegen den sehr heftigen Singultus, als das am meisten belästigende Symptom, wurden $^1/_2$stündig einige Tropfen *Tinct. Opii crocata* gereicht. — Bald nach Mitternacht machte endlich der Tod den Leiden des armen Kranken ein Ende.

Section. Die 48 Stunden nach dem Tode vorgenommene Obduction beschränkte sich bloss auf die Eröffnung des Unterleibes, da eine vollständige Section von den Angehörigen nicht gestattet wurde. Zuerst wurde die in der Cöcalgegend befindliche Geschwulst durch einen Kreuzschnitt geöffnet, um den Inhalt derselben untersuchen zu können. Nachdem daher die Hautdecken und der unter denselben gelegene äussere schiefe Bauchmuskel durchschnitten worden waren, zeigte sich unsern Blicken eine vorliegende, schon brandig gewordene Darmpartie, welche unschwer als Blinddarm erkannt wurde. Die Lage des Darmes schon jetzt näher zu untersuchen, hielten wir für unzweckmässig, weshalb zur Eröffnung der Bauchhöhle geschritten wurde. Die durchschnittenen Bauchdecken wurden zurückgeschlagen und die Lage der von dem Netz bedeckten Eingeweide als eine normale erkannt, jedoch befanden sich das Netz, der Magen, die dünnen und dicken Gedärme in einem stark entzündeten Zustande und von Luft sehr ausgedehnt. Die Gefässe des Mesenterium und Mesocolon, so wie die *Vasa coronaria ventriculi* waren stark mit Blut injicirt. Der Peritonäalüberzug der Bauchdecken war entzündlich geröthet, an der der Geschwulst entsprechenden Stelle aber war die Entzündungsröthe sehr intensiv. Da wo das Ileum in das Cöcum übergeht, lag der Darm nicht mehr frei in der Unterleibshöhle, sondern war in eine zwischen dem *Musculus obliquus externus* und *internus* gebildete Höhle eingetreten und durch adhäsive Entzündung theilweise mit den Wunden derselben verklebt. Ein Theil der linken und hinteren Fläche des Cöcum mit dem *Processus vermiformis* lag in dem innern Leistenringe und war nach vorn gekehrt, der übrige in das *Colon ascendens* übergehende Theil befand sich aber in der schon erwähnten Höhle, welche bis beinahe an den *Rectus abdominis* reichte. Der schon in Brand übergegangene Blinddarm war ganz mit Koth vollgepfropft und an einigen Stellen perforirt. Nachdem der Darm aus der Höhle hervorgezogen worden war, folgte demselben ein schwarzrother, eiförmig gestalteter Körper von der Grösse eines Taubeneies, welcher durch eine häutige Membran mit der hinteren Fläche des Cöcum verwachsen war. Eine genauere Untersuchung dieser Höhle belehrte uns, dass dieselbe am *Obliquus externus* und *internus* lag, wohl von der Grösse einer Untertasse sein mochte, und dicht an der innern Apertur des Inguinalkanals befindlich war. Der Leistenkanal selbst war dem eiförmigen Körper entsprechend ausgedehnt und etwa $^1/_2$ bis $^3/_4$ Zoll vom Bauchringe entfernt obliterirt. Eine wirkliche Einschnürungsstelle konnte am Eingange des inneren Leistenringes nicht aufgefunden werden, nur war das Cöcum durch seine Lagerung in zwei neben einander befindlichen Höhlen in zwei, jedoch noch durch eine thalergrosse Oeffnung unter einander in Verbindung stehende Abtheilungen geschieden. Der mit dem Cöcum verwachsene eiförmige Körper erwies sich beim Durchschneiden als der in der Bauchhöhle zurückgebliebene zweite Hoden, und es wurde erst jetzt entdeckt, dass der Verstorbene ein Monorchist gewesen war. Die fernere Untersuchung der Unterleibshöhle lieferte, ausser der schon angeführten Entzündung des ganzen *Tractus intestinorum* und des Magens und einem höchst unbedeutenden Kothaustritt, in Bezug auf die übrigen Organe nichts Bemerkenswerthes.

Ausser unserem Falle und dem von Venturoli, wo der interstitielle Bruch ohne Bruchsack zwischen den Bauchmuskeln lag, gehört hierher noch ein Fall von Boyer (Bd. 8 der Textor'schen Uebersetzung. S. 68), wo bei einem 60jährigen Bruchkranken der Bruchsack oben geborsten war. Die Gedärme hatten sich oberhalb des Bauchringes durch die Bauchmuskeln einen Ausgang gebahnt, und reichten, unmittelbar unter der Haut liegend, bis gegen den Nabel. Der Kranke hatte schon lange Zeit vor der Incarceration bemerkt, dass der Bruch über den Bauchring hinaufstieg, er war also schon lange ein interstitieller. Langenbeck will daraus folgern, dass auch lange vor der Einklemmung bereits die Ruptur des Bruchsackes stattgefunden hatte.

Diesen Fällen, wo eine grössere Darmpartie sich in einer Ausbuchtung zwischen *Obliquus externus* und *internus* frei ohne Bruchsack lagerte, und welche bei der grossen Verbreitung des Uebels und der sorgsamsten Bearbeitung, welche die Brüche gefunden haben, zu den grössten Seltenheiten gehören, ja einzig dastehen, reihen sich jene Fälle an, wo ein kleiner Bruch zwischen *Obliquus externus* und *internus* in einem Bruchsacke sich vorfand. Der Bruch war in diesen Fällen nicht in und durch die *Apertura interna canalis inguinalis* in den Leistenkanal getreten, sondern zwischen den Muskelfasern des *Obliquus internus* am Rande des Rectus hervorgeglitten, und hatte an dem *Obliquus externus* und seiner Sehne einen Widerstand gefunden. Dies sind in ihrer Ausbildung aufgehaltene *Herniae obliquae internae*, deren nähere Kenntniss wir Velpeau und Demeaux verdanken, obschon die Sache vor ihnen bekannt war. Velpeau (Annales de la Chirurg. franç. 1841; Schmidt's Jahrb. Bd. 36. S. 208) erzählt folgenden Fall. Eine 63jährige Krankenwärterin bemerkte seit zwei Jahren bei Anstrengungen eine Geschwulst in der rechten Leistengegend, bisweilen von Kolikschmerzen begleitet. Beim Aufheben einer Matratze erlitt sie einen lebhaften Schmerz in der Leistengegend, mit dem sich heftige Koliken und Brechen verbanden, wonach Erleichterung eintrat. Nach drei Tagen Aufnahme in's Hospital. In der rechten Leistengegend über dem Poupart'schen Bande eine kaum durch das Auge zu erkennende, undeutlich umschriebene Geschwulst. Will man deren Consistenz prüfen, so entschlüpft sie zwischen den Fingern. In der Richtung des Poupart'schen Bandes wird der Hautschnitt auf der Geschwulst gemacht, 9 bis 10 Centimeter lang. Im Grunde der Wunde erscheint die Sehne des äusseren schiefen Bauchmuskels, welche auf einer Hohlsonde gespalten wird, darunter der Bruchsack; nach seiner Oeffnung schneidet man die Bruchpforte nach oben und unten ein. Nach drei Tagen stirbt

die Kranke. Der Bruch war durch eine Oeffnung der *Fascia transversalis* getreten, liess die *Arteria epigastrica* vorn, den Strang der Nabelarterie nach aussen, und erstreckte sich vom Rande des *Musculus rectus* nach unten und aussen. Der Leistenkanal war unberührt.

Einen ähnlichen Fall beobachtete Demeaux (Annales de la Chir. franç. 1841; Schmidt's Jahrb. Bd. 36. S. 210) an der Leiche eines 60jährigen Mannes, wo sich im Niveau des rechten Leistenkanales eine Geschwulst unter der Aponeurose des äusseren schiefen Bauchmuskels fand, welche bei näherer Untersuchung ein Bruch war, der vom äusseren Rande des geraden Bauchmuskels seinen Anfang nahm und sich gegen den Leistenkanal herabsenkte.

Goyrand nimmt wohl nur hypothetisch, ohne einen Fall dafür anführen zu können, auch einen inneren geraden interstitiellen Leistenbruch an, derselbe ist aber wohl noch nie beobachtet worden, ist auch der anatomischen Lage der Theile nach kaum möglich, wogegen der innere schiefe Leistenbruch dazu besonders disponirt, wie die eben erwähnten Fälle von Velpeau und Demeaux zeigen.

Bei der Operation der interstitiellen Brüche würde der Wundarzt nach Goyrand folgende Lagen zu durchschneiden haben, um auf das vorgelagerte Eingeweide zu kommen:

1) Das unter der Haut gelegene Fettzellgewebe, dessen zu einer Membran verdichtete tiefe Lagen die *Fascia superficialis* bilden, ein um so deutlicher zelliges Blatt, als die Fettlage weniger dick ist, und in welcher sich die Hautdeckenarterien und einige aufsteigende Zweige der *Art. pudenda externa subcutanea* finden.
2) Die Aponeurose des *Obliquus major (externus)*. Diese kann hinsichtlich ihrer Dicke Verschiedenheiten bieten; bald behält sie ihre normalen Merkmale, was bei den frischen oder nicht sehr umfänglichen Brüchen der Fall ist, bald findet man sie mehr oder weniger verdünnt, manchmal auseinandergezogen, wie in den veralteten und umfänglichen.
3) Die dünne und blosse Fleischlage, die durch die unteren Bündel des *Obliquus minor (internus)* und durch den Ursprung des *Cremaster* gebildet wird; in den umfänglichen und veralteten Brüchen kann diese verdünnte Lage ihre normalen Merkmale verlieren und fast unkenntlich werden.
4) Die Verlängerung der *Fascia transversalis*, ein dünnes, mehr zelliges als aponeurotisches Blatt.
5) Den Bruchsack. Es versteht sich von selbst, dass dies nur der Fall bei der ersten Varietät des interstitiellen Bruches ist, und dass sich die Sache verschieden gestalten wird, wenn der Bruch durch die *Fascia transversa* oder die innere Leistengrube hervorgetreten ist.

In dem Falle von Venturoli und in dem unseren war der Bruch unmittelbar unter der Aponeurose des *Obliquus externus* ohne Bruchsack gelegen. Bei der Section wurde die vorliegende Geschwulst nach dem Einschnitte sogleich als Darm erkannt; ob dies bei einer etwaigen Operation auch der Fall gewesen wäre, ist wenigstens zweifelhaft. Vor der Operation kann es sehr zweifelhaft sein, was für eine Bruchvarietät man vor sich hat, schon während der Operation aber wird man sich davon überzeugen können, ob die Bruchpforte im inneren Leistenringe oder in einer Spalte des *Obliquus internus* ausgetreten ist. Jedenfalls wird man sich aber vor der Erweiterung der Bruchpforte darüber Gewissheit verschaffen müssen, die Lage des Samenstranges wird leitend sein. Geht der Samenstrang durch die Bruchpforte, so hat man es mit einem interstitiellen äusseren Leistenbruche zu thun, und die *Art. epigastrica* liegt an dessen innerer Seite; ist die Bruchpforte von dem inneren Leistenringe entfernt und mehr nach innen gelegen, so liegt die Epigastrica an seiner äusseren Seite, bei dem interstitiellen inneren schiefen Leistenbruche aber liegt die Epigastrica nicht in dem Bereiche des Einschnittes.

Stellen wir alle Anomalien der Leistenbrüche hinsichtlich ihres Verlaufes zusammen, so würde sich Folgendes ergeben:

A. Hernia inguinalis completa. Der Bruch ist durch die innere und äussere Bruchpforte getreten.

a) *Hernia inguinalis externa.* Der Bruch tritt durch den inneren Leistenring in den Leistenkanal und kommt an dessen äusserer Oeffnung nach aussen. Die *Art. epigastrica* liegt nach aussen.

b) *Hernia inguinalis interna.* Der Bruch tritt in gerader Richtung von hinten nach vorn in der *Fossa inguinalis interna* durch die äussere Oeffnung des Leistenkanales nach aussen. Die *Art. epigastr.* liegt nach aussen, der Strang der *Art. umbilicalis* nach innen.

c) *Hernia inguinalis interna obliqua.* Der Bruch beginnt in der *Fossa pubeo-vesicalis* (Demeaux), tritt zwischen der *Art. epigastr.* und dem Strange der Umbilicalis nach ab- und auswärts, und kommt über dem Fallopischen Bande nach aussen. Die Epigastrica liegt entfernt nach aussen, der Rand des Rectus nach innen, der Strang der Umbilicalis nach aussen (Fälle von Petit, Heister, Juville, Goyrand, A. Cooper, Wilmer, Velpeau), oder der Bruch tritt durch den inneren Leistenring (*Apertura externa canalis inguinalis*) nach aussen (Russele).

d) *Hernia ligamenti Poupartii.* Der Bruch ist im inneren Leistenringe entstanden, tritt aber nicht durch den äusseren Leistenring, sondern durch eine Spalte der Sehne hervor.

B. Hernia inguinalis incompleta. Der Bruch ist nur durch die innere Bruchpforte getreten.

a) *Hernia aperturae internae canalis inguinalis.* Der Bruch ist in den inneren Leistenring getreten, hat aber den Leistenkanal nicht durchlaufen.

b) *Hernia foveae internae*, unvollkommener innerer gerader Leistenbruch.

c) *Hernia foveae pubeo-vesicalis*, unvollkommener innerer schiefer Leistenbruch.

C. Hernia interstitialis (Goyrand), *interparietalis* (Malgaigne). Der Bruch ist an der inneren oder äusseren Bruchpforte in eine neugebildete Höhle getreten.

a) *Hernia interstitialis muscularis.* Der Bruch liegt zwischen dem äusseren und inneren schiefen Bauchmuskel.

α) Der Bruch liegt im Bruchsacke.
  1) Er ist durch den inneren Leistenring getreten; Goyrand.
  2) Er ist durch die *Fascia transversalis* getreten; Velpeau, Demeaux.

β) Der Bruch liegt frei, ohne Bruchsack.
  1) Er ist zwischen den Fasern des *Obliquus internus* durchgetreten; Venturoli.
  2) Er ist durch den inneren Leistenring ausgetreten, hat sich aber, den Leistenkanal erweiternd, ein Lager zwischen den den Muskeln gesucht. Unser Fall. Goyrand.

b) *Hernia interstitialis subcutanea.* Boyer.

c) *Hernia extraperitonaealis.* Der Bruch ist durch die innere Bruchpforte zurückgetreten und liegt zwischen Peritonäum und Bauchmuskeln. Brodie, Luke, Brandby, Cooper.

Fragen wir nach der Entstehungsweise unseres Bruches, so wird eine Erklärung derselben nur sehr hypothetisch sein können, da gewiss ein ausserordentliches Zusammentreffen der eigenthümlichsten Umstände dazu gehört, um eine so höchst seltene Bruchform zu Stande zu bringen, dass sie als seltener Solitär dasteht. Es ist leicht erklärbar, wie eine *Hernia inguinalis interna obliqua* leicht eine *interparietalis* werden kann, und wirklich finden wir hier auch mehrere Fälle der Art, da, ist der Bruch einmal entstanden, der *Obliquus externus* dem Nachaussendringen der Eingeweide ein starkes Hinderniss entgegensetzt, und die minder geschützte Stelle im oder am inneren Leistenringe noch ziemlich entfernt ist. Jeder innere schiefe Leistenbruch wird deshalb auf einer Stufe seiner Entwickelung ein interparietaler sein müssen, er wird es auch leicht bleiben. Bei weitem schwieriger ist die Erklärung in dem Falle von Venturoli und in dem unseren. Venturoli glaubt, die Darmschlinge, durch die Anstrengung des Kranken bei der beabsichtigten Stuhlausleerung genöthigt, neben dem inneren Rande des *Musc. transversus* herabzusteigen, habe, da sie sich in den durch das Bruchband gut verschlossenen Leistenkanal nicht vorschieben konnte, mit Gewalt gegen die Fasern des *M. obliquus internus* angedrängt, diese bei Seite geschoben, und sei so unter den *Obliquus externus* geschlüpft, wo sie bald eine grosse Höhle bildete. Alles dies sei während der Zeit der gemachten Anstrengungen zur Stuhlausleerung geschehen.

Wir wollen diese Erklärungsweise keiner Kritik unterwerfen, um so weniger als wir eine bessere an deren Stelle zu setzen ausser Stande sind, allein befremden muss es uns, dass, da die gleichen Verhältnisse so unendlich oft vorhanden sind, heftige Anstrengungen zur Stuhlausleerung bei einem durch ein gut schliessendes Bruchband zurückgehaltenen Leistenbruche, der Bruch doch noch nie vorkam, und dass es schwer zu glauben ist, dass die Trennung zwischen den Muskeln so plötzlich von Statten ging, um sofort eine Höhle zu bilden, welche eine 6 Zoll lange Darmschlinge in sich aufnahm. Neue Schwierigkeiten macht noch das Fehlen des Bruchsackes in diesem Falle. Hierzu kommt noch, dass das plötzliche Entstehen der Brüche durch Anstrengung noch höchst problematisch ist. Malgaigne, Kirby, Demeaux, Roser leugnen dasselbe nach anatomischen und klinischen Beobachtungen, und weder Scarpa, noch Cloquet, noch Roser konnten selbst durch die stärksten Zusammenpressungen des Bauches am Cadaver, selbst wenn der Bauchring erweitert und das Bauchfell von seinen Anheftungen getrennt war, einen Bruch hervortreiben. Wäre die plötzliche Entstehung des Bruches bei Venturoli ausser Zweifel, wäre der Riss des Bauchfells ohne Zweifel, so würde der obige Satz allerdings umgestossen; so aber darf man selbst darüber wohl Zweifel hegen, ob der Bruchsack wirklich fehlte, da der sehr dünne oder mit den Sehnenscheiden verwach-

sene bei der Operation wohl übersehen werden konnte. Was Anderes wäre es, wenn der Fall durch eine genaue Section constatirt wäre.

Vollkommen anders sind die Verhältnisse in unserem Falle. Wahrscheinlich fand schon als *Vitium primae formationis* eine Verwachsung des Samenstranges mit dem Blinddarm statt, wodurch einerseits der Hoden verhindert wurde, den Leistenkanal zu verlassen, und andererseits der herabsteigende Hoden einen Theil des Blinddarms in den inneren Leistenring hineinzog. Dergleichen Verwachsungen des Hodens mit dem Blinddarm in angeborenen Brüchen sind öfter beobachtet worden, wie Wrisberg und Sandifort bezeugen. Da nun der den äusseren Leistenring verstopfende Hoden ein weiteres Herabsteigen des Darmes nicht gestattete, aber eben so wenig das in den Leistenkanal gezogene Darmstück in den Unterleib zurücktreten konnte, so dehnte sich dasselbe durch Anhäufung von Fäcalstoffen immer mehr aus, und bildete endlich jene bedeutende Höhle von der Grösse einer Untertasse, ein Process, wozu gewiss eine lange Reihe von Jahren erforderlich war. Dadurch, dass die hintere vom Bauchfell nicht überzogene Fläche des Blinddarmes theilweise nach vorn gelagert war, erklärt sich die Entstehung des Bruches ohne Bruchsack, zumal Brüche des Blinddarmes gemeiniglich keinen, die vorgefallenen Theile ringsum einhüllenden Brucksack haben, indem sie gewöhnlich so hervorgedrängt werden, dass sie das Bauchfell, welches den Blinddarm in der Unterleibshöhle befestigt, mit sich in den Bruch hinabziehen. Unser Bruch war im Anfange eine *Hernia aperturae internae canalis inguinalis*, und wurde nach und nach erst zu einem interparietalen. Die Einklemmung erfolgte durch Anhäufung von Fäcalmassen, denn die Strangulation war keinesweges eine bedeutende. Die Oeffnung zwischen den beiden Hälften des Cöcum, welches wie eine Blase durch ein um dieselbe geschlungenes Band, durch den inneren Leistenring in zwei Abtheilungen getheilt war, war keinesweges geschlossen, sondern zeigte bei der Section den Umfang eines Thalerstücks. Beide Hälften des Darmes waren mit Koth vollgepfropft.

Zur Entstehung jedes interstitiellen Bruches bedarf es eines Hindernisses, dass die Eingeweide nicht mit Leichtigkeit nach aussen treten können. In unserem Falle war das Impediment der Hoden, in anderen war es ein Bruchband, in noch anderen kann eine widernatürliche Adhäsion im Leistenkanale den Grund dazu gegeben haben. Ist der Bruch durch die *Fascia transversalis* hervorgetreten, oder ein schiefer innerer Leistenbruch, so bildet die starke Sehne des *Musc. transversus* das Hinderniss. Es gehört aber noch ausserdem dazu, dass der Bruch nicht mit Leichtigkeit in die Bauchhöhle zurücktreten kann; in unserem Falle war die Adhäsion des Darmes mit dem Hoden hinreichender Grund dafür; in anderen Fällen lässt sich ein solches Verhältniss nicht nachweisen, da die Anheftungen des Darmes in der Bauchhöhle denselben stets zurückzuführen streben. Man hat bei den Sectionen diesem Punkte keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Zu gleicher Zeit war unser Bruch ein Littre'scher Bruch. (Vergl. Riecke, über Darmanhangsbrüche, *Herniae Littricae*, mit Bemerkungen über Kothfisteln u. s. w. Berlin, 1841.)

Merkwürdig war die Richtigkeit der von den beiden Aerzten so verschieden gestellten Diagnosen. Der Eine diagnostierte einen eingeklemmten Bruch, die Section wies denselben nach; der Andere eine *Typhlitis stercoralis*, und die Obduction zeigte eine in Brand übergegangene Entzündung des Cöcum mit Kothanhäufung in demselben. Die Symptome sprachen für eine Krankheitsform wie für die andere; die Section zeigte das Vorhandensein beider.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der städtischen Kranken-Anstalt zu Königsberg in Pr.

Von

Dr. Lange.

Pulv. plumb. acet. gegen Augenkrankheiten.

Die Unzulänglichkeit der bisher gegen Ophthalmoblennorrhöe angewandten Arzneimittel, unter denen bekanntlich die äussere Anwendung des Eises, die Cauterisation mit Höllenstein und der innerliche Gebrauch von *Solut. Tart. stib.* noch das Meiste leisten, hat den natürlichen Wunsch erregt, sicherer wirkende Mittel zu besitzen, und zwar um so mehr, als der Höllenstein, wird derselbe im Beginn der Krankheit angewendet, zwar einen ziemlich zuverlässigen Erfolg hat, aber seine Anwendung höchst schmerzhaft ist. Unter solchen Umständen muss der Arzt es für Pflicht halten, jedes neue Verfahren zu versuchen, dem dieser sichere Erfolg nachgerühmt wird. Zu diesen neuen Verfahrungsweisen gehört die äussere Anwendung des *Pulv. plumb. acetic.*, wie sie, wenn ich nicht irre, zuerst Buys in Brügge versucht und empfohlen hat, und die später von Ansiaux und Deval mit gleich günstigem Erfolge wiederholt worden ist. Dem Arzte bietet sich diese Krankheit, tritt sie nicht gerade epidemisch auf, gewöhnlich nicht auf einmal vielfach dar, daher wird man es wohl auch nicht tadelnswerth finden, wenn ich auch, erst auf wenige derartige Fälle gestützt, meine Erfahrung hierüber ausspreche, man möge darin weniger schon einen hinreichenden Beweis für die Wirksamkeit, als vielmehr nur eine Anregung zur Anwendung dieses Mittels finden, die, obgleich Schmidt's Jahrbücher 1850, S. 25, schon darauf aufmerksam machen, um so weniger überflüssig sein möchte, als wohl nicht allen Collegen die Quelle der Empfehlung, nämlich die Gazette médicale de Paris, Juli 1849, und die Archiv. gén. de Méd., Febr. 1850, S. 219, zugänglich ist.

Anfangs feuchtete Buys den Pinsel mit Oel an, sah davon aber, sowie auch David zu Namur, keinen sehr günstigen Erfolg, später bediente er sich zur Befeuchtung des Pinsels des Wassers. Dieser so befeuchtete Pinsel wird in *Plumb. acet. subtiliss. pulver.* derartig getaucht, dass er 1—1½ Gr. davon aufnimmt, und dann auf die Schleimhaut des unteren, später auch des oberen Augenlides gebracht, und das Augenlid so lange umgeschlagen erhalten, bis die Thränenfeuchtigkeit darüber gespült ist; bei der Application des *Plumb. acet.* auf das obere Augenlid soll man den Pinsel noch in die am Augenwinkel sich ansammelnde Feuchtigkeit tauchen, und nun erst mit dem Pinsel über die Schleimhaut des Augenlides fahren. Letzteres Verfahren scheint mir nicht zweckgemäss und überflüssig, denn taucht man erst den Pinsel in diese Thränenfeuchtigkeit, so wird, wie schnell man auch dabei verfährt, das Auge zu unruhig, ausserdem aber stürzt gleichsam diese Thränenfeuchtigkeit ohnehin sofort zu, wenn man das *Plumb. acet.* an das Augenlid bringt, eine noch besondere Befeuchtung des Mittels mit derselben bedarf es daher gar nicht.

Caroline S., 32 Jahre alt, brünett, kräftig, regelmässig menstruirt, kam den 18. Mai 1850 in die städtische Krankenanstalt, nachdem sie bereits 8 Tage an Ophthalmoblennorrhöe beider Augen gelitten hatte, und das Uebel bisher, obgleich kräftig, doch vergeblich behandelt worden war. Das linke Auge, in eitrigem Schleim schwimmend, war bereits vollständig verloren, die Cornea geborsten etc. In dem rechten Auge war die Krankheit ebenfalls bereits in das Stadium der Pyorrhöe getreten, doch die Cornea noch zum grössten Theile durchsichtig. Es wurden sofort Blutegel um das Auge gesetzt, dasselbe kräftig mit Höllenstein cauterisirt, *Unguent. hydrarg. ciner.* in die Augenlider und Umgegend des Auges eingerieben, und da die Krankheit nur aus einer rheumatischen Augenentzündung entstanden zu sein schien, auch innerlich Sublimat mit Aconitum und Opium gereicht. Bis zum 27. Mai trat darnach keine Besserung ein, ja die vom 24. ab in Gebrauch gezogenen Eisumschläge, die im Anfange dieser Krankheit bekanntlich so gute Dienste leisten, veranlassten sichtlich eine Verschlimmerung, indem sie die Absonderung und die Schmerzen wesentlich vermehrten, zugleich war Hypopyon entstanden. Daher wurden die Eisumschläge, auch der innerliche Gebrauch des Sublimats ausgesetzt, statt desselben (27. Mai) *Solut. Tart.* ℥vj e ℈β, stündlich ein Esslöffel gegeben, und die bereits angewendete Injection aus *Solut. lap. infern.* ℥ij e ℈β in's Auge beibehalten. Am 28. ist der Zustand viel besser, Schmerz und Absonderung der Augen, sowie die Geschwulst der Augenlider wesentlich verringert. Nach dreimaligem Verbrauch der Mixtur aus *Tart. stib.*, während welcher Zeit die Besserung keineswegs so anhaltend als in den ersten 24 Stunden, sondern seitdem unbedeutend fortgeschritten war, klagte die Kranke über Brennen im Halse. Dies bestimmte mich, die Arznei auszusetzen und den 31. Mai zum Gebrauch von *Solut. Kali jodati* ℥vj e ℈iv, drei Mal täglich einen Esslöffel, überzugehen. Schon den folgenden Tag trat aber wieder bedeutende Verschlimmerung ein, der Schmerz, die Geschwulst, die Absonderung steigerten sich, und Blutegel und Morphium vermochten keine Linderung zu bewirken, die indessen nach zweimaliger Einreibung von je 25 Gtt. Chloroform in die Augenlider und Augenbraunen in Zwischenräumen von einer halben Stunde, und zwar zwei Stunden nach der letzten Einreibung, den 3. Juni Abends vollständig erfolgte. Den 4. wurde Jodkali weiter gebraucht, da ich die Verschlimmerung davon nicht herleiten zu können meinte, aber schon Abends klagte die Kranke wieder über heftige Stiche im Auge, und behauptete, nach jedem Esslöffel eine Verschlimmerung bestimmt wahrzunehmen. Den 5. Morgens war auch die Absonderung wieder sehr dünn, und nach der Angabe der Kranken fressend, der Schmerz unerträglich. Aussetzen der *Solut. Kali jodati*, Einreibung von 25 Gtt. Chloroform. Es war die *Conjunctiva bulbi et palpebrarum* wieder bedeutend aufgewulstet,

sah wie rohes Fleisch aus, doch granulirt, indem der Papillarkörper stark entwickelt war, dabei die Cornea von der Deszemetschen Haut aus stark getrübt, die Pupille sehr verzogen und nach hinten zu verwachsen, dass sie sich nach Belladonna-Einträufelung nur wenig veränderte. Die Kranke blieb nur einige Tage lang ohne Arznei, während welcher der Zustand der Augen derselbe blieb. Vom 12. ab wurde in jedes der beiden Augen etwas mehr als zwei starke Stecknadelknöpfe gross *Plumb. acet. subtiliss. pulverat.* mit einem Pinsel, wie Buys es angegeben, gebracht, und damit einen Tag um den andern bis zum 4. Juli fortgefahren. Der Erfolg war ein ausserordentlicher und unerwarteter, die fleischige Geschwulst der Conjunctiva, der Schmerz, die Absonderung schwanden zusehends, und das Endresultat war, dass die Cornea des rechten Auges, bis auf eine kleine unter der Pupille gelegene Stelle, durchsichtig wurde. Auf dem linken Auge war Verwachsung der Iris mit der Deszemetschen Haut und leucomatöse Narbentrübung der Cornea eingetreten, die Sclerotica war aber wieder ganz bleich, und die Cornea nahe dem Rande der Sclerotica an einer kleinen Stelle noch durchsichtig geworden, so dass die S. einen schwachen Lichtschimmer zu haben behauptete. Vom 5. ab wurde *Plumb. acet.* nicht ferner eingestrichen, aber noch Einträufelungen von Belladonna in's rechte Auge gemacht, wonach die Verziehung der Pupille etwas geringer zu werden schien. Den 22. Juli wurde die S. mit vollständig erhaltenem Sehvermögen auf dem rechten Auge, dessen Pupille aber noch verzogen war, aus der Anstalt entlassen; auf dem linken Auge war seit dem 4. Juli eine Verbesserung des Sehvermögens nicht eingetreten, und konnte es nach den entstandenen Veränderungen auch nicht. Nachdem das Einstreichen des *Plumb. acet.* unterlassen worden, fand man dasselbe wohl noch 10 Tage auf der inneren Fläche der unteren Augenlider, die aussahen, als wären sie dünn mit feinem Kreidepulver bestreut; und selbst bei der Entlassung waren noch einzelne weisse Pünktchen wahrzunehmen.

Der folgende Fall wurde von mir nur während eines Theils seiner Dauer beobachtet.

Amalie K., 24 Jahre alt, eine grosse, kräftige Brünette, stets gesund, aber seit 4 Monaten aus nicht zu ermittelnder Veranlassung nicht menstruirt, kam den 30. Juli in die städtische Krankenanstalt. Sie war angeblich seit 4 Tagen krank, und litt an einer heftigen Blennorrhöe des rechten Auges mit Ausschwitzung in die Lamellen der Hornhaut und Verziehung und Trübung der Pupille; das Sehvermögen war ganz erloschen und schien für immer verloren zu sein. Der zweite Arzt der Anstalt Hr. Dr. Barth wendete sofort Blutegel, Injectionen von *Argent. nitr.*, Einreibungen von *Unguent. neapolit.* mit Belladonna und Opium, Calomel-Laxanzen, vom 2. August ab Einstreichungen von *Plumb. acet.* an. Letzteres Verfahren wurde bis zum 19. Aug., bei gleichzeitigem Gebrauch von *Infus. senegae* mit *Kali jodat.* vom 3. bis 9., und vom 10. von *Calom.* gr. j, *Extr. aconit.* gr. iβ etc. dos. xiv beibehalten. Den 19. sah ich die Kranke. Die Blennorrhöe war beseitigt, die Lichtscheu aber noch sehr gross, die Geschwulst der Augenlider und die Entwickelung des Papillarkörpers auf dem Bulbus und den Augenlidern bedeutend, die Cornea sehr getrübt, so dass fast alles Sehvermögen erloschen war; dabei zeigte sich *Plumb. acet.* auf der Cornea und den Falten des unteren Augenlides fest aufsitzend, wie eingeheilt. *Solut. Tart. stib.*, welche ich am 19. verordnete, nahm die eigensinnige Kranke wegen der eintretenden Uebelkeiten nicht, daher ich vom 21. Aug. ab Sublimat mit *Extract. aconit.* in Pillen verabreichte und täglich *Plumb. acet.* einstrich. Nach 6 Tagen war wenig Verminderung eingetreten, daher ich das *Plumb. acet.* wegliess. Den 9. Sept. wollte, ehe die Kur noch beendet war, die Kranke entlassen sein; das Sehvermögen war nur zum Theil erhalten, indem dasselbe dadurch litt, dass die Cornea zwar nach unten, doch zum Theil noch im Bereich der Pupille getrübt, ja hier das *Plumb. acet.* eingeheilt war. Letzteres, und zwar dicker aufsitzend, zeigte sich in den Falten des unteren Augenlides, und besonders an der Stelle des Ueberganges der Schleimhaut des Augenlides auf den Bulbus. Der Papillarkörper war übrigens ganz beseitigt und die Sclerotica ganz normal geworden.

Der Kutscher C. G., 50 Jahre alt, ein noch ziemlich kräftiger Mann, und, ausser einem Geschwür am Unterschenkel, das wiederholt aufgebrochen, immer gesund, hatte sich eine heftige rheumatische Entzündung beider Augen zugezogen. Seit 3 Wochen krank, und während dieser Zeit systematisch, anfangs antiphlogistisch, seit 3 Tagen mit einigem Erfolg durch Jodkali behandelt, gelangte er den 30. Aug. in meine Behandlung. Die Trübung beider Corneae sehr bedeutend, Schmerz mässig, Lichtscheu gross, Absonderung serös-schleimig, die *Conjunctiva bulbi et palpebrarum* beider Augen in Folge von Gefässwucherungen und Granulationen gleich einem Stücke rohen Fleisches; Fieber beseitigt, Appetit gut. *Solut. Kali jodati* ℥vj c ʒj und *Jodii puri* gr. iv, 4 Mal täglich 1 Esslöffel; Augenwasser aus *Solut. hydrarg. muriat. oxydat.* ℥j c gr. j und *Acet. saturn.* ℈β. Bis zum 6. Sept. hat sich besonders der Zustand des linken Auges sehr gebessert, doch sind die Gefässausdehnungen etc. noch immer sehr stark. Das rechte Auge unverändert. Es wurde nun vom 6. Sept. ab täglich *Plumb. acet. subtiliss. pulverat.* eingestrichen, und mit so ausserordentlichem Erfolge, dass das Schwinden der Granulationen und der Gefässwucherungen wahrhaft sichtlich, von Tage zu Tage wahrnehmbar, und nach 10 Tagen dieselben bis auf einzelne Gefässstränge beseitigt waren; zugleich hatte die Trübung der Corneae sich so vermindert, dass der Kranke am 16. fast ganz gut sehen konnte. Hierbei war es auffallend, dass die Trübung, welche auf der linken Cornea weit stärker gewesen war, als auf der rechten, so dass der Kranke mit diesem Auge nur wenig sehen konnte, an Intensität und Umfang weit mehr verloren hatte, als die der rechten, so dass er nun mit dem linken Auge besser zu sehen vermochte. Sowohl auf der Schleimhaut des unteren Augenlides, als der des Bulbus unterhalb der Cornea, noch unaufgelöstes *Plumb. acet.* Es wurde nun das *Plumb. acet.* ausgesetzt, und statt dessen täglich *Tinct. opii croc.* in die Augen gepinselt. Nach 10 Tagen waren die Gefässstränge verschwunden und von dem *Plumb. acet.* keine Spur mehr aufzufinden. Die noch vorhandene Trübung der Cornea beider Augen lag nicht mehr im Bereich der Pupillen; G. konnte, wie schon erwähnt, ganz gut sehen, und wurde daher aus der Behandlung entlassen.

Die Frau W. G., 29 Jahre alt, brünett, von kräftigem Körperbau, seit zwei Jahren ohne bekannte Veranlassung nicht menstruirt, kam den 26. Sept. 1850 Morgens in die Krankenanstalt. Acht Tage vor ihrer Aufnahme von einer heftigen Entzündung beider Augen befallen, war, trotz einer sogleich eingeleiteten und bisher fortgeführten kräftigen antiphlogistischen Behandlung, der Zustand der Augen nicht gebessert worden, sondern hatte sich derselbe von Tage zu Tage verschlimmert. Bis auf einen geringen Lichtschimmer auf dem linken Auge, war das Sehvermögen beider Augen erloschen. Es fand die heftigste Ophthalmoblennorrhöe statt. Ich unterlasse die Angabe der bekannten Symptome dieser Krankeit. Nachdem es mit Mühe gelungen war, so viel des eitrigen Schleimes zu entfernen, um nur einigermaassen den Bulbus anschaulich zu machen, erschien das rechte Auge wie ein roher Fleischklumpen, die Stelle der Cornea nahmen sechs neben einander stehende, wie mit wucherndem Fleisch überzogene, $1\frac{1}{2}$ Linien über die Hornhautfläche hervorragende Staphylome ein, so dass das Ganze wohl als traubenförmiges Staphylom bezeichnet werden konnte. Von einer vordern Augenkammer war nichts zu sehen. Am linken Auge war die *Conjunctiva palpebr.* und *Sclerot.* mit dicken Granulationen gleichmässig besetzt, zugleich wucherten dieselben 1 Linie breit über dem Hornhautrand. Die Hornhaut war verdickt, aufgelockert, an ihrer untern Hälfte war sie zu zwei Drittheilen nach der Mitte zu vollständig getrübt, undurchsichtig, und zeigte sich hier ein stecknadelknopfgrosses Staphylom: an der oberen Hälfte war der Ueberzug der Cornea zwar noch durchsichtig, doch sah man die Cornea auch aufgelockert, die Deszemetsche Haut getrübt, die Iris aufgelockert, und schienen zwei Eiterpunkte in derselben zu sein. Zugleich erkannte man, wenn man von oben in die vordere Augenkammer sah, dass die untere Hälfte der Iris vorgefallen und verwachsen sei, wodurch eben das *Staphyloma corneae*, die noch zwei flache Geschwürchen darbot, bedingt war. Fieber fehlte, der Schmerz im Kopfe und in den Augen war sehr heftig. Da seit 36 Stunden kein Stuhlgang eingetreten war, so wurde ein *Calomel laxans* gegeben, und ausserdem *Unguent. ciner.* ʒij mit *Extr. belladonn.* ℈β in die Umgegend des Auges eingerieben. Am folgenden Tage erhielt die Kranke *Solut. Tartar. stib.* ℥vj c gr. vj, *Tinct. opii* ℈β, stündlich 1 Esslöffel, und wurde *Plumb. acet.* in beide Augen eingestrichen, Abends, da die Kranke wegen Heftigkeit des Schmerzes mehrere Nächte nicht geschlafen hatte, *Morph. acet.* gr. $\frac{1}{4}$ gegeben. Den 28. Morgens war die eitrige Absonderung schon geringer, und bis zum 2. Oct., nachdem täglich *Plumb. acet.* eingestrichen, warme Cataplasmen mit Bleiwasser auf die Augen während des Tages aufgelegt, und die *Solut. Tart. stib.* zweimal verbraucht worden war, ganz geschwunden; zugleich war der dicke Gefässwulst dünner geworden. Ich gab nun Pillen aus *Sublimat.* gr. vj, *Opii puri* gr. iv, *Extract. aconit.* ʒβ, *Pulv. liq. q. s. ut f. pilul. No.* 60, mit einer Pille anzufangen, und anfangs jeden Tag um eine gestiegen, dabei wurde täglich *Plumb. acet.* eingestrichen. Bis heute zum 9. Oct. ist bereits eine sehr wesentliche Besserung eingetreten, die Trübung der linken Hornhaut ist geringer, ein Geschwür vernarbt, die Staphylome des rechten Auges, vom *Plumb. acet.* weiss aussehend, sind etwas kleiner geworden, sie erscheinen nicht mehr so dicht an einander gedrängt, und die Kranke behauptet sogar, etwas Lichtschimmer wahrzunehmen, was nicht unwahrscheinlich ist, da die Cornea, besonders an ihrem oberen Rande, ungetrübter aussieht; dabei scheint auf beiden Augen die Sclerotica schon an mehreren Stellen von der Grösse von Linsen und Erbsen durch die Conjunctiva weiss durch; die Iris der linken Seite ist zwar noch unverändert, die Kranke will aber bereits eine hellere Lichtwahrnehmung haben. Wenngleich das *Plumb. acet.* auf

die Iritis und das Staphyloma nicht einzuwirken vermag, so hat es sich doch während der 12 Tage seiner Anwendung gegen die Blennorrhöe und den Papillarkörper so bewährt, dass man es dagegen dringend empfehlen kann.

(Schluss folgt.)

Sitzungen der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 10. und 31. März 1851.

Hr. Sanitätsrath Dr. H. W. Berend hielt an beiden Abenden einen Vortrag über die von ihm verrichteten Operationen.

Die von Hrn. H. W. Berend im Jahre 1850 verrichteten Operationen waren folgende:

	Geheilt.	Gebessert.	Gestorben.	Summa.
Operatio necrosis	1	—	—	1
Oncotomia (in casibus exquisitis)	2	—	1	3
Operatio fistulae inguinalis	1	—	—	1
— ranulae	1	—	—	1
— fistulae lacrymalis	1	—	—	1
Extractio corporis alieni	3	—	—	3
Teleangiectasia	2	—	—	2
Phimosis	2	—	—	2
Ruptura perinaei	1	—	—	1
Atresia ani	—	—	3	3
Polypus uteri	2	—	—	2
— recti	1	—	—	1
— nasi	1	—	—	1
— auris	—	1	—	1
Punctio hydroceles	3	—	—	3
Paracentesis abdominis	—	—	3	3
— thoracis	—	—	1	1
Rhinoplastik	2	—	—	2
Cheiloplastik	1	—	—	1
Meloplastik	1	—	—	1
Herniotomia	4	—	1	5
Exstirpatio carcinomat. mammae	—	2	—	2
— carcinomat. labii	—	3	—	3
— scirrhi parotidis	—	—	1	1
— carcinomat. genae	—	1	—	1
Resectio maxillae superioris	1	—	—	1
Exstirp. sarcomatis	4	1	—	5
— tumoris fibrosi	2	—	—	2
Operatio strumae cysticae	2	—	—	2
— hygromatis congeniti colli	1	—	—	1
— cystidis corpora fibrinosa continentis	1	—	—	1
— atheromatis	2	—	—	2
— lipomatis	3	—	—	3
Myotomia	4	—	—	4
Tenotomia pedis vari	14	—	—	14
— pedis valgi	2	1	—	3
— pedis equini	2	—	—	2
— genu contracti	4	—	—	4
— brachii	1	—	—	1
Exarticulatio digitorum	2	1	—	3
Amputatio femoris	2	—	1	3
	76	10	11	97

Nach dieser Uebersicht ergiebt es sich, dass von den im Jahre 1850 durch Hrn. Berend operirten 97 Patienten 76 geheilt, 10 gebessert wurden und 11 starben. Die Besserungen wurden erzielt in 6 Fällen von Carcinom, 1 Mal beim Sarcom, 1 Mal beim Ohrpolypen, 1 Mal beim Valgus, 1 Mal bei Exarticulation eines Fingers eines 60jährigen Mannes. Die Todesfälle betrafen 3 angeborene Verwachsungen des Mastdarmes, welche sowohl an sich, als wegen gleichzeitiger anderer organischer Fehler die Erhaltung des Lebens zu einer Unmöglichkeit machten. Ferner waren bei 4 Kranken, wo B. die Punction des Unterleibes und des Thorax, sowie die Oncotomia verrichtete, die der Wasser- und Eiterbildung zum Grunde liegenden Störungen innerer wichtiger Organe von unausbleiblicher tödtlicher Wirkung.

Die eine erfolglos vollzogene Bruchoperation hatte durch weit verbreitete Enteritis einen unglücklichen Ausgang. Das Carcinom der Parotis, welches Hr. Berend ausrottete, hatte den Tod durch ein nicht zu verhütendes Recidiv, 6 Monate nach der ersten Operation, zur Folge. Endlich starb ein 12jähriger, am Oberschenkel wegen eines Knochenschwammes amputirter Knabe, 28 Tage nach der Operation, an Erschöpfung, und die Section wies eine über viele Gelenke verbreitete Knochenerweichung nach, bei der das Leben unmöglich bestehen konnte.

Durchmustern wir daher diese 11 Todesfälle nach ihren Ursachen und halten wir dagegen die unter 97, zum Theil sehr schwierigen und oft unter den ungünstigsten Verhältnissen operirten Fällen erzielten Heilungen und Besserungen, so dürfen wir wohl mit Recht das Resultat kein ungünstiges nennen. Auch hat Hr. B. keinen einzigen Unglücksfall überhaupt bisher von der Anwendung des Chloroforms oder Schwefeläthers zu beklagen gehabt, welche Hülfsmittel er freilich stets mit grösster Vorsicht und nur bei umfangreicheren und sehr schmerzhaften Operationen in Gebrauch zieht. Von einer grösseren Zahl ausführlich mitgetheilter, wichtiger Operationsfälle heben wir besonders folgende hervor:

1) Einer jungen Dame, welche seit einiger Zeit über einen Schmerz nahe dem Nabel klagte, extrahirte Herr Dr. B. nach vorheriger Hautincision eine Stecknadel. Die Patientin wusste sich nicht zu erinnern, ob sie je eine solche verschluckt habe.

2) Eine grosse, fast die ganze obere Gesichtshälfte einnehmende, zur fungösen Degeneration hinneigende Teleangiectasie bei einem 3monatlichen Kinde, welche zu bersten drohte, wurde innerhalb drei Viertel Jahren durch wiederholte partielle Excision und Ligatur mit Berücksichtigung der chirurgisch-plastischen Regeln auch in cosmetischen Beziehungen zur befriedigenden Heilung gebracht.

3) Bei einem 29jährigen Manne war die Operation einer seit dem 3. Lebensjahre bestandenen Phimosis, durch Circumcision ausgeführt, wegen bedeutender feigwarzenähnlicher Degeneration der Vorhaut mit Schwierigkeit verbunden. Die Verengerung des Präputium hatte einen so bedeutenden Grad erreicht, dass durch die vordere Mündung kaum eine Sonde durchgeführt werden konnte, und bei der so gehinderten Urinentleerung bedeutende Blasenbeschwerden hervorgerufen waren. Eine syphilitische Ansteckung soll nie vorausgegangen sein. Die Operationswunde zeigte keinerlei specifischen Charakter und heilte leicht unter einfachen Verbandmitteln.

4) Die Operation der *Atresia ani* bei einem weiblichen, neugebornen Kinde liess mittelst eines Kreuzschnittes etwa 1" unter der Haut das unterste Ende des Mastdarmes erreichen, doch wurde das Leben nur noch wenige Stunden erhalten. — Bei der zugleich von Herrn Prof. Schlemm veranstalteten Section fand sich *Atresia ani, Vaginae, Urethrae.* — Es sind mithin alle 3 Oeffnungen, die des Afters, der Scheide, der Harnröhre geschlossen. Die Harnblase hat eine widernatürliche Communication nach aussen vom Nabel, wahrscheinlich eine Oeffnung des Urachus. Ferner öffnet sie sich über der Verschliessung der Scheide in dieselbe, wodurch in die Letztere der Harn trat, und sie sowohl als der Uterus übermässig ausgedehnt wurden. — Ob die Oeffnung der Blase durch den Nabel in früheren Verhältnissen vor der Abtrennung des Nabelstranges durchgängig war oder nicht, lässt sich nicht mehr ermitteln, wahrscheinlich war diese Oeffnung früher verstopft, denn sonst würde der Harn die Scheide nicht so übermässig ausgedehnt haben.

5) Bei einem mit verschlossenem After gebornen weiblichen Kinde wurde am 2. Lebenstage vergeblich die Operation gemacht, ohne dass der Mastdarm erreicht wurde. Trotzdem starb das Kind erst am sechsten Tage. Es zeigte sich bei der Section *Uterus bicornis* und Verwachsung der *Labia majora* und zum Theil der *minora.* Hierdurch, so wie bei der vergrösserten Clitoris hatten die äusseren Geschlechtstheile ganz das Ansehen der männlichen gewonnen, indessen war kein Hermaphroditismus vorhanden.

6) Bei einem mit imperforirtem After gebornen männlichen Kinde, welchem von einem anderen Operateur an der gewöhnlichen Stelle vergeblich der Mastdarm zu öffnen versucht wurde, verrichtete Herr B., um das sonst verlorene Leben vielleicht noch zu retten, die seltene Operation der Anlegung eines künstlichen Afters nach Littre, und suchte und eröffnete glücklich den Darm. Es floss viel Meconium aus, doch 40 Stunden nach der Operation erfolgte der Tod. — Bei der Section fand sich das ganze *Colon descendens* bis zu dem Umfange eines Kindermagens ausgedehnt und mit gelbem Kothe fest vollgestopft. Die Operationsöffnung hatte somit keine Entleerung der Excremente aus dem unterhalb der künstlichen Oeffnung gelegenen Darmtheile zur Folge gehabt, der letztere endete blind.

Die ausführlichere Beschreibung dieser, auch in pathologisch-anatomischer Beziehung merkwürdigen Fälle von Atresien, deren Präparate in der Sitzung vorgezeigt wurden, wird von Herrn B. demnächst in dem Journal für Chirurgie (herausgegeben von dem Verein norddeutscher Chirurgen) erfolgen.

7) Die Operation der Polypen mittelst Excision betraf einen 2" langen gestielten Polypen der Vaginalportion bei einer 46jährigen

Dame, so wie einen fibrösen, hühnereigrossen Uterus-Polypen bei einer 49jährigen Dame. In dem letzteren Falle hatte die Stillung der Nachblutung grosse Schwierigkeit gemacht.

8) Ein sarcomatöser Polyp der knorpligen Nasenscheidewand bei einem 14jährigen Mädchen wurde nach anderweiter vergeblicher Bekämpfung durch *Kali causticum* zerstört.

9) Einem 70jährigen Manne hatte Hr. B. seit 10 Jahren wiederholentlich einen Wasserbruch ohne weitere Folgen palliativ operirt. Nach der letzten Punction verschwand die Hydrocele für immer, und sofort bildete sich *Hydrops anasarca* aus, der indess durch Diuretica glücklich beseitigt wurde. Ein Wink für die Kunst, wie vorsichtig die Radikalheilung der Hydrocele im höheren Alter genommen werden müsse.

10) Eine Colloid-Geschwulst des linken Ovariums von der Grösse eines Manneskopfes gab nur einmal zur Punction Veranlassung, da die bald eintretende Consumtion dem Leben der 23jährigen, unverheiratheten Patientin ein Ende machte. Das interessante Präparat wurde den anwesenden Collegen vorgezeigt.

11) Paracentese des Thorax wegen Empyem nach vernachlässigter Pleuroperipneumonie, mit Entleerung ungeheuer grosser Quantitäten Eiters bei einem 17jährigen jungen Manne verschaffte grosse Erleichterung, fristete jedoch das Leben nur noch bis zum 28. Tage. Bei der Obduction erschien Oedem der rechten Lunge, während von der linken nur noch die Spitze von gleicher Beschaffenheit vorhanden war. Der übrige Theil des linken Thorax war leer und enthielt nur noch etwa $^1/_4$ Quart Eiter. Das ganz nach rechts dislocirte Herz war sonst normal.

12) Eine 50jährige Frau unterwarf sich mit lebensrettendem Erfolge der Operation eines eingeklemmten Schenkelbruches, 2 Tage nach beginnender Incarceration, wiewohl erst am dritten Tage nach der Operation Stuhlausleerung zu erzielen war.

13) Die Operation eines eingeklemmten Darmschenkelbruches ergab bei einer 30jährigen Frau unter den ungünstigsten äusseren Lebensverhältnissen, und trotzdem bereits grosser Collapsus eingetreten war, einen glücklichen Erfolg.

14) Ein gleich günstiges Ergebniss hatte die Herniotomie gegen einen verwachsenen Scrotalbruch bei einem 35jährigen Kaufmanne, obgleich bis zum vierten Tage nach der Operation Erbrechen und Stuhlverstopfung in gefahrdrohender Weise fortdauerten.

15) Eine 50jährige Frau starb in Folge der am dritten Tage nach beginnender Incarceration unternommenen Operation eines eingeklemmten Schenkelbruches. Der letztere hatte, mit ganz unscheinbaren Symptomen beginnend, eine schnelle und weitverbreitete Enteritis zur Folge, der die Patientin noch am Tage der Operation erlag.

16) Lebensrettend wurde dagegen die Operation eines gangränösen Schenkelbruches bei einer 50jährigen Frau am sechsten Tage nach der Einklemmung unternommen, dessen Diagnose dadurch erschwert wurde, dass die am fünften Tage der Incarceration pralle Bruchgeschwulst plötzlich zusammenfiel, teigig wurde und die Form einer incarcerirten Hernie ganz verlor. Die Anamnese, sowie das getrübte Allgemeinbefinden mit Fortdauer des Erbrechens und der Verstopfung etc. gaben sichere Anhaltspunkte. Es fand sich bei der Operation eine kleine gangränöse und perforirte Darmschlinge, welche nur soweit reponirt wurde, dass man der etwanigen Bildung eines künstlichen Afters nicht entgegenwirkte. Vom 7—14. Tage kam Koth aus der Wunde, dann aber fand die Heilung kein weiteres Hinderniss, und die Kranke genas.

17) Die Bildung beider Nasenflügel aus der Nase selbst durch sogenannte Umlagerung der Flügelreste wurde mit zufriedenstellendem Resultate bei einem 28jährigen Manne vollführt. Ein *Lupus exedens*, durch Excision der Haut vergeblich behandelt, dagegen durch *Decoct. Zittman.* dauernd geheilt, hatte den obenbezeichneten Substanzverlust der Nase veranlasst.

18) Die Verbesserung eines von einem anderen Operateur neugebildeten Septum der Nase und eines, in unförmlicher Weise eingepflanzten Nasenrückens geschah durch Verkleinerung des letzteren mittelst theilweiser Abtragung des transplantirten Nasenlappens, und zugleich wurde das zu weit nach hinten und innen angeheftete Septum durch erneuerte Operation gelöst und weiter nach vorn an die Oberlippe geheftet. Hierdurch wurde eine wesentliche Formverbesserung erzielt.

19) Zur Lippen- und Wangenbildung gab ein enormer, durch Hautkrebs bedingter Defect der linken Gesichtsseite bei einem 57jährigen Gärtner Gelegenheit. Die Zerstörung war so tief eingreifend, dass selbst die untere Wand der Orbita verloren gegangen, und hierdurch der übrigens noch sehfähige Bulbus freigelegt worden. Nach Entfernung der krankhaften Partien wurde die Plastik mit Bildung oblonger Lappen durch Querschnitte von beiden Seiten und eine Seitenincision vermittelt. Der Patient, der übrigens schon in früheren Jahren sowohl angemessene innere Mittel gebraucht, als auch durch Herrn B. mittelst Cauterisation, freilich nur mit palliativem Erfolge behandelt worden war, ist bis jetzt, $1^1/_2$ Jahre nach der letzten, ebenbeschriebenen grossen Operation gesund geblieben, und wurde in der Sitzung vorgeführt.

20) Ein Defect der rechten Backe bei einem 30jährigen Manne, in frühester Jugend durch Noma entstanden, dessen Durchmesser $1^1/_4$″ betrug, wurde durch blosses Zusammendrängen der Gesichtshaut mittelst entsprechender Hülfsschnitte ausgeglichen. — Es wurde ein spitzwinkliger Schnitt gemacht, dessen Spitze etwa 1″ unter dem innern rechten Augenwinkel anfing, und dessen innerer Schenkel in schräger Richtung abwärts an dem Rudimente der Nasenöffnung vorbei bis zum Rande der Oberlippe sich erstreckte, während der andere Schenkel schräg nach aussen, bis zum äussersten Punkte der in der Backe befindlichen abnormen Mundöffnung herabging. Dieser so gebildete Schnittwinkel liess zwischen seinen Schenkeln einen Theil der schräg aufwärts gezogenen Lippe und die narbige, auf dem Oberkiefer fest aufliegende Wangenhaut, welche ohnedies für plastische Zwecke nicht mehr benutzt werden konnte. Um nun die Wunde vereinigen zu können, und ein hinreichendes Material für die Oberlippe selbst zu erreichen, präparirte B. von beiden Seiten die Haut in reichlichem Umfange los, und machte zuletzt unterhalb der Nase bis zum linken Nasenflügel einen, wohl $1^1/_2$″ langen Querschnitt durch die Oberlippe. Nun war die Vereinigung an allen Punkten möglich, so dass Mund und Lippenbildung auf das Vollständigste realisirt werden konnte. — Die Vereinigung geschah durch Insectennadelnähte, nur am Mundwinkel selbst durch Knopfnähte und die Heilung gelang überall *per primam intentionem*.

21) Nach der Exstirpation eines, die ganze Unterlippe bis auf 2 Linien einnehmenden Carcinoms wurde die Vereinigung allein durch Loslösung der Lippen und Kinnhaut vermittelt. Der Anfangs überaus enge Mund erweiterte sich hinlänglich in wenigen Wochen durch Nachgiebigkeit der Haut.

22) Ein kleines Carcinom am Mundwinkel, welches mit Erfolg exstirpirt wurde, war unzweifelhaft durch Ansteckung der Patientin von ihrem krebskranken Manne entstanden.

23 u. 24) Carcinomatöse Warzen von der Grösse eines halben Hühnereies wurden von dem Gesichte eines 70jährigen und dem Oberschenkel eines 56jährigen Mannes durch das Messer bis jetzt wenigstens ohne nachfolgendes Recidiv beseitigt.

25) Die Exstirpation einer von den folterndsten Schmerzen und Beschwerden begleiteten, wohl 2 Fäuste grossen scirrhösen Geschwulst der Parotis verrichtete Herr B. bei einer 46jährigen Dame nicht ohne erhebliche Schwierigkeit. Die hierdurch entstandene, bedeutende Operationslücke enthielt auf ihrem Grunde den *Musculus masseter* und *buccinator*, und hatte zur Grenze nach oben den Jochbogen, nach hinten den vorderen Rand des Kopfnickers, nach unten den hinteren Rand des Digastricus. — Trotz günstiger Vernarbung führte ein späterhin nochmals vergeblich operirtes Recidiv nach 6 Monaten einen tödtlichen Ausgang herbei.

26) Die Wegnahme eines sarcomatösen, hühnereigrossen Tumor in der Gegend der Parotis erfolgte glücklich ohne Nebenverletzung des Facialis. Die Heilung der 32jährigen Patientin gelang *per primam intentionem*.

27) Vier, das Gesicht entstellende, bis zum Ohre sich erstreckende sarcomatöse Drüsen erheischten ihre Entfernung. Der hierzu erforderliche Hautschnitt wurde nach plastischen Regeln rechtwinklig vollzogen, und die durch erste Vereinigung erfolgende Heilung liess jede Deformität vermeiden.

28) Ein hühnereigrosses, knolliges Fibroid des Gesichts bei einem 34jährigen Manne ward excidirt und ohne Nebenverletzung der Gesichtsnerven geheilt.

29) Die partielle Resection des Oberkiefers wegen einer sarcomatösen Degeneration verrichtete Herr B. nach der Dieffenbach'schen Methode mit Trennung der Medianlinie des Gesichts, um einer Verletzung des Facialis zu entgehen. Die vor $2^1/_2$ Jahren operirte 28jährige Dame hatte im vergangenen Jahre in der hintersten Zahnlücke wiederum nur eine kleine Excrescenz bekommen, welche excidirt wurde. Im Uebrigen war die obige grosse Operation vollkommen gelungen, und die Patientin zeigte sich in der Sitzung mit einem blühenden, durchaus nicht entstellten Gesichte. In zwei ähnlichen Fällen, welche Herr B. operirte, insbesondere bei einem 10jährigen Knaben, liess zwar die Heilung der getrennten Gesichtstheile nichts zu wünschen übrig, indessen erlagen die Kranken dem Grundübel schon innerhalb Jahresfrist.

Ausführlicher verbreitete Herr B. sich hierauf über die genauen Indicationen zum Muskel- und Sehnenschnitt und über die Heilung der Deformitäten ohne diese Operation, sowie er auch die Verhältnisse erörterte, unter denen eine forcirte Streckung mit oder ohne Hülfe des Chloroforms nach wissenschaftlicher Strenge anzuwenden sei.

Zu den erfreulichsten Resultaten seiner orthopädischen Behandlung in höchst schwierigen Fällen gehören folgende:

30) Ein 6jähriger Knabe aus Kalisch wurde mit operativ-orthopädischen, ärztlichen und medicinischen Mitteln von paralytischen Contracturen der Knie- und Fussgelenke soweit geheilt, dass der früher nur mühsam auf dem Boden herumkriechende Kleine den Gebrauch seiner Füsse erhielt.

31) Dasselbe gelang bei einem 18jährigen jungen Manne, dessen linke untere gelähmte Extremität durch Kniecontractur und *Pes equinus* früher völlig unbrauchbar geblieben war.

32) Paralytische Contractur der Knien, Hüften und Füsse (*Vari*) kam bei dem 5jährigen Hirschberg aus Kempen vor, welcher hierdurch bis zu seiner Aufnahme in das orthopädische Institut des Herrn B. während seiner ganzen Lebenszeit unbeweglich im Bette zugebracht hatte. Der zusammengekauerte Körper glich fast dem eines Frosches und bot den traurigsten Anblick dar. Die richtige Erkenntniss der Natur der Krankheit begründete bei Herrn B. die Ansicht einer, von vielen namhaften Chirurgen völlig in Abrede gestellten Heilbarkeit dieser hohen Verkrüppelung, und in der That hat eine tenotomische und orthopädische Behandlung mit neuen, von Herrn B. für diesen besonders schwierigen Zweck erfundenen Apparaten bereits solche Besserung herbeigeführt, dass der in der Sitzung vorgeführte Knabe zu laufen beginnt.

Zur Durchschneidung der Rückenmuskeln bei Scoliosis hatte Hr. B. im vergangenen Jahre keine Veranlassung mehr gefunden, und es können nach seiner Erörterung überhaupt die Grenzen dieser Operation nicht eng genug gezogen werden. — Auch bei der Behandlung der Hüftcontracturen, der Verkürzungen und Luxationen nach Coxarthrocace, 10 an Zahl, konnte Herr B. der operativen Eingriffe entbehren, sowie er 3 Fälle von angeborener Luxation ohne dieselben erfolgreich behandelte.

33) Ein gänseeigrosser Tumor, verbunden mit Pulslosigkeit und Lähmung des Vorderarms derselben Körperseite an der rechten Seite des Halses eines 20jährigen Mädchens war anderweitig für ein, mit den grossen Gefässen und Nerven verwachsenes, skrophulöses Sarcom diagnosticirt, und deshalb für ein *Noli me tangere* gehalten worden. Herr B. entdeckte jedoch deutlich in der Tiefe Fluctuation und erklärte das Uebel für eine seröse Halscyste. Die von ihm unternommene Probepunction mit dem Charriere'schen Explorativ-Troicar rechtfertigte vollkommen die gestellte Diagnose, und dieser an sich unbeträchtliche Eingriff hatte, merkwürdig genug, eine so genügende Reaction zur Folge, dass die Cyste durch Verwachsung der Wände verödete. Auch der Puls des gelähmten Armes stellte sich wieder ein, und die Paralyse minderte sich durch Anwendung der Magneto-Electricität in dem Grade, dass die längere Zeit hindurch völlig unbrauchbare Hand wieder zur Arbeit benutzt werden konnte.

34) Eine aus 5 Cysten bestehende *Hydrocele colli*, deren jede die Grösse eines halben Hühnereies erreicht hatte, wurde durch wiederholte Punction und Injection einer Jodlösung geheilt, nachdem in Folge der Operation die Patientin ein mehrmonatliches schweres Krankenlager, bedingt durch Entzündungen und Blutungen aus den serösen Halssäcken, überstanden. Hr. B. kann die Operation dieser Krankheit überhaupt nicht als eine ganz unbedenkliche gelten lassen.

35) Die Operation eines angeborenen *Hygroma cysticum* des Halses bei einem zweijährigen Mädchen, von der Grösse einer halben Mannesfaust, wurde auf gleiche Weise wie im vorigen Falle operirt. Doch erfolgte hier eine nur sehr unbedeutende Blutung und eine so mässige Reaction, dass unter dem Gebrauch von Kataplasmen schon nach 4 Wochen die vollständige Verwachsung des Sackes geschehen war.

36) Eine körperhaltige Cyste des Vorderarmes und der Hand, begleitet von Contractur der Finger und bedingt durch eine cystenartige Erweiterung der Sehnen des *Musc. flexor digitorum profundus*, wie sie in neuester Zeit auch wieder Virchow (Medic. Ztg. 1846. No. 3) treffend beschrieben, gab bei einem 23jährigen Mädchen Veranlassung zur Operation, die durch einfache Incision bewerkstelligt wurde. Die hierauf eintretende Entzündung zertheilte sich durch Breiumschläge, und innerhalb 6 Wochen war die Verödung der Cyste ohne weitere Injection ätzender Mittel geschehen. Auch die verkrümmten Finger erlangten die normale Beweglichkeit wieder. Die genauere mikroskopische Beschreibung der kleinen, meist plattgedrückten Reiskörnern ähnlichen Körper, deren wohl ein halber Tassenkopf voll aus der Cyste entleert wurde, wird Hr. B. in dem Journal für Chirurgie (herausgegeben von Varges) folgen lassen.

37) Ein Osteoid an der unteren Hälfte des Oberschenkels innerhalb 6 Monaten bis zu dem enormen Umfange eines Manneskopfes herangewachsen, erforderte bei einem 12jährigen Knaben die Amputation, welche jedoch nach 28 Tagen mit dem Tode endigte. — Das Femur zeigte sich bis zum Kopfe nekrotisch, und ausserdem bestand eine weitverbreitete Erweichung der Knochen, so dass selbst die Beckenknochen, wie bei einem Fötus, mit dem Messer getrennt werden konnten. Die betreffenden, merkwürdigen Präparate wurden vorgezeigt. — Bei dieser Gelegenheit erwähnte Herr B., dass der von ihm vor länger als 4 Jahren an einem Osteoid amputirte, jetzt 22jährige junge Mann noch am Leben und völlig gesund sei. (Siehe vierten Bericht des gymnastisch-orthopädischen Instituts von Dr. H. W. Berend. Berlin 1849, bei Hirschwald. S. 7.)

38) Mit glücklichem Erfolge geschah die Amputation des Oberschenkels bei einem 22jährigen jungen Manne wegen Gonarthrocace. Das vorgezeigte, getrocknete und macerirte Präparat der kranken Gelenktheile wies eine weit verbreitete Caries derselben nach und zugleich eine wahre Anchylose der Patella mit der Tibia.

39) Ebenso lebensrettend wurde die dicht unter dem Trochanter vorgenommene Amputation des Oberschenkels, welche Herr B. wegen eines unheilbaren *Tumor albus genu* an einem kaum 5jährigen, dem höchsten Grade der Hektik verfallenen Knaben verrichtete. Das jetzt blühend und munter aussehende Kind wurde der Gesellschaft vorgestellt und vermochte mit einem Stelzfusse recht hübsch zu laufen.

Sämmtliche Amputationen waren durch den Cirkelschnitt ausgeführt.

40) Einem 60jährigen Manne musste Herr B., wegen eines tief zerstörenden Panaritium, den kleinen Finger der linken Hand im Metacarpal-Gelenke exarticuliren. Die Knochen der ersten Phalanx dieses Fingers waren förmlich in zwei Stücke auseinandergeeitert. Die Wunde heilte bis auf zwei oberflächliche, erbsengrosse Punkte, deren Vernarbung trotz aller Mühe seit Jahr und Tag nicht gelingen wollte.

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baden. Dem Amtsphysikus Kreuzer in Durlach der Rothe Adler-Orden 4. Kl.; dem Physikus Dr. Volz in Karlsruhe, Med.-Ref. bei der Regierung des Mittelrheinkreises, der Charakter als Med.-Rath.

Oesterreich. Dem Dr. Dorner, ehemal. Comitats-Physikus zu Raab, das goldene Verdienstkreuz.

Preussen. Der prakt. Arzt Dr. Bierbaum in Dorsten ist von der naturforschenden Gesellschaft zu Halle und von dem Vereine badischer Medicinalbeamten zur Förderung der Staatsarzneikunde zum correspondirenden Mitgliede erwählt worden.

Sachsen. Dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. J. Ch. A. Clarus zu Leipzig bei Gelegenheit seines 50jährigen Doctor-Jubiläums das Kommenthurkreuz des Verdienstordens 1. Kl.

Personalveränderungen. Baden. Befördert: Dr. Schweig, prakt. Arzt in Karlsruhe, zum Mitgliede der Sanitäts-Commission mit dem Charakter als Med.-Rath; Amtschirurg Rasina in Birkendorf zum Physikus in Wolfach. Ernannt: Dr. O. Bovinkel, prakt. Arzt in Schwetzingen, zum Amtschirurg in Weinheim.

Baiern. Befördert: Hofstabsarzt Dr. M. Schleis v. Löwenfeld zum k. Leibchirurg. Ernannt: Dr. Steffan, ehemal. k. brasil. Leibarzt etc., zum Badarzte in Kreuth. Die Physikatsärzte DD. Stadelmayer zu Altötting und A. Klein zu Ebersberg haben mit k. Genehmigung ihre Dienstesstellen getauscht.

Grossh. Hessen. Versetzt: Die Physikatsärzte DD. Pfeffer zu Biedenkopf nach Butzbach, Weber zu Giessen nach Biedenkopf.

Oesterreich. Befördert: Dr. G. v. Sombor, Reg.-Arzt bei Kinsky Inf., zum Stabs- und Chefarzt des Garnison-Spitals in Komorn. Versetzt: Dr. J. Czelechovsky, Stabsarzt vom Garnison-Spital in Komorn, nach Olmütz. Pensionirt: Garnison-Stabsarzt Dr. H. Pelikan in Olmütz.

Preussen. Anstellungen: Der hiesige prakt. Arzt Dr. Hammer ist zum stellvertretenden Stadtphysikus in Berlin und der Thierarzt 1. Kl. Gros-Clande in Sorau zum Kreisthierarzte für die Kreise Gnesen und Wongrowiec, Reg.-Bez. Bromberg, ernannt worden. Versetzt: Der Kreiswundarzt Süssmann zu Nikolaiken in gleicher Eigenschaft in den Kreis Angerburg, Reg.-Bez. Gumbinnen, und der Kreisthierarzt Grzedziewski zu Lublinitz, Reg.-Bez. Oppeln, in gleicher Eigenschaft in den Kreis Schildberg, Reg.-Bez. Posen.

Würtemberg. Ernannt: Privatdocent Dr. Rapp in Würzburg zum Professor der medicinischen Klinik an der Universität zu Tübingen.

Todesfälle. Preussen. Kreisphysikus Dr. Pieper zu Paderborn und prakt. Arzt Dr. Beckhaus zu Schildesche.

Dänemark. Dr. H. Ch. Oersted in Kopenhagen, der berühmte Physiker, 74 Jahre alt.

Sonnabend, № 20. 17. Mai 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Vorläufige Mittheilung über weingeistige Localdampfbäder.

Von

Dr. J. Hoppe.

Der ärztlichen Welt erlaube ich mir ein Mittel vorzuführen, das zwar seine Zeiten schon erlebt zu haben scheint, das jedoch in der That bis jetzt weder wissenschaftlich erforscht worden ist, noch je eine zweckmässige Anwendungsweise gefunden hat. Ich meine die Bäder mittelst Dampf von Weingeist.

Es sind bis jetzt die weingeistigen Dampfbäder nur für den ganzen Körper angewandt worden. Auch geschah dies in einer etwas rohen Form. Man zündete Spiritus an, den man in eine Tasse gegossen hatte, die unter einer mit wollenen Decken bespannten Reifenbahre oder gar unter dem Stuhle stand, auf welchem der mit Decken umhängte Kranke sass, und man liess den Spiritus brennen und den Kranken durch den Spiritusdampf, der sich bei dem Verbrennen des Weingeistes unter den Decken ansammelte, in Schweiss gerathen. Es sind Fälle genug bekannt, wo dabei die Decken verbrannten und die Kranken sogar erhebliche Verbrennungen erlitten. Man wandte diese allgemeinen Dampfbäder nur gegen bedeutende Allgemeinleiden an, wie bei Haut- und Bauchwassersuchten und in der Cholera, und in der Regel auch nur in solchen Fällen, in denen man sich sonst keinen Rath mehr wusste und gegen welche man denn endlich auch die weingeistigen Dampfbäder als letzte Zuflucht versuchte. Es war dies eine Probe jenes unklaren Experimentirens am Krankenbette, gegen welches alle Disciplinen der Heilkunde ebenso rüstig, als erfolgreich angekämpft haben. Es konnte nicht ausbleiben, dass jene Art von Bädern ebenso schnell wieder vergessen wurde, als sie aufkam. Die Verbrennungen, die dabei entstanden waren, brachten sie in Verruf, und da man überdies diese Bäder in schweren Allgemeinleiden und für den ganzen Körper anwandte, so mussten sie entschieden schaden, wenn sie nicht etwa zufällig irgend einmal halfen. Ein allgemeines Bad von Spiritusdämpfen macht einen bedeutenden Eingriff und verursacht, zumal bei einem geschwächten Kranken, eine enorme Aufregung und Anstrengung.

An einzelnen Körpertheilen und Körperstellen hatte man diese Dampfbäder nicht angewandt. Ich habe dieses versucht, auch für das Baden mit Spiritusdampf ein anderes Verfahren angegeben und aus der Anwendung der localen weingeistigen Dampfbäder ein besonderes Studium gemacht.

Mein Verfahren ist folgendes:

Ich nehme eine Reifenbahre oder ein Weidengeflecht, einen Kasten aus dünnem Tannenholz oder dergl., und gebe diesen Apparaten eine Form und Grösse, dass sie z. B. für die Hand, oder für den Vorderarm, für den ganzen Arm, für das Ellenbogengelenk, für die Schulter, für die Länge der Wirbelsäule, für das Kreuz, für die Hüfte, für das Kinn, für den Unterschenkel, für den Fuss, für ein ganzes Bein, auch für das Ohr, für einzelne Stellen des Kopfes etc. passen. Solch eine länglich viereckige Bahre oder solch ein trichterförmiges oder ovales Weidengeflecht oder solch einen Holzkasten lasse ich auch wohl am Rande mit Watte füttern, damit er sanft und gut anschliesst, und auch wohl einzelne Stellen der Bahre, oder der Kasten und Geflechte, die dann an letzteren auch wohl absichtlich deshalb offen gelassen sind, mit Blech beschlagen, wenn die Wärme von den Wänden des Apparats stärker auf einzelne Stellen des gebadeten Körpertheils zurückstrahlen soll. Vieler anderen Modificationen, die ich bei meinen Versuchen mit diesen Bädern getroffen habe, will ich nicht gedenken, obgleich die eine oder andere unter Umständen zweckmässig sein kann. Auch kommt es wohl nicht darauf an, dass ich die Formen der Apparate, wie ich sie für die verschiedenen einzelnen Körperstellen und Körpertheile habe machen lassen, näher beschreibe. Von deren genauer Nachahmung hängt die Wirkung nicht ab. Wichtig ist es nur, dass man den Dämpfen in den Apparaten nach Wunsch eine möglichst starke Concentration geben kann.

In das eine Ende dieser Apparate ist eine Blechröhre eingesteckt, die nach Belieben herausgenommen werden kann, worauf dann die Oeffnung mit einem Pfropf verschlossen wird. Der Blechröhre giebt

Feuilleton.

Schwangerschaftsdauer. Die Gutachten der wissenschaftlichen Deputation.

Bekanntlich haben Facultäten und Gerichtshöfe sich schon sehr häufig in Verlegenheit befunden, wenn es sich um die Legitimität eines nach dem gewöhnlichen Termin geborenen Kindes handelte, und „in Erwägung des ausgezeichneten Charakters der Mutter“ den Termin der Schwangerschaftsdauer wirklich in das Unglaubliche und Uebermenschliche verlängert. So hielt der höchste Gerichtshof von Friesland ein Kind, welches 333 Tage nach des Ehemanns Tod geboren worden, für legitim. Die Leipziger Facultät erklärte die Legitimität eines 12 Monat und 13 Tage nach dem Tode des Ehemannes geborenen Kindes, die Facultät zu Ingolstadt die eines anderen, nach einjähriger Abwesenheit des Vaters zur Welt gekommenen, und in einem anderen, in der Nähe von Edinburgh vorgekommenen Fall interessirte sich besonders die Geistlichkeit dafür, vom Gerichtshofe das Urtheil extrahirt zu sehen, dass eine einjährige Schwangerschaft möglich sei. Auch der gute Heister erklärte ein $12\frac{1}{2}$ Monate nach des Vaters Tod gebornes Kind für ebenbürtig: „weil die Wittwe bald nach des Mannes Tode einen Arzt consultirt habe in der Furcht, sie könne schwanger sein.“ Die Facultät in Giessen erklärte ein Kind mit 17 Monaten für legitim, und in südlicheren Gegenden scheint die Möglichkeit sich noch bedeutend zu verlängern. Wenigstens erzählt ein Reisender (1833), dass, wenn ein Ehemann nach zwei- oder dreijähriger Abwesenheit zurückkehren würde und fände sein Weib schwanger, ägyptische Richter ihm die Ehre der Vaterschaft zusprechen würden, „weil ein Kind 4 Jahre im Mutterleibe zubringen könne, — nicht aber das fünfte.“ Hoffentlich wird Herr Griesinger Bey die ägyptischen Richter eines besseren belehren und die europäische Schwangerschaftsdauer in Aegypten cultiviren. In ganz seltenen Fällen lässt auch der chinesische Arzt Yong-uza-Keen die Schwangerschaft 4 Jahre dauern, seltner 1 bis 2 Jahr, gewöhnlich 8 Monat. Ueber den Zweifel, wie denn solche Spätgeburten ausgesehen haben, werden wir durch einen von Schenk citirten Fall hinweggehoben, der nach Albert Kranz berichtet, dass die Gräfin Baruch de Wandal zwei Jahre schwanger war und ein Kind gebar, das gleich gehen und sprechen gekonnt habe. Recht schade, dass diese Fälle nicht häufiger sind, sie wären ein gutes Mittel gegen den Pauperismus und würden zweckmässig Klein-Kinder-Bewahranstalten ersetzen. Auch unser gutes Landrecht befindet sich in Zweifel

man eine entsprechende Länge von 2—3—4'. Ich lasse sie gewöhnlich aus mehreren, in einander zu schiebenden Stücken bestehen, um sie beliebig verlängern und verkürzen, auch zum Baden der verschiedensten Körpertheile anwenden zu können. Am äusseren Ende der Blechröhre ist diese nach Art eines kleinen Oefchens etwas erweitert, und dasselbe nimmt hier eine kleine, 2—3 Unzen Flüssigkeit fassende Spirituslampe auf. Diese wird mit dem weingeistigen Mittel angefüllt, und nachdem der Apparat auf die kranke Stelle gut aufgesetzt und die Röhre gehörig eingefügt ist, wird der Docht angezündet. Will man z. B. den Unterschenkel den weingeistigen Dämpfen aussetzen, so legt man über den entblössten Theil eine bis zum Knie reichende Reifenbahre, die am Fussende durch ein Brett verschlossen ist, am Knie mittelst Watte luftdicht geschlossen wird, und deren offene Stellen man zur Verstärkung der Wirkung auch mit Blech beschlagen lassen kann, — lagert das Glied in der Bahre, je nachdem es die Dämpfe mild oder stark bekommen soll, niedrig oder mittelst untergelegter Tücher oder Rollen hoch, — fügt die Röhre in die am Fussende der Bahre angebrachte Oeffnung ein, — bedeckt das Ganze mit wollenen Decken und zündet endlich den Docht der in das äussere Ende der Röhre eingesetzten Lampe an. Nachdem dann der Spiritus in der genügenden Dauer gebrannt hat, entfernt man die Lampe, zieht die Röhre aus, verschliesst die für letztere bestimmte Oeffnung des Apparates, und lässt den Körpertheil in dem Schwitzkasten oder auch bloss in wollenen Decken noch nachschwitzen. Behufs des Badens kann der Kranke im Bette liegen bleiben oder auf einem Tische, Stuhle oder Sopha sitzen und die zu badenden Glieder in die vor ihm auf einem Stuhle oder Tische ruhende Badevorrichtung stecken.

Die Stärke der Flamme steigert man nach Bedarf.

Die Dauer des Badens kann $\frac{1}{4}$ — 1 St. und darüber betragen. Man findet bald, wie lange der Spiritus der eine gewisse Quantität fassenden Lampe bei einer gewissen Stärke der Flamme ausreicht. Die Dauer des Nachschwitzens ist nach der Stärke des vorangegangenen Bades und nach dem Körpertheile, so wie nach der Individualität des Kranken sehr verschieden. Man unterhält es so lange, als es beträchtlich ist.

Eine grosse Wichtigkeit lege ich darauf, das Bad nur immer in der Stärke und Dauer zu geben, dass keine oder doch wenigstens keine lästige allgemeine Erhitzung des Körpers entsteht. Die Vorsichtsmaassregeln, die bei diesen Bädern etwa sonst noch zu beachten sind, beschränken sich auf folgende. Immer ist es gut, dass der Wärter, so lange der Spiritus brennt, nicht von dem Bade weggehe, um jedes Ungemach zu verhüten, das etwa durch Anstossen oder durch hastige Bewegungen des Kranken bei der brennenden Spirituslampe, die übrigens gut verschlossen und auch durch ein Thürchen gehörig abgesperrt ist, entstehen könnte. Von Verbrennungen des gebadeten Körpertheils kann hier bei Kranken mit ungestörtem Bewusstsein und normalem Gefühle nicht die Rede sein. Kranke dieser Art reguliren selbst die Einwirkung der Dämpfe und deren Stärke, und geben dem Wärter, sogar ohne selbst darüber genau belehrt zu sein, die nöthigen Befehle an. Um jedoch auch Kranke dieser Art gegen eine zu heftige Einwirkung der Dämpfe auf die eine oder andere Stelle des gebadeten Theils zu schützen, können allerdings einige Vorsichts- und Schutzmaassregeln nöthig werden, die indess leicht zu treffen sind. Dieselben werden zwar im Allgemeinen dadurch entbehrlich, dass der Badende die vielleicht zu heiss werdende Stelle zurückzieht oder auch den gebadeten Körpertheil, je nach der Beschaffenheit desselben, mehr am Boden des Apparates verweilen lässt. Liegt indess z. B. das Bein mit dem Fusse in dem Bade, so erfordert der Fuss, wenn er nicht etwa gerade vorzugsweise den Dämpfen ausgesetzt werden soll, einige Rücksichten. Hier befindet sich nämlich die eingefügte Blechröhre gewöhnlich am Fussende der Bahre, gegen welches sich auch der senkrecht aufsteigende Fuss anstützt, während der Unterschenkel horizontal und viel niedriger liegt, und der Fuss liegt dann dem Austritt der Dämpfe am nächsten und dessen Spitze steht am höchsten, so dass er leicht von den Dämpfen zu stark getroffen werden könnte. Um dies nun zu verhüten, setzt man zwischen den Fuss und die innere Mündung der Röhre eine kleine Scheidewand und umhüllt etwa obendrein noch die Zehenspitzen mit Watte. In entsprechender ähnlicher Weise verfährt man überall, wo es nöthig werden sollte. Mittelst eines Verbandes und Umhüllung mit Watte kann man auch jede offene Stelle des gebadeten Körpertheils gegen die Dämpfe absperren und schützen.

Etwas anderes ist es freilich in bewusstlosen Zuständen und beim Baden solcher Körperstellen, deren Gefühl gelähmt ist. Hier muss vor Allem die Hand des Wärters die Wärme im Innern des Apparats während des Badens wiederholt prüfen, so lange er nicht mit dem Hitzegrade, wie er durch die Beschaffenheit des Apparats und durch die Stärke der Flamme bedingt wird, ganz vertraut ist. Thermometer lassen sich nicht gut anbringen, und sie zeigen auch nur die Wärme der Stelle an, wo sie liegen. Uebrigens sind auch hier Verbrennungen nicht leicht zu befürchten. Denn die Wärme steigt in dem Apparate, wenn die Flamme nicht sehr hoch ist, sehr allmälig und erreicht im äussersten Falle an den höchsten Stellen des Apparates etwa + 50° R. oder nur wenig darüber, in der Nähe des gebadeten Körpertheils etwa + 34° bis höchstens + 40° R., wenn man es darauf anlegt, und am Boden der horizontal gestellten Apparate bleibt sie gering und steigt hier erst gegen Ende des Bades wenig über + 30° R. Es handelt sich daher mehr nur um eine allgemeine Vorsicht, und da man in bewusstlosen Zuständen Bäder dieser Art wohl nicht leicht anwendet, so sind es nur die Gefühlslähmungen, bei denen man auf etwaige Verbrennungen zu achten und denselben vorzubeugen hat. Bei Kranken mit *Tabes dorsalis* habe ich diese Verbrennungen beobachtet. Sie zeigten sich als rothe Flecke vom Umfang eines Silbergroschens, zu 2—3 über den Bereich des Unterschenkels zerstreut. Aus den Flecken wurden Blasen, die jedoch weder die Fortsetzung der Bäder verhinderten, noch in Betreff der Verheilung Schwierigkeiten verursachten. Bis jetzt sah ich diese geringfügigen Verbrennungen nur dann entstehen, wenn das Bein in einem zu kalten Zustande den weingeistigen Dämpfen ausgesetzt wurde. An Körperstellen mit gelähmtem Gefühle kann nun der Wärter jede etwaige kleine Verbrennung dadurch ganz verhüten, dass er mit seiner eigenen Hand den Hitzegrad im Badeapparate wiederholt prüft; er muss dann nur erwägen, dass jede für ihn bereits beträchtliche Hitze für den Gelähmten schon zu stark ist, und nach diesem Maassstabe muss er die Ertragungsfähigkeit abschätzen, denn Verbrennungen und Erfrierungen entstehen an gelähmten Theilen leichter, als an Theilen mit unversehrter Nervenkraft. Wenn aber dies nicht genügend erscheinen sollte, so bleibt nichts übrig, wenn man allen Anforderungen der Vorsicht entsprechen will, als den Badeapparat etwas geräumiger zu machen, die Flamme klein zu halten und die Dauer des Bades bei der verminderten Stärke desselben mehr zu verlängern, bis man mit der Ertragungsfähigkeit der gelähmten Glieder sich vertraut gemacht hat. Ich habe indess bei Kranken mit Spinallähmungen, und namentlich mit den Erscheinungen der sogenannten

---

über die Schwangerschaftsdauer, indem es für uneheliche Kinder den 285. Tag, für eheliche bekanntermaassen *in honorem partus et matrimonii* den 302. Tag als letzten Termin annimmt. Man sieht also, die Gelehrten sind über diesen Punkt nicht einig. Einstweilen aubpeditiren wir den Plan eines englischen Collegen, Dr. Robert Lyall, der in einem kleinen Buche: „*Medical evidence relative to the duration of human pregnancy, as given in the Gardner Peerage cause before the Committee for Privileges of the House of Lords*“ folgendes Mittel zur Aufklärung der Frage als probat vorschlägt: „Ich kenne, sagt er, nur eine Manier, wie man über diese verwickelte Frage schnell und sicher genügenden Aufschluss erhält, und bezweifle nicht, dass kommende Generationen diesem Bedenken ihren ehrfurchtsvollen Respect bezeugen werden. Wir empfehlen, dass ein geräumiges Gebäude sobald als möglich errichtet werde, in einer der gesundesten Umgegenden der Stadt. Dieses Gebäude soll mit 100 Fuss hohen Mauern umgeben werden und jedem Luftschiffer bei Todesstrafe verboten werden, sich dem Gebäude zu nähern. Männer, mit Ausnahme der privilegirten, dürfen keinen Zutritt haben. Eine genügende Anzahl tugendhafter Matronen, aus Klöstern gewählt, führt die Aufsicht dieses im Ganzen nach klösterlichen Vorschriften eingerichteten Institutes. Dies herrliche Etablissement soll, übereinstimmend mit seiner Bestimmung, heissen: „das experimentale Conceptions-Hospital.“ Ausser den Zimmern für die Matronen, Bureau's etc. sollen separate Zimmer für funfzig Jungfrauen zwischen 14 und 45 Jahren, und ebenfalls für funfzig unverheirathete Frauen, die schon geboren haben, zwischen 15 und 45 Jahren eingerichtet werden. Die Leiter des Hospitals sollen 10 der besten Accoucheure im Alter von 20 bis 50 Jahren engagiren, und jeder von diesen soll einer gewissen Anzahl dieser Frauenzimmer während eines einzigen nächtlichen Besuches seine Verordnungen machen. Eine der Matronen soll über alle Vorgänge ein genaues Register führen, und das Resultat der Experimente soll vollständig und freimüthig der Welt mitgetheilt werden zum Frommen und Vortheil der menschlichen Gesellschaft, und namentlich, um unserm guten britischen Parlament sichere Data zu liefern, wonach es im Stande wäre, exacte und gerechte Gesetze in Bezug auf die Legitimität und Illegitimität solcher Kinder zu entwerfen, welche nach 1830 in den Königreichen geboren würden.“ Was man nicht alles von solch einem Doctor verlangt! *Mutatis mutandis* würden gewiss bei uns die Vereine, welche jetzt so eifrig sich darnach drängen, die Prostitution unter ihre Flügel zu nehmen und die Ueberwachung durch Candidaten der Theologie zu besorgen, auch zur Ueberwachung eines Conceptions-Hospitals nach englischem Muster sich bereit finden lassen.

Rückendarre, keinerlei besondere Vorsichtsmaassregeln angewandt, sondern, nachdem ich einige Male bei kleiner Flamme das Bad hatte gebrauchen lassen und die Kranken mit demselben vertraut gemacht hatte, habe ich mich ganz dem eigenen Gefühle auch dieser Kranken überlassen, die dann die Stärke des Bades selbst nach ihrem Wunsche reguliren liessen. Im Interesse der guten Wirkung der weingeistigen Localdampfbäder habe ich überhaupt die etwa dabei möglichen oberflächlichen kleinen Verbrennungen ausführlicher besprochen, als es in der That nöthig gewesen wäre.

Bei Kindern mit nicht gelähmten Theilen hat man keine Verbrennungen zu fürchten. Ich habe zwar bei ihnen den Grad der im Badeapparate concentrirten Hitze stets sorgfältiger erforscht, als bei verständigen Erwachsenen mit vollem Gefühle. Die oberflächlichen kleinen Verbrennungen sind indess auch bei ihnen unmöglich. Es kommt ja bei diesen Bädern überhaupt und gar nicht auf die Anwendung einer starken Hitze, sondern durchaus nur auf die allmälige und eindringende Einwirkung einer, wenn auch hohen, doch immer nur ganz in dem Grade der vollsten Behaglichkeit gehaltenen Wärme an, die von dem Kranken weder örtlich, noch allgemein irgend lästig empfunden wird, weshalb ich auch gewöhnlich nur kleinere Stellen des Körpers baden lasse, und dafür das Baden im Laufe des Tages öfters wiederhole, so dass doch im Laufe von 24—48 Stunden alle Theile des ganzen Körpers bei allgemeinen Lähmungen die Einwirkung der weingeistigen Dämpfe erhalten.

Es handelt sich bei diesen Bädern um die mild eindringliche Wirkung der Wärme und auch um die Wirkung des weingeistigen Mittels selbst. Gewöhnlich nehme ich einen guten Brennspiritus zur Bereitung eines weingeistigen Dampfbades, bei Lähmungen jedoch habe ich hauptsächlich die Arnicatinctur zur Entwickelung der Dämpfe benutzt.

Es liegt jedoch nicht in meiner Absicht, mich gegenwärtig über die Wirkung dieser Dampfbäder, besonders der mittelst Arnicatinctur bereiteten Dampfbäder, und über deren Anwendungsgebiet auszusprechen. Es ist auch gar nicht meine Absicht, denselben eine gleichsam wunderwirkende Heilkraft beizulegen, die sofort Alles heilt, was sich sonst nicht will curiren lassen, oder sie zu einem Universalmittel für alle alten Schäden und Gebrechen zu machen. Sie erfordern, wie jedes Heilmittel, eine genügende Diagnose und eine klare Indication, und welches Mittel wir auch gebrauchen mögen, nie ist es schnell und leicht gethan, schwere und hartnäckige Leiden radical zu beseitigen. Meine bisherigen Experimente haben jedoch ergeben, dass die localen weingeistigen Dampfbäder ein herrliches äusserliches Mittel sind. Ich habe durch dieselben bei Lähmungen bedeutende Resultate, selbst in den anscheinend hoffnungslosesten Fällen erlangt. Ich habe allerdings noch keinen Kranken mit Rückendarre durch dieselben geheilt, doch auch in dieser Krankheit die weingeistigen Dampfbäder nicht ohne Erfolg angewandt. Bei Neuralgien habe ich von diesen Bädern günstige Wirkungen gehabt, bei Contracturen habe ich sie mit Nutzen gebraucht, bei Gelenkleiden im Allgemeinen sind sie mir sehr erspriesslich gewesen, bei Rheumatismen haben sie ungemein gut gethan, — kurz, ich habe die weingeistigen Localdampfbäder theils als ein sehr wirksames, heilkräftiges, bei manchen Lähmungen sogar als das einzige geeignete Mittel kennen gelernt, theils als ein zur Anwendung localer Wärme sehr bequemes Mittel bewährt gefunden. Da es aber wohl zu billigen sein dürfte, wenn ich den Abschluss meiner Beobachtungen und meiner Ansichten über die Wirkung und Anwendung dieser Bäder nicht übereile, und nicht sogleich mit den Berichten von Krankheitsheilungen oder begonnener Besserung hervorstürze, — denn es handelt sich hier gar nicht um den allgemeinen Nutzen dieser Bäder, der unzweifelhaft feststeht, sondern hauptsächlich um deren specifische Wirkung auf manche Paralysen, — so wollte ich wenigstens nicht unterlassen, hiermit eine öffentliche Mittheilung von denselben zu machen und die weingeistigen Localdampfbäder, — mittelst gewöhnlichen Spiritus oder mittelst Arnicatinctur u. dgl. bereitet, zur Anwendung an den verschiedensten kleineren und grösseren Stellen des Körpers dem sinnenden Schaffen der Herren Collegen zu empfehlen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen über die bei der letzten Pocken-Epidemie auf dem Magdeburger Krankenhause behandelten Kranken.

Von

Sanitätsrath Dr. Kersten.

So wohlthätig auch im Allgemeinen die Schutzpockenimpfung auf die Unterdrückung der Menschenblattern gewirkt hat, so ist ihr Einfluss doch noch nicht von der Art gewesen, dass die Pocken gänzlich verschwunden wären; immer sind von Zeit zu Zeit Epidemien von Pocken noch an verschiedenen Orten beobachtet, ja in der neuern Zeit scheinen diese an Ausdehnung und Dauer bedeutend zugenommen zu haben. Wir hören, dass im Jahre 1850 an vielen Orten Deutschlands die Pocken so heftig aufgetreten sind, wie es in diesem Jahrhundert sonst noch nicht der Fall war; und so ist auch die in Magdeburg und Umgegend geherrscht habende Epidemie beiweitem die bedeutendste von allen dieses Jahrhunderts. Es ist zwar nicht möglich, eine genaue und richtige Anzahl der in der Stadt erkrankten Individuen anzugeben, weil die Anzeigen bei der Polizei von den dazu Verpflichteten, namentlich also von den Aerzten, nicht überall streng gemacht sind, allein schon der Nachweis von denjenigen Patienten, die an den Pocken leidend auf das Krankenhaus gekommen sind, wird genügen, die Wahrheit der Behauptung, dass die eben abgelaufene Epidemie die stärkste dieses Jahrhunderts gewesen, zu beweisen. Daher gewährt sie schon in dieser Hinsicht ein grosses Interesse, welches sich noch ungemein steigern muss, wenn der sanitätspolizeiliche Standpunkt und der wissenschaftliche, den sie darbietet, gehörig mit ins Auge gefasst wird. Es würde dabei die Frage von der Ansteckungskraft der Pocken und vor allen Dingen, die über den Schutz, den die Impfblattern gewähren, ob er für die Lebenszeit andauert oder nur auf eine bestimmte Reihe von Jahren, und auf wie viele, ausreiche, in Erwägung kommen, es würde ferner dabei untersucht werden müssen, ob die seit der Einführung der Kuhpockenimpfung epidemisch beobachteten Pocken eine ganz neue Art von Pocken sind, die zwischen den Menschen- und den Windpocken mitten inne stehen, daher Mittelpocken genannt zu werden verdienen,

---

Aber genug der tollen und sterilen Ausgeburten aus dem Schoosse des Landes der Erbweisheit. Gehen wir vielmehr zu einer glücklicheren und voraussichtlich fruchtbareren Conception eines hochgeehrten Collegen über, welche der Entscheidung gerichtlich-medicinischer Streitfragen wesentlichere Dienste leisten wird, als Experimente von mehr als zweideutigem Charakter. Wir hören aus sicherer Quelle, dass mit Nächstem die Publication der Gutachten der wissenschaftlichen Deputation bevorsteht; ein Unternehmen, für welches wir derselben gewiss auf das Dankbarste verpflichtet sind. Abgesehen davon, dass jene hohe Behörde dadurch in eine engere und innigere Beziehung zu dem ärztlichen Publicum tritt, leuchtet die Bedeutung und Zweckmässigkeit solcher Publicationen von selbst ein, die wir den bekannten, den Juristen unentbehrlichen Entscheidungen des Geh. Ober-Tribunales, welche seit einer Reihe von Jahren publicirt worden, an die Seite stellen möchten.

Nicht allein den Gerichtsärzten von Fach, sondern auch jedem anderen Arzte, da bekanntlich bei dem jetzigen Verfahren jeder Arzt berufen sein kann, vor der Barre des Gerichtes zu erscheinen, werden diese Normalgutachten ein Führer und Leitstern sein, wenn wir selbst absehen wollen von dem Interesse, welches es für jeden Arzt haben muss, die Entscheidungen seiner obersten wissenschaftlichen Behörde im Staate bekannt gemacht zu sehen und dadurch der Besprechung Preis gegeben zu wissen. Die Einrichtung wird, wie wir hören, der Art sein, dass die betreffenden Fälle von den resp. Referenten bearbeitet und herausgegeben werden. Geh.-Rath Schmidt, der so eben erst durch Publicirung seiner Grundsätze bei Anstellungen und Beförderungen gezeigt hat, mit welcher Gewissenhaftigkeit und welchem Ernst er seine Stellung auffasst, gebührt der Ruhm, auch zu diesem Fortschritte den Impuls gegeben zu haben. Nach dem von ihm gearbeiteten Gutachten werden zunächst die speciell forensischen von Geh.-Rath Casper bearbeiteten folgen, und das Interesse, mit welchem die kürzlich erschienenen gerichtlichen Leichenöffnungen vom Publicum aufgenommen worden sind, lässt erwarten, dass die Präcision und das Zutreffende des Urtheiles, welche diesen Autor charakterisiren, neue Freunde dieser Richtung erwerben und die alten bewahren werde.

—l.

oder ob sie, wie die meisten Beobachter behaupten, nur durch den Boden auf den der Stoff fällt, modificirte echte Pocken darstellen. Alles dies soll aber übergangen und nur was die diesmalige Epidemie betrifft, hier angeführt werden.

Nachdem in den ersten fünf Monaten des Jahres 1849 nur im Ganzen 11 an Pocken leidende Individuen, und zwar 8 Männer und 3 Frauen auf dem Pockenhause Zuflucht gesucht und Heilung gefunden hatten, kamen im Juni und namentlich in den letzten Tagen desselben dergleichen Patienten in grösserer Zahl, aus denen sich vom Juli an die Epidemie entwickelte, welche bis zum September des folgenden Jahres 1850 anhielt, in den Veränderungen, wie sie Epidemien eigen sind, hier mit allmäliger Steigerung, plötzlichem Anwachsen, Erreichen der Höhe und Verharren auf derselben und dann sehr allmäliger Abnahme. Bis zum November 1849 nämlich wuchs die Zahl nur sehr unbedeutend an, dann aber trat eine beträchtliche Vermehrung der Kranken plötzlich ein, im Januar 1850 war die höchste Höhe erreicht, und von nun an nahm die Epidemie nicht so rasch wieder ab, als sie plötzlich gestiegen war, sondern es blieb noch mehrere Monate hindurch eine ansehnliche Zahl von Pockenkranken, und erst ganz allmälig hat sich dieselbe verringert. Das Zahlenverhältniss gestaltet sich nämlich folgendermassen:

1849.	männl.	weibl.	Summa	1850.	männl.	weibl.	Summa
Juni	3	2	5	Januar	68	26	94
Juli	6	4	10	Februar	51	20	71
August	8	5	13	März	53	28	81
September	12	2	14	April	46	22	68
October	14	9	23	Mai	37	15	52
November	24	5	29	Juni	13	12	25
December	58	20	78	Juli	10	6	16
				August	2	—	2
				September	2	2	4

Demnach beträgt die ganze Summa der in den 16 Monaten: vom Juni 1849 bis September 1850 behandelten Kranken 407 männliche 178 weibliche, im Ganzen 585. Auffallend ist dabei das grosse Missverhältniss zwischen den männlichen und weiblichen Kranken, welches sich keinesweges blos aus dem Umstande erklärt, dass überhaupt mehr männliche Kranke stets in den Hospitälern behandelt werden als weibliche, denn dazu ist die Zahl zu verschieden, und bei Erkrankungen an Pocken behalten die Herrschaften die weiblichen Dienstboten auch nicht in ihrer Behausung und sorgen für deren Pflege, was sie bei andern Krankheiten wohl eher thun, weil doch hier die Gefahr der Ansteckung gar zu gross ist. Es muss also dies Missverhältniss als so sehr bedeutend sich darstellend, in andern Ursachen seinen Grund haben, und es fragt sich, ob dasselbe in gleichem Grade auch an andern Orten beobachtet ist. Man behauptet sonst, dass zwar jedes Alter und Geschlecht Empfänglichkeit für das Contagium habe, wenn sie nicht durch früheren Ausbruch des Exanthems schon vertilgt war, dass aber das kindliche und jugendliche Alter, eine reizbare Constitution und namentlich zarte Haut eine grössere Receptivität bedingen; demnach könnten also nicht so viel vom männlichen Geschlecht erkranken, das doch gewöhnlich nicht eine so reizbare Constitution und zarte Haut hat, als das weibliche Geschlecht.

In Betreff der verschiedenen Formen von Blattern, die in der fraglichen, so bedeutenden Epidemie beobachtet sind, so muss hier durchaus von vornherein angeführt werden, dass alle drei Hauptgattungen von Pocken, Variolen, Varioloiden und Varicellen gleichzeitig beobachtet sind; von der höchsten Entwicklung der Menschenblatter bis zur einfachsten Darstellung der Wind- oder Wasserpocken herunter waren die verschiedensten Abstufungen sichtbar und — was hier beiläufig bemerkt werden soll, — man sah nicht selten in einer und derselben Familie die drei Formen gleichzeitig bei verschiedenen Individuen. Dass dies aber wirklich der Fall war, dass wirkliche Variolen, und nicht blosse Mittelpocken, Varioloiden, und dass auch letztere und nicht blosse Menschenblattern, Variolen, vorkamen, so wie wiederum dass auch wirkliche Varicellen sich zur Behandlung stellten, beweisen folgende Thatsachen: Bei vielen Patienten traten, nachdem drei volle Tage vorher Fieber mit Glieder- und besonders Rückenschmerzen, mit grosser Abgeschlagenheit u. s. w. bestanden hatte, im Gesicht und von hieraus regelmässig über den ganzen Körper sich verbreitend, die Stippchen auf, auf welchen sich Knötchen bildeten, die dann mit gehörig getellter Form zu Bläschen und endlich zu Pusteln sich umänderten, während sich das Fieber verloren hatte. Am neunten Tage trat das Eiterungsfieber ein, das wohl zwei bis drei Tage anhielt, worauf dann die bis dahin noch bedeutend angewachsenen Pusteln anfingen, auszutrocknen, und sich in dicke, dunkel gefärbte, feste Krusten umwandelten, welche wochenlang auf der Haut aufsassen und nachher gerippte, schwarz punktirte, eingerissene Ränder zeigende Narben hinterliessen. Mit diesen Erscheinungen gleichen Schritt haltend sind denn nun die übrigen bei den Pocken noch vorkommenden mit beobachtet: Eruption auf den Schleimhäuten, starke anginöse Beschwerden, Speichelfluss, Augenaffectionen, Magenschmerzen, Erbrechen, Durchfälle, Heiserkeit, Stimmlosigkeit, Husten, eigenthümlicher Pockengeruch u. s. w. Von dieser Gattung wurden auch alle Varietäten beobachtet, die theils nach dem Fiebercharakter theils nach der Beschaffenheit des Exanthems angenommen werden: ausser den einfachen Pocken sahen wir daher entzündliche, nervöse und faulige, zusammenfliessende, wässrige, blutige und leere Pocken u. s. w. Endlich zeigten sich auch leider in einigen, freilich seltenen Fällen, die den echten Variolis eigenthümlichen Nachkrankheiten: Verschwärungen der Haut und des Zellgewebes; Augenaffectionen, wodurch Verdunklung der Hornhaut, Durchbohrung derselben, Verlust des Sehvermögens u. s. w. in einigen Fällen bewirkt wurde; Ohrenkrankheiten, Lungentuberkeln und daraus hervorgehende Schwindsucht, Verschwärungen im Darme, Wassersucht, namentlich Hautwassersucht, und Lähmungen.

Eine zweite Reihe von Kranken, die beiweitem die grosse Mehrzahl bildeten, zeigte zwar auch ein vorhergehendes Fieber, dieses war aber von kürzerer Dauer — nur zwei Tage gewöhnlich — und geringerer Intensität, oder es fehlte auch ganz; den Stippen ging oft ein bedeutendes *Erythema diffusum*, welches sich hauptsächlich stark an den Gelenken zeigte, voraus, der Ausbruch war nicht regelmässig vom Kopf zum Fuss, sondern ohne bestimmte Ordnung über dem ganzen Körper. Dabei waren aber auch grosse Abgeschlagenheit der Glieder, Kreuzschmerzen und oft gleich anfänglich auch Schlingbeschwerden; der eigenthümliche Pockengeruch wurde nicht so bemerkt. Die Knötchen, welche sich auch auf der Schleimhaut des Mundes, Rachens und der Luftröhre sehr häufig mit ausbildeten, verwandelten sich rasch in Bläschen, welche bald einen eiterartigen Inhalt zeigten. Die Delle fehlte meistens; die Geschwulst um die Pocken und der Hof war nicht bedeutend, und es fehlte vornämlich das Eiterungsfieber und am neunten Tage der ganzen Krankheit trat gewöhnlich die Eintrocknung ein, aus welcher sich ein leichterer, hellerer Schorf bildete, der aber auch oft sehr lange aufsass, und dann beim Abfallen eine Narbe von geringer Tiefe und nicht gefächertem Grunde oder einen blossen blanken in der Kälte bläulich sich färbenden Fleck oder endlich auch eine knotige Erhabenheit beim Abfallen zeigte. Auch diese Gattung kam mit den verschiedenen Fiebercharakteren und den verschiedenen Varietäten nach der Beschaffenheit des Exanthems vor, so dass also auch hier neben den erethischen Varioloiden, synochische, nervöse, putride, confluirende u. s. w. beobachtet wurden. Es muss aber dabei angemerkt werden, dass diese Scheidung, wie sie eben zwischen den Variolen und den Varioloiden angegeben ist, nicht überall bei den Patienten so scharf gesondert sich darstellte, dass im Gegentheil bei Manchen Vermischungen vorkamen, so z. B. waren die Varioloiden zuweilen gedellt, es zeigte sich wohl ein gelindes Eiterungsfieber, es erfolgte wohl der Ausbruch vom Kopf nach den Füssen zu, oder es war bei den Variolen der Ausbruch nicht so ganz regelrecht, es war das Eiterungsfieber nur sehr schwach u. dergl. Ein Gleiches fand nun auch statt mit den zwar im Verhältniss in sehr geringer Zahl aber trotzdem doch ganz gewiss beobachteten Varicellen, deren genauere Beschreibung wohl überflüssig ist; und es ergiebt sich hiernach wohl ganz gewiss die Schlussfolgerung als richtig, die ich bei den vielfachen Pockenkranken, welche ich in den 20 Jahren meiner ärztlichen Laufbahn, theils als Armenarzt theils als Hospitalarzt, neben einer nicht unbedeutenden Privatpraxis behandelt habe, stets zu machen Gelegenheit hatte, nämlich dass nur ein gradueller Unterschied zwischen den einzelnen Gattungen ist, dass, wie nirgends in der Natur ein Sprung beobachtet wird, auch hier Uebergänge und Stufenfolgen sind, die von der niedersten zur höchsten Entwicklung fortleiten. — Wie sich mit dieser Ansicht die Vertheidigung der Schutzimpfung verträgt, der ich unbedingt das Wort rede, dies auseinander zu setzen, würde hier zu weit führen, und bleibe auf eine andere Zeit verschoben. Damit ist aber nicht gesagt, dass die Abtheilungen, die wir bilden, unnütz wären oder gar falsch sich darstellten, keinesweges; und wären sie nur dazu bestimmt, der Schwachheit des menschlichen Geistes zu Hülfe zu kommen, der einmal bei seiner Beschränktheit eine Eintheilung der Krankheiten haben muss, damit er sich nicht verwirrt, so wären sie schon nicht unnütz.

Alles nun genau abgewogen, stellt sich die Zahl der Pockenkranken auf dem Pockenhause in der angegebenen Zeit nach den drei Gattungen folgendermaassen:

		Variolen	Varioloiden	Varicellen
1849	Juni	3	2	—
	Juli	6	4	—
	August	1	12	—
	September	6	8	—
	October	12	11	—
	November	13	15	1
	December	23	55	—

		Variolen	Varioloiden	Varicellen
1850	Januar	29	65	—
	Februar	17	53	1
	März	17	64	—
	April	16	51	1
	Mai	6	40	6
	Juni	5	19	1
	Juli	6	9	1
	August	1	1	—
	September	2	2	—
	Summa	163	411	11

Schon oben ist bemerkt, dass zuweilen in einer Familie alle drei Gattungen der Pocken beobachtet wurden, und zwar zu gleicher Zeit, so dass also Variolen, Varioloiden und Varicellen an verschiedenen Gliedern einer Familie vorkamen, aber es wurde auch mehre Male auf dem Krankenhause die Erfahrung gemacht, dass Mütter an Varioloiden, ihre ungeimpften Säuglinge an Variolen erkrankten, eines solcher Kinder war z. B. 3½ Monat, ein anderes 7 Monat alt. Bei einem andern Kinde zeigten sich neben den Impfpocken, die einen ganz regelmässigen Verlauf machten, die Variolen über dem ganzen Körper, fast gleichzeitig mit der Vaccine verlaufend. — Bei einem 60jährigen Manne, der fest versicherte, in seiner Kindheit die Pocken überstanden zu haben, obgleich nur sehr wenige Narben mit Bestimmtheit erkannt werden konnten, traten einige Varioloiden mit sehr leichten Erscheinungen auf, ein anderer 17jähriger junger Mensch erkrankte an sehr heftigen Variolen, er erzählte, dass er in seiner frühsten Jugend schon einmal die Pocken überstanden habe, und deshalb nicht vaccinirt sei; ebenfalls nicht vaccinirt war ein Knabe von 3 Jahren, der in seinem zweiten Lebensjahre die Varioloiden überstanden hatte, er erkrankte jetzt an Variolen, und starb. Einen doppelten Ausbruch von Pocken sahen wir ferner bei einem 16jährigen Knaben und einem über 60 Jahre alten Manne, bei letzterm namentlich waren die Pockennarben im Gesicht noch sehr deutlich, und gleichsam auf den Grenzen der Narben drängten sich die neuen Pocken durch. — Nach dem Alter vertheilten sich die Pocken auf die Weise, wie es die folgende Tabelle angiebt.

Variolae.

Alter.	Zugang.			Abgang.					
				Genesen:			Gestorben:		
Jahre.	männl.	weibl.	Summ.	männl.	weibl.	Summ.	männl.	weibl.	Summ.
von ¼ — 10	2	2	4	1	2	3	1	—	1
10 — 20	17	3	20	17	3	20	—	—	—
20 — 30	61	27	88	60	25	85	1	2	3
30 — 40	18	9	27	14	7	21	4	2	6
40 — 50	17	5	22	9	3	12	8	2	10
50—60 u. darüber	2	—	2	2	—	2	—	—	—
Summa	117	46	163	103	40	143	14	6	20

Varioloides.

von ¼ — 10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10 — 20	70	35	105	70	35	105	—	—	—
20 — 30	174	76	250	174	76	250	—	—	—
30 — 40	31	11	42	31	11	42	—	—	—
40 — 50	4	8	12	4	7	11	—	1	—
50—60 u. darüber	1	1	2	1	1	2	—	—	—
Summa	280	131	411	280	130	410	—	1	1

Varicellae.

von ¼ — 10	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10 — 20	4	1	5	4	1	5	—	—	—
20 — 30	4	1	5	4	1	5	—	—	—
30 — 40	1	—	1	1	—	1	—	—	—
40 — 50	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50—60 u. darüber	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	9	2	11	9	2	11	—	—	—

Es folgt daraus, dass die Leute, welche sich zwischen dem 20. bis 30. Jahre ihres Lebens befanden, bei weitem am meisten heimgesucht sind und zwar sowohl von den Variolen (82) als auch von den Varioloiden (250); ihnen zunächst kommen die zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre in Betreff der Variolen (26), zwischen dem 10. bis 20. in Betreff der Varioloiden (105) indessen ist doch überall ein sehr merklicher Abstand wahrzunehmen.

Nach den Ständen und Gewerben vertheilen sich die Kranken folgendermaassen:

Weibl. unverehel.	154	Sattler	3	Korbmacher	1
Weibl. verehel.	25	Drechsler	3	Kammmacher	1
Schuhmacher	64	Brauer	3	Buchdrucker	1
Arbeiter	55	Gelbgiesserlehrlinge	3	Mützenmacher	1
Schneider	45	Seiler	3	Möbelpolirer	1
Tischler	39	Handschuhmacher	2	Friseurgehülfen	1
Böttcher	17	Nagelschmiede	2	Handelsmann	1
Bäcker	15	Müller	2	Knopfmacher	1
Hausknechte	15	Zeugschmiede	2	Weissgerber	1
Handlungsdiener	14	Knechte	2	Schiffbauer	1
Schlosser	12	Conditoren	2	Ziegeldecker	1
Kutscher	8	Barbiere	2	Kürschner	1
Buchbinder	7	Glaser	2	Segelmacher	1
Maurer	6	Knaben unter 14 J.	2	Krankenwärter	1
Zimmerleute	6	Tapezierer	1	Klempner	1
Weber	5	Sporer	1	Lehrer	1
Stellmacher	5	Apotheker	1	Schornsteinfeger	1
Fleischer	5	Blechschmiede	1	Feilenhauer	1
Schmiede	5	Papiermacher	1	Uhrmacher	1
Cigarrenmacher	5	Gürtler	1	Schauspieler	1
Maler	4	Gärtner	1	Kupferschmiede	1
Stuhlmacher	3	Töpfer	1	Lithographen	1
Instrumentenmacher	3	Büchsenmacher	1	Summa	585
Goldarbeiter	3	Fischer	1		

Auch hier ist ein grosses Missverhältniss unter den Gewerken hinsichts der Erkrankungszahl. Obenan stehen die Schuhmacher, und wenngleich von diesen wie von den Schneidern und Tischlern eine gegen die andern überwiegende Zahl von Gesellen in Magdeburg sind, so ist sie doch nicht in dem Maasse über die andern hervorragend, dass dadurch das grosse Missverhältniss erklärt würde, und es muss ohne Zweifel daher noch in andern Umständen gesucht werden. Es sind aber ohne Zweifel die drei angeführten Gewerke hauptsächlich überhaupt Krankheiten ausgesetzt, denn sie bevölkern vorzugsweise auch die andern Säle des Krankenhauses, und daher mag es denn wohl kommen, dass sie den Epidemien und so diesmal den Pocken hauptsächlich unterworfen sind. Ueber den Ausbruch und die Verbreitung kann auch hier kein Zweifel sein.

Die Pocken hatten schon längere Zeit in der Umgegend von Magdeburg geherrscht und waren von da aus in die Stadt selbst eingeschleppt; man kann die Verbreitung derselben über die Stadt in der ersten Zeit genau fast von Strasse zu Strasse verfolgen. Indessen sind doch auch Fälle vorgekommen, wo eine Verbreitung durch Ansteckung sich schwer nachweisen lässt. So z. B. erkrankten Krätzige, die schon länger auf der Krätzstation waren, ebenso Venerische, welche gleichfalls schon Monate lang auf der syphilitischen Station verweilten, und beide Abtheilungen sind doch, wie sich von selbst versteht, streng gesperrt; auch von der innern Station mussten wegen Erkrankung an Pocken Patienten verlegt werden, die ganz anderer Krankheiten wegen dahin gekommen waren und ein Gleiches fand von der äussern Station statt.

Was nun das gleichzeitige Vorkommen mit anderen Krankheiten betrifft, so ist es gewiss im höchsten Grade interessant, dass die Pockenepidemie, die, wie schon oben erwähnt, auf 1¼ Jahr sich hinzog, gleichzeitig mit anderen Epidemien herrschte; namentlich war ein zweimaliges Auftreten der Cholera in unserer Stadt damit verbunden. Im Juli 1849 nämlich erschien die Cholera und dauerte bis zu Ende des October desselben Jahres, im December und Januar erreichte freilich die Pockenepidemie erst ihre höchste Spitze, aber sie hatte doch schon auch zu der Zeit manchen Kranken geliefert; die zweite Choleraepidemie kam im Mai 1850 und zog sich bis Anfang October hin, während welcher Zeit die Pocken auch allmälig nachliessen und gleichsam mit der Cholera verschwanden. Drei von den an den Pocken erkrankten Individuen bekamen auf dem Pockenhause die Cholera, eins starb im Insultus, ein anderes am Cholerotyphus und das dritte genas. Drei andere Kranke waren erst seit 4 und 10 Tagen von der Cholerastation geheilt entlassen, als sie schon wieder mit den Pocken behaftet zu uns zurückkehrten. — Oefter kommt es wohl vor, dass Scharlach gleichzeitig epidemisch mit den Pocken herrscht, auch dies hatten wir in dieser Zeit zu beobachten Gelegenheit, so dass also Pocken, Scharlach und Cholera die Stadt heimsuchten, und daher auch im hohen Grade die Thätigkeit der Aerzte in Anspruch genommen wurde. — Mit *Erysipelas capitis* verbanden sich die Pocken nach meiner Beobachtung nur dreimal; einmal ging es den Pocken unmittelbar vorher, zweimal folgte es gleich darauf. Auffallend war mir das so häufige Verbundensein mit *Delirium tremens*; zwölfmal fand es sich in dieser Epidemie mit den Pocken ein, und raffte vier Patienten hin. An Hy-

drothorax waren schon vorher zwei Personen erkrankt, die nun in den Pocken selbst starben. Abortirt haben drei Schwangere. — An Nachkrankheiten wurden besonders bemerkt: Abscesse verschiedenen Umfangs, welche besonders bei dyskrasischen Subjecten sich ausbildeten, und zuweilen noch die Verlegung nach der äusseren Station, nachdem die Pocken geheilt waren, nöthig machten. Bei einer Patientin wurde die Verschwärung des Zellgewebes und der Haut so bedeutend, dass durch die dadurch herbeigeführte Erschöpfung und das hektische Fieber der Tod erfolgte; ferner Augenkrankheiten, und zwar sowohl der äusseren Umhüllungen als der inneren Theile des Auges, Verschwärungen im Darme, Wassersuchten, vor allen Hautwassersucht, Lähmungen und Parotidengeschwulst. Jedoch waren es im Ganzen gegen die grosse Summe der Patienten nur wenige, die nicht sogleich zur völligen Gesundheit zurückgeführt worden wären, und auch von denen, welche Nachkrankheiten unterworfen waren, genasen bei weitem die meisten. Es stellt sich demnach das Verhältniss der Genesenen zu den Gestorbenen folgendermaassen heraus:

Genesen sind	392	männliche,	172	weibliche Kranke,	Summa	564
gestorben -	14	-	7	- -	Summa	21
					Total	585

Unter den Gestorbenen aber ist einer sterbend gebracht, zwei sind an der Cholera und vier an *Delirium tremens*, zwei an Hydrothorax gestorben, welche nicht eigentlich den Pocken zur Last fallen, und werden diese nun etwa noch von der an sich geringen Summe abgezogen, so ergiebt sich ohne Zweifel ein sehr günstiges Resultat in Hinsicht auf die Sterblichkeit bei dieser so sehr ausgedehnten Epidemie. Im *Stadium exsiccationis* starben fünf Patienten, die andern erlagen in den frühern Stadien der Krankheit.

Die Behandlung konnte im Ganzen sehr einfach sein, da die grosse Mehrzahl der Fälle den erethischen Fiebercharakter hatte; sonst musste sie dem Charakter des Fiebers angemessen eingerichtet werden. Indessen war in der ersten Zeit der Epidemie doch ein gastrischer Zustand vorherrschend ausgesprochen, demzufolge denn auch die Behandlung antigastrisch, namentlich mit Brechmitteln, eingerichtet werden musste. Es waren nämlich nicht bloss die gewöhnlichen bei den Pocken, in deren erstem Stadium sich einstellenden gastrischen Symptome als: Magenschmerz, Uebelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, belegte Zunge u. dgl. vorhanden, sondern auch noch hauptsächlich zeigten sich anfänglich drückender, wüthender Stirnkopfschmerz, gelbliche Färbung der Sclerotica und gleicher Anflug um Nasenflügel und Mundwinkel, gallig belegte Zunge, häufiges Erbrechen von grünen, galligen Massen, grosse Präcordialangst u. s. w. Auch war es nicht zu verkennen, dass zu den Zeiten, wo die Cholera herrschte, die Pockenkranken häufig der *Constitutio cholerica* mit unterworfen waren, und daher auch viele Durchfälle vorkamen, welche aufmerksame Beachtung und Cur verlangten, wodurch dann wahrscheinlich der wirkliche Ausbruch der wahren Cholera so weit verhütet wurde, dass nur drei Fälle, wie oben angegeben ist, sich zur Behandlung stellten. Sonst war die Behandlung also mehr negativ oder nur symptomatisch, und wurde erst bei den sich etwa vorbereitenden oder wirklich ausgebrochenen Complicationen oder den Nachkrankheiten activer.

Mittheilungen aus der städtischen Kranken-Anstalt zu Königsberg in Pr.

Von

Dr. Lange.

1. *Pulv. plumb. acet.* gegen Augenkrankheiten.

(Schluss aus No. 19.)

Caroline S., 26 Jahre alt, litt, als sie am 30. Sept. 1850 in die Krankenanstalt kam, bereits seit drei Wochen an einer rheumatischen Entzündung des linken Auges, die von ihrem Beginn an unausgesetzt, aber ohne besonders günstigen Erfolg ärztlich behandelt worden war. Bei der Aufnahme waren die Augenlider, besonders aber das obere, etwas geschwollen und geröthet, der Schmerz im Auge und in der Umgegend zwar mässig, aber die Lichtscheu und das Thränenträufeln sehr bedeutend, die *Conjunct. palpebr. et sclerotic.* so voll von Gefässinjectionen, dass auch nicht die kleinste Stelle der Sclerotica durchschimmerte, die Cornea an ihrem Rande von einem Gefässwulst bedeckt, oberflächlich geschwürig, aufgelockert und so getrübt, dass die Kranke nur einen hellen Lichtschimmer hat, aber Gegenstände nicht zu unterscheiden vermag. Wegen der bedeutenden Trübung ist die Beschaffenheit der Flüssigkeit in der vordern Augenkammer und die Iris nicht genau zu erkennen, erstere erscheint trübe und verdickt, letztere auch aufgelockert und nach oben verzogen. Fieber fehlte, der Appetit war ziemlich gut, die Excretionen normal. Die Kranke nährte seit 6 Monaten ihr Kind, und war die Milchsecretion nicht beeinträchtigt. Die bisher kräftig angewandte Antiphlogose und eine der Beschreibung nach angewandte Salbe aus Höllenstein, sowie zum innern Gebrauch verwendete Arzneien waren ohne Erfolg gewesen. Es wurde sofort *Plumb. acet.* eingestrichen, und innerlich Sublimat mit Aconit und Opium, wie bei der G., verabreicht. Damit ist bis heute den 9. Oct., seit 7 Tagen, fortgefahren worden, und zwar mit sehr zufriedenstellendem Erfolge. Der Schmerz ist ganz gewichen, das Thränenträufeln und die Lichtscheu haben sich bedeutend gemindert, und die Gefässinjectionen sind so wesentlich verschwunden, dass die Sclerotica, mit Ausnahme einer fast halben Silbergroschen grossen Stelle, nach dem innern Augenwinkel zu überall weiss sichtbar ist; der Wall über dem Cornearande ist beseitigt, so dass nur noch einzelne Gefässspitzen über denselben ragen; die Cornea selbst ist, namentlich in ihrer oberen Hälfte, durchsichtiger geworden, ja es will sogar scheinen, als wären die Geschwürchen flacher, die Schleimhaut des unteren Augenlides und des unteren Theiles des Bulbus zeigt das *Plumb. acet.* fest aufsitzend.

Es liegen hiernach fünf Beobachtungen vor, drei der heftigsten Ophthalmoblennorrhöen und zwei von sehr bedeutender rheumatischer Augenentzündung. So wenige Fälle ermächtigen allerdings nicht, über das neue Verfahren schon ein unumstössliches Urtheil zu fällen, zumal dasselbe noch dadurch beeinträchtigt wird, dass zwei Fälle davon noch in Behandlung sind, indessen ist der Erfolg in allen diesen Fällen doch ein derartiger, dass man sich dringend zu ferneren Versuchen aufgefordert fühlt, und dass diese mit einigem Vertrauen auf Erfolg in weiteren Kreisen aufgenommen werden können, ist der Zweck dieser Mittheilungen, zumal zu ersten Versuchen eines Verfahrens die Privatpraxis mannigfacher Rücksichten wegen nicht gerade geeignet ist.

Ich habe nur noch einige Bemerkungen hinzuzufügen. Zuvörderst muss ich anführen, dass das Verfahren keinesweges schmerzlos ist; der dadurch erzeugte Schmerz steht aber in gar keinem Verhältnisse zu dem, der durch Cauterisation mit Höllenstein erzeugt wird. Bei der G. währte er nur die ersten zwei Mal gegen 3 Stunden, dann aber, wie in den übrigen Fällen, anfangs $1\frac{1}{2}$ und später 1, ja nur $\frac{1}{2}$ Stunde; fast eben so lange hält das Thränenträufeln an. Am auffallendsten ist die schnelle Verminderung der Absonderung und der Lichtscheu, und gewöhnlich schon nach der dritten oder vierten Application sieht man die Sclerotica fleckweise durch die Conjunctiva durchschimmern. Es hat mir scheinen wollen, als ob die Aufhellung von den Augenwinkeln begönne, und früher am Bulbus als an den Augenlidern eintrete. Ich habe bisher immer damit angefangen, das *Plumb. acet.* zuerst auf das untere Augenlid aufzustreichen; nach einigen Tagen ging ich dann zum oberen über. Buys giebt über die Wahl des einen oder des andern besondere Vorschriften; nach diesen wenigen Beobachtungen scheint mir aber kein bestimmter Grund dazu vorzuliegen, und wechselte ich nur mit der Applicationsstelle, weil ich glaubte, dass das mit *Plumb. acet.* noch bedeckte untere Augenlid für eine neue Aufnahme desselben weniger empfänglich sein könnte. Buys sagt ferner: „*Les maladies traitées par cette méthode ont guéri rapidement.*" Bei einer Krankheit, die, wie die Ophthalmoblennorrhöe, in 24, 32, 48 Stunden das Auge unrettbar zu zerstören vermag, würde ich nun eine Heilung rapide nennen, wenn sie mindestens in eben dieser Zeit erfolgte. Das ist aber keinesweges der Fall; im vierten Falle war allerdings schon 24 Stunden nach der ersten Application einige Besserung wahrnehmbar, von Heilung aber auch selbst am neunten Tage noch nicht die Rede. Im günstigsten Falle, dem dritten (rheumatische Augenentzündung), erfolgte vollständige Heilung, bis auf wenige zurückbleibende Gefässstränge, in 11 Tagen, im ersten Falle (Ophthalmoblennorrhöe) in 22 Tagen, dagegen war im zweiten Falle nach 24 Tagen noch keine Heilung erfolgt. Hinsichts der Wiederholung der Application des *Plumb. acet.* räth Buys: „*Il ne faut revenir à une nouvelle application, que lorsque les traces de la première ont disparu ou du moins ont diminué considérablement.*" Heisst dies, die Wiederholung solle erst dann stattfinden, wenn die Spuren des Bleisalzes auf der Applicationsstelle, oder wenn der Schmerz und das Thränenträufeln verschwunden sind? Es ist wohl letzteres anzunehmen, denn Cunier, der diese Methode in der acut- und chronisch-katarrhalischen Augenentzündung, bei stark ausgesprochener capillärer Hypertrophie, Gefässwucherung der Conjunctiva, bei Anschwellung der Follikeln der Conjunctiva, bei skrophulöser Augenentzündung, selbst wenn damit Geschwüre der Hornhaut verbunden sind, bei *Ophth. gonorrhoica*, kurz bei allen Augenkrankheiten empfiehlt, in denen man bis jetzt *Argent. nitr.* angewendet hat (wie Schmidt's Jahrb. 1850. S. 25 mittheilen), sagt: „Geheilt ist der Zustand, wenn ausser Spuren des Bleisalzes etwas Krankhaftes nicht mehr wahrgenommen wird." Hiernach würde man also schon nach 1, $1\frac{1}{2}$, und längstens nach 3—4 Stunden wieder *Plumb. acet.* einstreichen müssen. Ich habe nur alle 24 Stunden

eingestrichen, und ist es möglich, dass ich deshalb die Kranken nicht *„rapidement guéri“* gesehen habe. Weitere Versuche mit bestimmter Angabe der Stunden, nach deren Verlauf das Mittel wiederholt angewendet worden ist, unter Hinzufügen der dadurch hervorgerufenen Erscheinungen, werden nach meinem Dafürhalten über die Häufigkeit der Application erst etwas Bestimmtes feststellen können. — Eins scheint mir aber noch wichtig, das ist, dass sich die Spuren der Anwendung des Bleisalzes so lange erhalten, und dass sich dasselbe auch an Stellen ansetzt, an denen es nicht unmittelbar applicirt ist. Hierdurch können Trübungen der Hornhaut erzeugt werden. Im dritten Falle war das *Plumb. acet.* nach zehntägiger Anwendung der *Tinct. opii croc.* resorbirt (die *Tinct. opii* aber wohl dabei unschuldig, da bekanntlich gerade nach Anwendung von bleihaltigen Augenwassern, denen Opium-Tinctur zugesetzt ist, auf Hornhautgeschwüren ein metallischer Niederschlag gebildet werden soll), im ersten nach gleicher Zeit, ohne dass etwas angewendet worden wäre, dagegen im zweiten nach 13 Tagen noch unverändert vorhanden. Wäre die Kranke länger in der Anstalt geblieben, so würde ich eine Solution von Chlornatrium dagegen angewendet haben, die auch Cunier, um solchen Niederschlag zu verhindern, öfters mit einer Lösung von essigsaurem Blei verbindet.

2. Perforirendes Magengeschwür.

Dass Magengeschwüre nicht mit Bestimmtheit diagnosticirt, sondern so lange sie nicht perforiren, nur mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit vermuthet werden können, ist allgemein bekannt. Demnach hat die Mittheilung von dergleichen beobachteten Fällen eigentlich keinen praktischen Nutzen, man müsste ihnen denn den Rath zufügen wollen, jede Cardialgie gleich derjenigen zu behandeln, die man als die Folge und Symptom eines Magengeschwürs ansieht, wobei sich aber sogleich herausstellen würde, dass ausser etwa ganz einfacher Diät eine wirksame Behandlung noch zu den frommen Wünschen gehört. Wenn ich nun trotzdem hier einige Fälle veröffentliche, so geschieht es in dem Glauben, dass das perforirende Magengeschwür hier weniger häufig vorzukommen scheint als in österreichischen Hospitälern beobachtet wird. So habe ich z. B. von den vom April 1843 bis Ende September 1850 in der städtischen Krankenanstalt 1890 Gestorbenen, von denen 1024 männliche und 866 weibliche waren, mindestens 1600 secirt, (von den nicht Secirten waren wohl die Hälfte solche, die an der Cholera gestorben waren; diese wurden, da eine ziemlich grosse Anzahl von Sectionen stets dasselbe Resultat gegeben hatte, nur noch secirt, wenn der Verlauf der Cholera irgend etwas besonderes dargeboten hatte,) aber das perforirende Magengeschwür bei circa 900 männlichen Leichen nicht einmal und bei circa 720 weiblichen nur 3 Mal gefunden. Nach allen Beobachtern sitzt das Geschwür häufiger an der hintern als an der vordern Wand, in den von mir beobachteten Fällen kam es stets an der vordern Wand vor, und nur einmal fanden sich zugleich mehrere Geschwüre an der hintern Wand. Ich füge dieser Krankengeschichte die eines Knaben bei, der an dem so seltenen Brand des Magens gestorben ist, welcher bei längerer Dauer wahrscheinlich in perforirendes Magengeschwür übergegangen wäre. Sämmtliche Fälle sind von mir nicht mit Epikrisen versehen worden, da diese sich für den Leser von selbst ergeben.

Die verwittwete Weiss, 44 Jahr alt, war bereits mehrmals an Cardialgie behandelt worden. Der Schmerz hatte etwas stetiges, seine Veranlassung war der Oertlichkeit nach in der Milz zu suchen, doch da die Milz nicht aufgetrieben, die W. dabei rothwangig, fleischig und scheinbar kräftig erschien, so wurde es, zumal ausser der Angabe des Schmerzes alle sonstigen rationellen Zeichen fehlten, nicht unwahrscheinlich, dass die W. simulire. Zuletzt war sie vom 5. Januar bis 16. Febr. wieder an Cardialgie behandelt und scheinbar geheilt entlassen worden. Es hatte sich dabei die Milz etwas vergrössert gezeigt und *Ammon. muriat. ferruginos.* vorzügliche Dienste geleistet. Am 22. Febr. kehrte sie mit fieberhaften gastrischen Beschwerden und Verstopfung, an der sie auch sonst häufig gelitten, in die Anstalt zurück. Sie erhielt *Ammon. mur.* mit *Magnes. sulphuric.* bis Ende des 25.; am 26. hatte sich bereits Typhus eingestellt, der die Verordnung von *Liq. chlori* und den 28. wegen sichtlichen Verfalles der Kräfte und sehr trockner Haut, die von *Camphor.* bedingte, bei gleichzeitiger Anwendung von Essigwaschungen und Wein innerlich. Noch an demselben Abend wurde zu *Camphor. Moschus* und *Ammon. carb.* übergegangen. Den 1. März wesentliche Besserung, die aber nur bis zum 5. anhielt, dann wieder trockne Haut, viel Stuhlgang, und sichtlich sich steigernder Collapsus, stets Delirien, Gesicht roth, kein Husten, Leib eingefallen, *Infus. radic. Arnic.* mit *Spirit. nitric. aeth.* Klystiere von *Acet. saturn.*; den 6. *Camphor.* mit *Mosch.* und *Chinin,* Sturzbad; den 7. dito. Vesicat. auf den Kopf, ohne alle Reaction. Ohne Husten und ohne Athembeschwerden deutete doch die dunkel blaurothe Gesichtsfarbe auf wesentliche Störung des Kreislaufes in den Lungen. Die Kranke konnte hinten gar nicht untersucht werden, vorn erkannte man durch das Stethoscop bronchitische Affection, Zunge, Lippen trocken, den 8. erfolgte der Tod.

Section nach 22 Stunden. Der Körper sehr abgemagert. Die ganze rechte Lunge und der untere Lappen der linken dunkel blauroth, zähe, bot Bronchialpneumonie dar. Das Herz war sehr welk, der linke Ventrikel leer, der rechte mit sehr dünnem Blute angefüllt. Milz normal, bei dem Herausnehmen derselben floss plötzlich aus dem Magen eine gelbe Flüssigkeit, und es zeigte sich bei der Untersuchung des Magens an der vordern Wand desselben, nahe der kleinen Curvatur und 3 Zoll von der Einmündung des Oesophagus entfernt, ein zweigroschenstückgrosses Geschwür mit ganz vernarbten callösen Rändern. Man konnte den Theil durch den dieses Geschwür zugelöthet gewesen, nicht auffinden, obgleich die enorm breite lange und sehr dünne blasse Leber es gewesen sein musste oder ein Theil des Netzes; auf der Schleimhaut des Magens fand sich noch eine Narbe von einem frühern Geschwüre und ein kaum linsengrosses folliculäres Geschwür. Die Mesenterialdrüsen nicht geschwellt, im Darm kein Geschwür, keine Schwellung irgend welcher Drüsenart. Nieren gesund.

Der Typhus hatte sich hier in den Lungen localisirt. —

D. K., Dienstmädchen, 20 Jahr alt, seit 5 Monaten nicht menstruirt, und angeblich seit drei Wochen häufig über Magenschmerz und Uebelkeit klagend, kam den 3ten Januar in die Anstalt. Sie fieberte sehr wenig, der Unterleib war etwas aufgetrieben, aber nur wenig schmerzhaft bei der Berührung, die Kranke war seit 8 Tagen verstopft. Ein Klystier sofort gegeben bewirkte keinen Stuhlgang, daher die Kranke zwei Esslöffel *Ol. Ricini* und darauf noch eine *Emulsio ricinosa* erhielt. Darnach trat reichlich dünner Stuhl ein, der Schmerz im Unterleibe liess aber nur wenig nach, concentrirte sich besonders in der Magengegend. Uebelkeit bestand stets bei reiner Zunge, — Erbrechen von Schleim erfolgte einigemal. Es wurden, da der Schmerz nicht entzündlich schien, *Aq. laurocerasi* gegeben am 4. Am folgenden Tage der Unterleib aufgetriebener, schmerzhafter, besonders in der Lebergegend und hier auch hart. Puls 110, klein, kein Erbrechen, jedoch viel Stuhlgang. 20 Blutegel auf den Unterleib, Eisaufschläge, Calomel mit Opium: ich glaubte Leberentzündung vor mir zu haben. Bis zum 8. Besserung, und da nun von 24 Gr. Calomel und den Einreibungen von *Ungnent. ciner.* in den ganzen Unterleib beginnender Ptyalismus eingetreten, so wurde *Tartar. natronat.* mit *Extract. aconit.* gegeben. Die Eisumschläge hatten gut gewirkt, der Leib war nicht mehr so aufgetrieben. Leider hatte die Wärterin diese Eisblasen auf den dringenden Wunsch der Kranken des Nachts entfernt. Wenngleich die Unterextremitäten durchaus nicht kühl, sondern mässig warm waren, auch das Gesicht keinen Collapsus zeigte, die Kranke nicht unruhig war, so blieb die Prognose doch schlecht, da der Puls klein und 120—130 Mal in der Minute schlug. Den 9. wieder mehr Schmerz in der Leber und in der linken Schulter; 15 Blutegel in die Lebergegend und wieder Calomel. Darnach erfolgten sehr viele Stühle, der Leib collabirte zwar etwas, die Percussion bekundete aber deutlich Exsudat in der Bauchhöhle. Das Erbrechen hörte auf, aber es fand viel Würgen statt. Calomel konnte nicht weiter gegeben werden, *Acid. hydrocyan.* erregte vermehrte Uebelkeit. Um die Resorbtion zu befördern, wurde Jodkali in *Infus. Senegae* gegeben; doch nach 24 Stunden trat der Tod Nachts vom 12. zum 13. ein, ohne dass vor der Agonie kalte Extremitäten oder Gesichtscollapsus sich gezeigt hätte.

Section nach 8 Stunden. Auf dem Peritonäum flüssiges, puriformes stinkendes Exsudat, ebenso auf dem Netz, welches über den ganzen *Tractus intestinor.* ausgebreitet, an der *Symphysis oss. pub.* angeheftet, sehr verdickt und an einzelnen Stellen sphacelös war; da wo es von dem Rande des linken Leberlappen bedeckt gewesen, war der Peritonäalüberzug der Leber sphacelös, doch die Entzündung auch etwa 1 Linie tief in das Gewebe der Leber gedrungen, und zeigte sich das Lebergewebe hier deutlich comprimirt und blutleer. Die seröse Haut des Darmkanals war von der Entzündung nicht ergriffen, sondern bleich, im kleinen Becken fand sich dagegen zwischen Rectum und Uterus ebenfalls reichlich jenes genannte Exsudat. Der Magen verdickt, — an seiner vorderen Wand zeigte sich ein zweigroschenstückgrosses perforirendes Magengeschwür mit dicken callösen Rändern, das von der Leber — ein zweites an der hintern Wand etwas weniger gross, das von dem anliegenden Pancreas zugelöthet worden war, ausserdem fanden sich an der hintern Wand des verdickten Magens, dessen ganzer Ueberzug gelb missfarbig war, noch drei sphacelöse fast gleich grosse Geschwüre, die bei der leisesten Berührung durchbrachen, — die sie nach aussen verschliessende Gewebsschicht war graugrünlich, ins schwärzliche spielend, ausserdem zeigten sich im Magen in grosser Ausdehnung, besonders an der grossen Curvatur, hämorrhagische Erosionen. Milz klein, comprimirt, der Ueberzug sphacelös vom Aufliegen des Netzes. Die rechte Lunge bot hinten theils Oedem theils Stase, vorn an einzelnen Stellen Engouement dar, die linke

ödematös, adhärirte am Zwerchfell. Im Herzbeutel reichlich Serum, der Ueberzug des Uterus an der hintern Fläche vom Collum bis zur Mitte des Körpers sphacelös, die Nieren gesund. —

Auguste B., Dienstmädchen, 25 Jahre alt, blond, wohlbeleibt, dem Anscheine nach kräftig, und stets gesund gewesen, nur seit den letzten 4 Monaten ohne bekannte Ursachen nicht menstruirt, vorher jedoch stets regelmässig, kam den 1. September 1850 in die städtische Kranken-Anstalt, weil sie angeblich seit 4 Wochen an Magenkrampf und Appetitlosigkeit litt, womit das Gefühl von Schwäche verbunden, ohne dass letzteres jedoch nach dem Aussehen und der Musculatur der Kranken irgendwie wahrscheinlich schien. Von Fieber war keine Spur vorhanden, die Zunge unbelegt, Stuhlgang regelmässig, der Unterleib schmerzlos, nur bei starkem Druck auf die Blasengegend, um den *Fundus uteri* wo möglich zu fühlen, bot sich eine geringe Empfindlichkeit dar. Die Kranke empfing eine Mixtur aus ℥ij *Ammon. muriat.* Ich sah die Kranke erst am 2. Sept. Abends, und fand sie in dem genannten Zustande. Da dieselbe bei weiterem Examen angab, auch seit 4 Wochen öfters an Erbrechen von Speisen gelitten zu haben, und bald im Becken, bald im Magen Schmerz zu haben behauptete, ferner die Möglichkeit nicht in Abrede stellte, seit 4 bis 5 Wochen, d. i. der Dauer ihrer Krankheit, schwanger sein zu können, so lag die Annahme, die sämmtlichen Beschwerden nur aus Schwangerschaft herzuleiten, nahe, die Exploration *per Vaginam* bestätigte dieselbe jedoch nicht positiv, doch konnte man sich dabei noch immer sagen, dass die Zeichen einer 4wöchentlichen Schwangerschaft noch höchst problematisch sind. Bis zum 4. blieb die Kranke nach Verbrauch der Mixtur ohne Arznei, und erhielt nun, da im Magen der Schmerz wieder stärker war, *Magist. Bismuth.* gr. ij, *Extract. nuc. vomic. spirituos.* gr. $\frac{1}{4}$, *Sacch. albi* ℈β. *Dos. octo.* Zweistündlich ein Pulver. Darnach verlor sich der Schmerz, um den 5. Abends wieder in geringem Grade und in krampfhafter Form im Uterus, verbunden mit Erbrechen und gesteigerter Appetitlosigkeit, aufzutreten. Schwangerschaft war, wie gesagt, das Wahrscheinlichste, es wurde daher in den Unterleib etwas *Extract. Belladonn.* eingerieben, und innerlich *Tinct. Colombo* gegeben, die mir bei dem Erbrechen der Schwangern oft mehr, als alle übrigen dagegen empfohlenen Mittel geleistet hat.

Den 6. und 7. befand sich die Kranke besser, und war stets ausserhalb des Bettes, hatte aber mehr Neigung, sich in demselben aufzuhalten. Am 8. Morgens 9 Uhr: Nach dem Frühstück, welches aus Milch bestanden, war wieder Uebligkeit, Würgen und Erbrechen eingetreten. Die Magengegend war wieder etwas empfindlich, und der ganze Leib ein wenig gespannt; der Puls, wie während der ganzen Zeit, so auch jetzt; auch nicht im mindesten fieberhaft. Es ergab sich, dass die Kranke es verschwiegen, dass seit fast 48 Stunden kein Stuhlgang eingetreten sei, weshalb sogleich ein eröffnendes Klystier gegeben wurde. Um 5 Uhr Abends hatte sich die Kranke, ohne dass dies von der Wärterin erkannt worden, wesentlich verändert. Drang zu Stuhl zu gehen, grünliches Erbrechen bereits mehrmals eingetreten, der Unterleib gespannter als Morgens und aufgetrieben, in seiner ganzen Ausbreitung und zumal in der Magengegend schmerzhaft; dieser Schmerz wurde bei der leisesten Berührung lebhaft gesteigert; die untern und obern Extremitäten kühl, die Haut derselben ohne Turgor, erdfarbig grau, schmutzig grün bläulich, wie im Stadium der Asphyxie der Cholera gefärbt, Puls mässig frequent, aber unterdrückt, klein, kaum zu fühlen, viel Durst, die Lippen dunkelbläulich, Gesichtsfarbe nicht auffallend verändert, einiger Collapsus aber wohl wahrnehmbar; Augen zumal etwas eingefallen, Pupillen erweitert; die Kranke, aufs höchste entkräftet und hinfällig, brach alles aus, was sie genoss. Es wurde Gastritis diagnosticirt; ein so heftiger Grad in so kurzer Zeit konnte aber nur durch besondere Verhältnisse herbeigeführt worden sein; ein scharfes Gift hatte bestimmt nicht eingewirkt, daher war es das Wahrscheinlichste, dass alle bisherigen Beschwerden ihre Veranlassung einem Magengeschwür verdankten, und dieses plötzlich perforirt sei. Die Prognose war die schlechteste, ein baldiger Eintritt des Todes zu befürchten. Es wurden sofort 20 Blutegel in die Magengegend gesetzt, eine Venäsection gemacht, *Ung. cinereum* mit Opium in den ganzen Unterleib eingerieben und innerlich Calomel gr. jβ mit Opium gr. j, *Sacch. albi*, 2stündlich ein Pulver verordnet, — doch vergebens, denn bald trat Agonie, Nachts 2 Uhr der Tod ein.

Section nach 8 Stunden. Die Organe der Brust waren sämmtlich gesund; im Unterleibe befand sich ziemlich reichlich seröse eiterige Flüssigkeit, nur hin und wieder mit dickerem, mehr plastischem Exsudat vermischt, letzteres befand sich etwas reichlicher auf der Serosa des ganzen Darmkanals verbreitet, dessen einzelne Windungen nur sehr locker mit einander verklebt waren. Die Oberfläche des Darmes war tief rosenroth gefärbt, die Seitenflächen desselben aber bleich. An der unteren Fläche des linken Lappens der Leber, dicht an seinem der Milz zugekehrten Rande fand sich der Ueberzug im Umfange fast eines Thalers entzündet, und durch Exsudat verdichtet, ganz ebenso beschaffen war eine mit diesem Theile der Leber correspondirende und von ihm bedeckt gewesene Stelle der vordern Wand des Magens, etwa 2 Zoll von der Cardia. Man erkannte hier sofort eine kaum $\frac{1}{2}$ Silbergroschen grosse Oeffnung, aus der etwas abgestorbenes Zellgewebe hing, übrigens war von hier aus die Serosa des Magens nur in geringem Umfange entzündet. Die Mucosa des Magens war frei von Entzündung, dagegen fand sich hier die Oberfläche jener Oeffnung, die etwas grösser, als ein halber Silbergroschen war, und trichterförmig verlief. Der Magen hatte hier eine Dicke von 3 Linien. Die Mündung und Seitenwandung dieses perforirenden Geschwüres war durchgehends glatt, blank, trocken, sichtlich mit Epithelium überzogen und vernarbt; zugleich liessen sich drei Kreislinien in dieser Narbe unterscheiden, ich möchte sagen, den Häuten des Magens entsprechend, wenn nicht die Serosa unvernarbt, sondern durchbrochen gewesen wäre. Leber, Milz, Nieren, Harnblase und der nicht schwangere jungfräuliche Uterus waren gesund.

3. Brand des Magens.

Albert Oelrich, 1 Jahr alt, noch Säugling, kam den 10. Aug. mit seiner an heftigem Durchfall leidenden Mutter in die Anstalt und sollte ebenfalls Diarrhöe haben. Er sah sehr bleich, aufgedunsen aus. Rothe Zunge, Aufgetriebenheit des Leibes, Fieber fehlten. Die Nacht über traten einige dünne übelriechende Stühle ein. Der Knabe erhielt *Aqua foeniculi* ℥jβ, *Mucilag. Salep* ℥j, *Liq. Ammon. anis.* gutt. xv, *Tinct. Opii* gutt. vj, *Syrup. emuls.* ℥β, stündlich 1 Kinderlöffel. Der Stuhlgang mässigte sich hiernach, und nachdem noch Einreibung in den Unterleib von *Ung. nervin.* angewendet worden, wesentlich, aber es trat den 15. Erbrechen ein, der Kranke mochte geniessen was es war. Dieses stete Erbrechen sprach für Magenerweichung, *Liq. ferr. oxydulat.* leistete so viel, dass den 17. kein Erbrechen — aber in der Nacht zum 18. unvermuthet der Tod eintrat.

Section. In allen Organen des Körpers nichts bemerkenswerthes, dagegen in dem etwas contrahirten Magen an der vorderen Wand 4 theils erbsengrosse, theils kleinere missfarbige Stellen, an denen die Schleimhaut deutlich sphacelirt war, von bräunlich schwärzlicher Farbe, in der Umgegend dieser Stellen Röthe — ecchymosenartig. Uebrigens war von Erweichung der Magenschleimhaut und einer Krankheit des übrigen Darmkanals nichts wahrnehmbar; und bemerke ich namentlich noch, dass Gehirntuberkulose fehlte, bei der, wie Rokitansky dargethan hat, die zweite der von ihm aufgestellten Form der Magenerweichung vorzugsweise vorkömmt, mit der der vorliegende Fall aber kaum einige Aehnlichkeit hatte; ebenso waren die brandigen Stellen nicht brandig gewordene Pseudomembranen.

Die chirurgische Klinik zu Erlangen im Wintersemester 1850—51.

Von

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt.

(Fortsetzung aus No. 17.)

5. *Operatio hydrocelis per excisionem.*

Friedrich Proll, 49 Jahr alt, ein sonst gesunder kräftig gebauter Mann litt seit 5 Jahren an einem Wasserbruch in der rechten Hälfte des Scrotums. Sein Vater hatte dasselbe Uebel gehabt und es unoperirt bis an sein im 86. Lebensjahr erfolgtes Ende behalten. Unser Patient erhielt einige Tage vor seiner Aufnahme ins Hospital einen Stoss wider das durch die Hydrocele bedeutend vergrösserte Scrotum, wodurch es sich unter heftigen Schmerzen besonders in der Gegend des rechten Leistenringes entzündete. Bei Ruhe im Bett und Bleiwasserüberschlägen schwand die Entzündung, die Schmerzhaftigkeit aber blieb zurück, wodurch veranlasst der Kranke sich zur Operation entschloss. Am 15. November wurde dieselbe vorgenommen, vorher aber das Uebel noch einmal einer genauen Untersuchung unterworfen. Das Scrotum war zwei Fäuste gross, stark gespannt, elastisch anzufühlen. Der linke Hode befand sich an der linken Seite der Geschwulst, der rechte war nach hinten verdrängt. Der Percussionston war durchgängig matt auf der Geschwulst, an der Leiste schnell heller und tympanitisch werdend. Nachdem der Kranke durch Chloroformeinathmung empfindungslos geworden, wurde die äussere Haut auf der oberen Parthie des Wasserbruchs durchschnitten. Sie zeigte eine ziemlich feste Verwachsung mit der Scheidenhaut, welche gegen die untere Spitze der Geschwulst dergestalt zunahm, dass daselbst durch den ersten Schnitt auch die Scheidenhaut getrennt und die Flüssigkeit entleert ward, welche trübe und mit grumösen, rothbraunen und grauen Ab-

lagerungen erfüllt war. Aus der Scheidenhaut, die sich sehr verdickt und entartet fand, wurde ein hinreichend grosses Stück excidirt, dann der obere Wundwinkel durch zwei Knopfnähte vereinigt, die übrige Wunde mit Heftpflasterstreifen zusammengezogen und kalte Ueberschläge gemacht.

Wie zu erwarten, war am vierten Tage, wo man den Verband abnahm, keine Vereinigung *per primam intentionem* weiter, als am oberen Wundwinkel eingetreten, aus welchem die Knopfnähte gelöst wurden. Die Wunde ward gereinigt und aufs Neue zusammengezogen. Fieber so wie örtliche Entzündung waren sehr gering gewesen. Indem von den Rändern her und aus der Tiefe reichliche Granulationen entstanden, schluss sich die Wunde innerhalb drei Wochen, so dass am 10. December der Operirte das Spital geheilt verliess.

6. *Exarticulatio digitis quarti.*

Heinrich Frank, 24 Jahr alt, ein kräftiger, gesunder Bauernbursche, seit zwei Jahren Soldat, verwundete sich am 31. December 1850 beim Holzspalten in der Art, dass er den vierten Finger der linken Hand aus einer Spalte des Holzes, in welcher er fest eingeklemmt war, herausriss und dadurch die Weichtheile von der ersten Phalange vollständig abschälte, so dass der Knochen blos lag und die Weichtheile zerfetzt an den oberen Phalangen hängen blieben. Da die Gefässe und Nerven durchschnitten, die Wundränder gequetscht und ungleich waren, so konnte theils keine Ernährung des Fingers, theils keine Vereinigung der Weichtheile gehofft werden, während auf der andern Seite bei einer solchen gerissenen Wunde wenigstens an die Möglichkeit eines Starrkrampfes gedacht werden musste. Unter solchen Umständen war der Finger nicht zu erhalten, daher exarticulirte ich ihn aus seiner Verbindung mit dem Metakarpalknochen, gab der Wunde vermittelst der Scheere gerade Ränder und vereinigte dieselben auf der oberen Fläche durch sechs Knopfnähte, den unteren Theil der Wunde, um Spannung zu vermeiden, offen lassend. Indem nichts als während der ersten drei Tage kalte Ueberschläge, später Handbäder von Seifenwasser angewandt wurden, heilte die Wunde gut, so dass der Operirte am 25. Januar entlassen werden konnte.

7. *Exarticulatio hallucis.*

Georg Dümmler, 37 Jahre alt, Maurergesell, von mässig starkem Körperbau, etwas magerem, blassem Aussehen, sonst aber von guter Gesundheit, bemerkte im Mai 1850 eine schmerzhafte Anschwellung der grossen Zehe am rechten Fuss, welche zunahm, im Juli an der äusseren Seite aufbrach und etwas Eiter entleerte. Den Winter über vermochte der Mann seiner Arbeit nicht mehr vorzustehen, konnte aber noch etwas gehen, als er am 18. März in hiesiger Klinik Hülfe suchte. Die grosse Zehe war unförmlich gross, geröthet; an ihrer äusseren und inneren Seite befanden sich Oeffnungen, aus denen wenig Eiter secernirt ward. Die Sonde drang leicht in dieselben ein, über rauhen, schwammig erweichten Knochen hinweg und kam auf der entgegengesetzten Seite wieder zum Vorschein. Da Caries der Phalangen unverkennbar vorhanden war, so konnte die Zehe nicht conservirt werden. Am 20. führte ich nach vorher eingeleiteter Chloroformanästhäse die Exarticulation derselben vermittelst der Ovalärmethode durch und vereinigte die Weichtheile durch mehrere Knopfnähte. Die erste und zweite Phalanx waren von Caries ergriffen, die Epiphyse an dem Metatarsalgelenk vollständig losgetrennt. Am 24., wo die Nähte gelöst wurden, fand sich beinahe die ganze Wunde *per primam intentionem* vereinigt. Am 6. April wurde D., da die Zehe vollkommen geheilt war, in seine Heimath entlassen.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Berliner Gesundheitspflege-Verein.

Erster Bericht,

vom 1. September bis 31. December 1850.

A. Bericht des ärztlichen Comité's.

Mit gegenwärtigem Berichte geben wir zum ersten Male Rechenschaft über die Thätigkeit des ärztlichen Comité's des am 1. Sept. 1850 in's Leben getretenen Berliner Gesundheitspflege-Vereins, sowie über die in demselben während des ersten Trimesters seines Bestehens beobachteten Krankheitsverhältnisse. Indem wir auf das Vereinsstatut vom 23. August 1850, sowie auf den Verwaltungsbericht des Vorstandes, welcher das Nähere über die Bildung des Vereins, sowie den Nachweis der Genossenschaften enthält, welche sich dem Verein seit seiner Begründung angeschlossen haben, begnügen wir uns mit einigen zum Verständniss des Berichts nothwendigen Bemerkungen. Der pro September aufgeführte Bestand begreift diejenigen Kranken, welche unmittelbar bei dem Anschluss an den Verein demselben von den einzelnen Genossenschaften übergeben worden sind. Ferner muss bemerkt werden, dass eine Anzahl kranker Maschinenbauer bei dieser Genossenschaft notirt ist, ohne dass die betreffenden Kategorien, denen sie angehören, der Mitgliederzahl dieser Genossenschaft zugerechnet ist, wodurch ein der Wirklichkeit nicht durchaus entsprechendes ungünstiges Krankheitsverhältniss sich bei der Berechnung herausstellt. Diese und ähnliche Mängel, welche in den Einrichtungen verschiedener Krankenkassen, wie andere, welche in der bisherigen Form der Berichterstattung ihren Grund haben, werden schon im nächsten Berichte erledigt sein.

I. *a*) Die Zahl der Genussberechtigten hat betragen:

im September . . 7340
im October . . . 7942
im November . . 9589
im December . . 9422

d. h. in jedem Monat durchschnittlich 8573.

b) Die Krankenzahl hat betragen:

Im Monat:	Durch Bestand vom vorigen Monate:	Durch Zugang an neuen Erkrankungen:	Also Krankheitsfälle überhaupt:
September	230	531	761
October	188	432	620
November	188	831	1019
December	297	700	997
Summa	903	2494	3397

Aus einer Vergleichung der Krankenzahl mit der Zahl der Genussberechtigten ergiebt sich folgende Uebersicht der Procentsätze des Krankheitsverhältnisses. Es haben betragen:

Im Monat:	Die neuen Erkrankungen:	Die Krankheitsfälle überhaupt:
September . . .	7,19 pCt.	10,36 pCt.
October . . .	5,42 pCt.	7,80 pCt.
November . . .	8,66 pCt.	10,63 pCt.
December . . .	7,43 pCt.	10,58 pCt.
Im Trimester . .	7,27 pCt.	9,91 pCt.

II. Rechnet man die pro September übergebenen Kranken zu den während des Trimesters vorgekommenen neuen Erkrankungen hinzu, so ergiebt sich, dass während desselben im Ganzen 2724 Individuen ärztlich behandelt worden sind. Von diesen sind im Ganzen 2449 entlassen, und zwar als:

Im Monat	Geheilt:	Gebessert:	Ungeheilt i. e. invalide.	Weggeblieben:	In ein Spital:	Gestorben:	Summa:
Sept.	482	23	—	25	36	7	573
Octbr.	354	28	—	14	34	2	432
Novbr.	624	32	—	30	31	5	722
Decbr.	630	36	1	20	28	7	722
Summ.	2090	119	1	89	129	21	2449

so dass pro 1. Januar 1851 ein Bestand von 275 verbleibt.

Unter den Gebesserten sind notirt: Tuberkulose 50, *Morbi cordis* 7, chronische Krankheiten der Respirationsorgane 12, der Unterleibsorgane 6, des Nervensystems 6, Alkoholintoxication 2.

Als unheilbar: eine Quetschung des rechten Hüftgelenks nach zwölfmonatlicher Behandlung (ein Seidenwirker, 64 Jahre alt).

Von den Weggebliebenen ist der grössere Theil (ungefähr $^2/_3$) durch Wohnungswechsel in Behandlung anderer Vereinsärzte übergegangen; von dem andern Theil sind einige in ihre Heimath zurückgekehrt, die übrigen überhaupt fortgeblieben.

Von den 129 nach einem Spitale Geschickten waren: Primäre Syphilis 2, secundäre Syphilis 5. Venerische Blennorrhagien 5, Scabies 16, *Vulnus manus* 3, *Vulnus bulbi penetr.* 1, Entzündungen der Respirationsorgane 7, *Catarrh. bronch.* 1. Tuberkulose 13, *Febr. gastr.* 7. *Febr. intermitt.* 2, Rheumatismen 6, idiopathische Drüsenanschwellungen 1, Chronische Hautkrankheiten 1, Zellhautgeschwüre 1, Ophthalmien 2, Typhus 7, Cholera 3, Alkoholintoxication 5, Variola 20, Nervenkrankheiten 4, Knochenkrankheiten 4, Chronische Angina 1, Stomacace 1. Gehirnleiden 2, *Hydrops patell.* 1, Leberleiden 2, Erfrierung der Füsse 1, Mania 1, Dysenterie 1, *Diagnosis incerta* 3.

Die 21 Todesfälle waren bedingt durch: Tuberkulose 11, Alkoholintoxication 2, Cholera 2, Pleuritis 1, Pneumonie 1, Apoplexie 1, *Febr. gastrica* 1, *Aneurysma poplit.* 1, *Hern. inguin. incarc.* 1.

III. Bei Unterscheidung der Krankheitsarten ergaben sich folgende Data:

Es waren notirt an:	Sept. Bestand.	Sept. Zugang.	Oct. Bestand.	Oct. Zugang.	Nov. Bestand.	Nov. Zugang.	Dec. Bestand.	Dec. Zugang.	Summe.
Primäre Syphilis	4	8	1	7	2	7	4	7	40
Constitutionelle Syphilis	8	8	10	13	9	10	9	5	72
Venerische Blennorrhagien	26	33	17	33	15	40	20	21	205
Scabies	—	7	1	8	—	3	1	5	25
Schwere Verletzungen	3	8	3	9	10	28	23	13	97
Leichte Verletzungen	5	33	5	20	4	76	20	67	230
Magen- und Darmüberladungen	2	32	2	17	1	28	—	20	102
Entzündungen der Respirationsorgane	4	14	1	18	3	45	13	61	159
Bronchialkatarrhe	12	38	7	34	6	75	17	82	271
Katarrhe des Nahrungskanals	13	47	4	48	8	54	8	57	239
Angina	3	7	1	11	3	19	3	18	65
Tuberculosis	36	19	34	16	33	44	47	40	269
Febris gastrica	8	15	3	6	3	26	11	13	85
„ *intermittens*	5	9	3	8	3	31	10	7	76
Rheumatismen	18	36	14	29	14	79	23	55	268
Idiopathische Drüsenanschwellungen	3	7	2	11	6	23	3	7	62
Chronische Hautkrankheiten	9	11	14	15	9	26	10	12	106
Zellhautgeschwüre	9	31	11	17	6	38	12	32	156
Hämorrhoidal-Beschwerden	4	14	4	12	4	34	10	21	103
Augenentzündungen	4	25	3	19	6	34	6	23	120
Gehirncongestionen	1	12	4	6	—	12	2	8	45
Chron. Krankheiten d. Respirationsorgane	4	3	1	6	3	2	4	1	24
Chronische Herzkrankheiten	1	6	3	2	5	4	4	2	27
Chronische Unterleibskrankheiten	8	13	6	2	6	11	9	5	60
Typhus	2	6	4	5	7	2	3	—	29
Cholera	2	11	1	3	—	—	—	—	17
Cholerine	4	22	—	3	—	—	—	—	29
Dysenterie	2	6	2	2	1	—	—	1	14
Variola	2	9	1	9	2	20	—	19	62
Acute Exantheme	1	1	—	3	—	3	3	—	11
Alkoholintoxication	1	3	1	4	1	5	1	8	24
Bleiintoxication	1	—	—	2	1	—	1	2	7
Nervenkrankheiten	6	10	—	—	5	12	8	10	51
Krankheiten des Knochensystems	6	2	—	—	3	1	2	—	14
Abscesse und Furunkeln	5	4	1	10	1	7	1	11	40

Ausser den 3204 specificirten Fällen sind noch zu bemerken 17 mit unbestimmter Diagnose; wegen der sonst bemerkenswerthen Fälle wird auf den Bericht über die Consultationsstunde verwiesen, in welcher 42 neue Fälle vorgestellt wurden; ausserdem 1 Geisteskranker.

Unter den schwer Verletzten hatten 7 Individuen Knochenbrüche (*Fract. humeri* 1, *proc. coracoid.* 1, *ulnae* 1, *antibrachii* 1, *digiti* 1, *femoris* 1, *costarum* 1), 2 Luxationen des Handgelenks, 16 schwere Wunden (darunter 3 penetrirende Augapfelwunden, in einem Falle mit *Collapsus bulbi*, in einem andern mit Verletzung des oberen Augenlides, 1 Hiebwunde im Kniegelenk, 3 Kopfwunden, 2 Verwundungen der Hand mit Verlust von Phalangen der Finger) und 35 Quetschungen (darunter 20 Quetschungen der Hand mit Verletzungen theils der Weichgebilde, theils der Knochen, in 6 Fällen mit Verlust von Phalangen der Finger, 8 Quetschungen des Fusses, 1 Quetschung des Hüftgelenks, 1 des Hodensacks, 1 des Perinäum mit consecutiver Hämaturie und 1 Quetschung der Wirbelsäule mit Commotion des Rückenmarks). — Die in Folge von Verletzungen nöthigen Operationen waren: eine Amputation eines Fingers, eine Amputation eines Metacarpalknochens und eine Resection einer Zehe.

Unter den Nervenkrankheiten sind zu bemerken: chronisches Gehirnleiden 2 (1 Schneider, 1 Droschkenkutscher), chron. Rückenmarkskrankheit 2 (1 Maschinenbauer, 1 Schuhmacher), acute Rückenmarksleiden 2 (1 Drechsler, 1 Fabrikarbeiter), Hypochondrie 6 (3 Schuhmacher, 1 Buchbinder, 1 Maler, 1 Uhrmacher), Hysterie mit Hallucinationen 1 (1 Schuhmacher), Hallucinationen des Geruchs 1 (1 Seidenwirker), Neuralgien 2 (1 Schlosser, 1 Handschuhmacher), Trismus 1 (1 Schuhmacher), Epilepsie 4 (1 Schneider, 1 Schuhmacher, 1 Drechsler, 1 Unmittelbarer).

In der Gesammtzahl der Kranken sind diejenigen Individuen, welche Bandagen und Brillen erhielten, nicht inbegriffen. Nachstehende Berichte enthalten das Nähere.

Bruchbänder.

In den vier Monaten (September, October, November, December) stellten sich 42 Patienten zur Erlangung von Bandagen vor, und zwar im September 8, October 10, November 3, December 21. Von diesen erhielten 34 neue, 6 Reparaturen ihrer alten (mit in den Verein gebrachten) Bruchbänder und 2 Suspensorien (1 ledernes und 1 leinenes). Die Suspensorien erhielten 2 Maschinenbauer (1 M.-Schlosser mit *Varicocele sin.* und 1 M.-Schmidt mit einem enormen, zum Theil adhärenten doppelten Scrotalbruch). — Die Brüche waren sämmtlich äussere Leistenbrüche, unter ihnen 15 scrotale. Die Oertlichkeit derselben versinnlicht folgendes Schema, das nach den Gewerken geordnet ist.

Leistenbrüche bei:		rechtsseitig:	linksseitig:	doppelt:
9 Maschinenbauern	Schlosser	—	3	1
	Schmiede	1	1	2
	Arbeitsm.	1	—	—
6 Schlossern		2	—	4
5 Seidenwirkern		2	1	2
4 Schneidern		3	1	—
3 Buchbindern		2	—	1
2 Dachdeckern		—	1	1
2 Drechslern		—	1	1
2 Kattundruckern		1	1	—
1 Schuhmacher		—	1	—
1 Droschkenkutscher		1	—	—
1 Müller		1	—	—
1 Vergolder		—	1	—
1 Messerschmied		1	—	—
1 Goldschmidt'schen Fabrikarb.		1	—	—
1 Engel'schen Fabrikarb.		—	1	—

Mithin waren 16 Brüche rechtsseitig, 13 Brüche linksseitig und 12 doppelte. In diesen letzten Fällen trat der Bruch bei 3 rechts, bei 2 links zuerst vor, während die Anamnese in den übrigen Fällen den Ort des primären Auftretens dunkel liess; einer wollte indess den Bruchaustritt auf beiden Seiten zugleich beobachtet haben. — Als örtliche Complication ist in 2 Fällen eine ziemlich bedeutende Varicocele notirt: bei 1 Seidenwirker auf der Bruchseite (der linken), und bei 1 Maschinenbauer-Arbeitsmann auf der entgegengesetzten Seite (*Hernia inguin. dextr. c. Varicocele sin.*) — Nur 4 Brüche waren frisch entstanden (vor 4—14 Tagen); die meisten (10) bestanden seit 2—4 Jahren; 8 seit $\frac{1}{4}$—1 Jahr; bei 9 wurde eine mehr- (6—8) wöchentliche Dauer angegeben; 5 hatten Brüche seit 10—17 Jahren und desgleichen 5 seit der Kindheit. — Erbliche Anlage wurde bei 12 genannt. 8 Arbeiter hatten sich bei oder unmittelbar nach ihrer Beschäftigung den Bruch zugezogen, und zwar: 3 Schlosser durch Heben von eisernen Kasten, Schienen, eisernen Achsen — 1 Schmied durch Fall auf den Rücken mit schwerer Last — 1 Schlosser und 1 Schmied durch Anprallen eines Eisenstücks auf die Leistengegend — 1 Kattundrucker durch Fehltreten vom Tritt — 1 Buchbinder vom Bücherpressen. Bei 1 Schneider entstand eine Hernie nach heftigen Hustenanfällen. Die übrigen (32) wussten die Ursache gar nicht oder nicht genau anzugeben. — Von den 40 Herniosen war einer 20 Jahre — 7 zwischen 20 und 25 — 12 zwischen 25 und 30 — 7 zwischen 30 und 35 — 3 zwischen 35 und 40 — 3 zwischen 40 und 45 — 4 zwischen 45 und 50 — ferner 1 (ein Kattundrucker) 57 Jahre alt — 1 (ein Seidenwirker) 63 und 1 (ein Maschinenbauer-Schmied) 76 Jahre alt. 20 waren verheirathet, 20 nicht.

Brillen.

	erhielten Brillen:	hiervon presbyopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:	myopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:	asthenopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:
Schneider	21	15	20—62	11—60	—	—	—	6	20—44	20—60
Schuhmacher	11	4	29—54	12—60	3	20—22	18 u. 19	4	22—42	20—45
Schlosser	7	6	38—52	12—50	—	—	—	1	32	13
Seidenwirker	17	14	35—68	10—60	—	—	—	3	20—34	20—60
Drechsler	4	4	28—32	14—30	—	—	—	—	—	—
Buchbinder	3	1	32	40	1	28	13	1	27	l. 50 r. 60
Kattundrucker	3	2	47 u. 54	14 u. 15	1	31	28	—	—	—
Buchdrucker	1	—	—	—	—	—	—	1	39	36
Goldarbeiter	1	—	—	—	—	—	—	1	30	40
Posamentiere	1	1	67	11	—	—	—	—	—	—
Messerschmiede	1	—	—	—	—	—	—	1	30	11
Unmittelbare	2	2	46 u. 51	18 u. 25	—	—	—	—	—	—
Maschinenbauer	3	2	47 u. 62	8 u. 60	—	—	—	1	35	40
Im Ganzen	75	51	20—68	8—60	5	20—31	13—28	19	20—44	11—60

Bemerkungen. 1) Unter den Presbyopischen sind 2 mit *Cataracta incipiens* notirt, 1 Schuhmacher und 1 Schlosser (convexe Brillen No. 19 und 40).

2) Bei einem Presbyopen erforderte das linke Auge No. 20, das rechte No. 24.

3) In einem Falle war links Presbyopie, rechts Myopie.

4) Von den Asthenopen erhielten nur 2 blaue Brillen, da bei der Complication mit Presbyopie, die sich in 17 Fällen vorfand, die Dämpfung durch das blaue Licht nicht vertragen wird.

IV. Die Unterscheidung der Krankheitsfälle und Krankheitsarten nach den einzelnen Gewerksgenossenschaften ergiebt folgende Data. Es hatte:

Die Genossenschaft der	Zahl der Krankheitsfälle: im September.	im October.	im November.	im December.	in Summa.	Procentsatz der Krankheitsfälle.	Davon entfallen auf: Primäre Syphilis.	Constitutionelle Syph.	Vener. Blennorrhagien.	Scabies.	Schwere Verletzungen.	Leichte Verletzungen.	Tuberculosis.	Chron. Hautkrankh.	Alkoholintoxication.	Mineralische Intoxic.
Schneider	144	118	136	141	539	7,97	6	15	55	8	—	15	60	18	—	—
Schuhmacher	122	105	103	102	432	10,97	9	25	40	4	3	21	35	9	4	—
Schlosser	149	121	107	107	484	11,67	3	1	28	1	16	47	40	15	3	—
Seidenwirker	74	70	74	65	283	8,48	3	—	12	—	8	4	24	10	4	—
Drechsler	42	42	52	45	181	13,71	1	4	15	2	8	14	15	9	1	—
Droschken-K.	13	10	13	27	63	4,63	2	1	—	—	—	2	4	1	1	—
Buchbinder	29	22	28	28	107	7,75	6	1	5	2	—	4	2	4	—	—
Kattundruck.	16	9	15	19	59	6,27	—	1	2	—	—	1	8	8	—	—
Buchdrucker	25	22	33	22	102	11,72	2	9	9	—	4	2	8	8	—	—
Goldarbeiter	17	13	10	15	55	7,13	—	3	5	1	3	1	6	6	—	—
Posamentiere	8	6	9	4	27	5,15	—	1	3	—	—	—	2	2	—	—
Handschuhm.	12	5	6	6	29	6,80	1	5	2	—	—	—	1	—	—	—
Messerschm.	4	3	3	1	11	3,48	2	—	2	—	1	1	1	1	—	—
Müller	10	5	7	9	31	12,00	1	—	—	—	1	4	1	1	—	—
Maler	10	10	7	5	42	13,25	—	—	7	—	—	3	3	—	—	4
Dachdecker	5	1	6	5	17	9,44	—	—	2	—	2	2	—	—	1	—
Steinsetzer	3	2	4	1	10	3,70	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—
Steinmetze	9	5	9	5	28	14,35	2	—	2	—	1	1	2	—	—	—
Mechaniker	2	2	—	—	4	2,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vergolder	3	1	2	3	9	5,08	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—
Uhrmacher	9	1	1	4	15	12,93	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—
Schriftgiesser	2	—	3	2	7	5,83	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—
Friseure	2	3	1	1	7	4,79	—	—	1	1	—	—	4	1	—	—
Henniger's F.	3	1	—	3	7	7,00	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Goldschm. F.	2	3	4	4	13	9,70	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Seid. Knopfm.	2	3	4	1	10	7,04	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cigarrenarb.	10	6	6	5	27	11,74	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Unmittelb. M.	19	16	12	9	56	10,77	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—
Unmittelb. Fr	12	11	10	14	47	10,93	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Engel's Fabr.	3	3	6	3	15	11,90	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Maschinenb.	—	1	328	341	670	15,37	2	2	10	4	18	101	49	7	10	3
Summa	761	620	1019	997	3397	9,91	40	72	205	25	97	230	269	106	24	7

V. Die Kranken, unterschieden in Stationäre und Ambulatorische, waren:

Im Monate:	Stationär:	Ambulatorisch:	Ueberhaupt:
September	201	560	761
October	200	420	620
November	373	618	991
December	351	619	970
In Summa	1125	2217	3342

VI. In Betreff der durch Erkrankung bedingten Arbeitsunfähigkeit sind folgende Data notirt. Es waren arbeitsunfähig (laut Attest):

Im Monat:	Von den Stationären. Personen:	In Tagen:	Von den Ambulatorischen. Personen:	In Tagen:
September	183	2271	140	1718
October	193	2025	125	1482
November	353	4591	215	2068
December	338	4873	199	2675
In Summa	1067	13760	679	7943
	679	7943		
Also im Ganzen	1746	21703		

Berlin, den 1. Mai 1851.

Das ärztliche Comité des Berliner Gesundheitspflege-Vereins.

Dr. *Neumann*, Vorsitzender.

B. Bericht des Vorstandes.

Der Berliner Gesundheitspflege-Verein trat auf Grund des Statutes vom 23. August 1850 am 1. Sept. ej. in's Leben. Er umfasste sofort 7340 Personen, welche 31 Genossenschaften angehören, da die in dem untenstehenden Verzeichniss unter No. 9 verzeichneten Buchdrucker in zwei Vereinigungen zerfallen. Mit dem 1. Oct. vergrösserte sich die Zahl der Cigarrenarbeiter, welche im ersten Monat ausschliesslich aus Arbeitern der Hirschfeld'schen Fabrik bestanden, durch den Zutritt der Arbeiter der Kohlweck'schen und der Prätorius'schen Fabrik; am 1. Nov. aber trat die General-Krankenkasse der Maschinenbauer bei, so dass, am Schluss des Jahres 1850, 34 Genossenschaften durch den Berliner Gesundheitspflege-Verein ärztliche Hülfe und Arzneimittel empfingen.

Als Vereinsärzte traten sofort bei Gründung des Vereins die Herren Dr. Abarbanell, Dr. Carl Hoffmann jun., Dr. Leubuscher, Dr. Jul. Meyer, Dr. Neumann, Dr. Parow, Dr. Riess, Dr. J. Waldeck und Dr. Würst ein. Der Beitritt der General-Krankenkasse der Maschinenbau-Arbeiter machte indess die sofortige Bildung eines neuen Reviers in der Oranienburger Vorstadt nothwendig, für welches der Hr. Dr. Stich gewählt wurde. Zu gleicher Zeit wurden die Herren Dr. Liebert in Charlottenburg und Dr. Falkenthal in Moabit als Hülfsärzte des Vereins für die in Charlottenburg und Moabit wohnhaften Mitglieder der General-Krankenkasse bestellt.

Als Vorsitzender des Vereins wurde zunächst Hr. Goldarbeiter Drose gewählt, an dessen Stelle aber schon mit dem 15. Oct. 1850 der Unterzeichnete trat. Der Vorstand besteht seitdem aus den Herren Goldarbeiter-Altgehülfe Schütz, Goldarbeiter Schley, Schlosser und Maschinenbauer Rottmann, Messerschmied-Altgehülfe Lissowsky und dem Vorsitzenden.

Die finanziellen Verhältnisse des Vereins ergeben sich aus dem Kassenabschluss, der eine Gesammtausgabe von 1850 Thlr. 19 Sgr. 4 Pf. nachweist.

Verzeichniss der Genussberechtigten nach den verschiedenen Genossenschaften.

Genossenschaft.	Septbr.	Octbr.	Novbr.	Decbr.	Summa.
1. Schneider	1493	2059	1740	1719	7011
2. Schuhmacher	1009	1012	998	918	3937
3. Schlosser	1043	1039	1034	1031	4147
4. Seidenwirker	862	865	804	804	3335
5. Drechsler	322	322	338	338	1320
6. Droschkenkutscher	340	340	340	340	1360
7. Buchbinder	373	374	307	326	1380
8. Kattundrucker	250	250	220	220	940
9. Buchdrucker	221	217	221	211	870
10. Goldschmiede u. Graveure	195	197	195	184	771
11. Posamentiere	130	140	136	118	524
12. Handschuhmacher	108	107	107	104	426
13. Messerschmiede	79	79	79	79	316
14. Müller	63	63	64	60	250
15. Maler	77	82	82	76	317
16. Dachdecker	50	50	40	40	180
17. Steinsetzer	76	74	74	46	270
18. Steinmetze	54	50	49	42	196
19. Mechaniker	50	50	50	50	200
20. Vergolder	50	49	39	39	177
21. Uhrmacher	29	26	28	33	116
22. Schriftgiesser	30	30	30	30	120
23. Friseure	38	36	36	36	146
24. Henniger'sche Fabr.	25	25	25	25	100
25. Goldschmidt'sche Fabr.	37	35	34	28	134
26. Seidenknopfmacher	32	31	39	40	142
27. Cigarrenarbeiter	23	68	73	66	230
28. Unmittelbare Männer	144	135	119	122	520
29. Unmittelbare Frauen	100	102	111	117	430
30. Engel'sche Fabr.	37	35	32	22	126
31. General-Krankenkasse d. Maschinenbau-Arbeiter	—	—	2145	2158	4303
Summa	7340	7942	9589	9422	34293

Kassenabschluss für September, October, November, December.

Einnahme.

Beiträge der Genussberechtigten	1731 Thlr.	28 Sgr.	— Pf.
Aufnahmegebühr	11 „	5 „	— „
Latus	1743 Thlr.	3 Sgr.	— Pf.

Transport	1743 Thlr.	3 Sgr.	— Pf
Für Legitimationskarten, Krankenscheine, Pläne und Statuten	8 „	13 „	6 „
Vorschuss vom ersten Quartal entnommen	99 „	2 „	10 „
	1850 Thlr.	19 Sgr.	4 Pf.
Ausgabe.			
Für Arzneien in Berlin, Charlottenburg und Moabit	658 Thlr.	4 Sgr.	3 Pf.
Für Mineralwasser	33 „	15 „	— „
Für Bäder	26 „	— „	— „
Für Blutegel	18 „	2 „	— „
Für Bruchbänder	53 „	5 „	— „
Für Brillen	30 „	22 „	6 „
Honorar dem Comité der Aerzte	865 „	3 „	1 „
Für chirurgische Hülfsleistungen	54 „	2 „	6 „
Für den Druck von Statuten, Krankenscheinen, Legitimationskarten und Bezirkseintheilungen	42 „	— „	— „
Für Inventariumstücke	30 „	10 „	— „
Für Lokalmiethe, Gehalt des Boten und laufende Verwaltungskosten	39 „	15 „	— „
	1850 Thlr.	19 Sgr.	4 Pf.
Bilance.			
Passiva: Vorschuss vom 1. Quartal 1851 entnommen	99 Thlr.	2 Sgr.	10 Pf.
Activa: Bestand an Inventarium und Drucksachen	40 „	— „	— „
Deficit	59 Thlr.	2 Sgr.	10 Pf.

Der Vorstand des Berliner Gesundheitspflege-Vereins.
Runge, Vorsitzender.

Personalien.

Personalveränderungen. Sachsen. Dr. F. H. Lessing, Hausarzt in der Irrenanstalt zu Sonnenstein, ist zum Director derselben befördert worden. Bezirksarzt Dr. Oehler in Krimmitzschau, Commandant der Communalgarde daselbst in den Maitagen 1849, und in Haft, ist begnadigt worden.

Würtemberg. Dem Kreis-Med.-Rathe Dr. Härlin zu Ulm ist der Titel und Rang eines Ober-Med.-Rathes verliehen worden.

Todesfälle. Baiern. Die Physikatsärzte DD. K. W. Schmidt in Güggingen, Krämer in Tegernsee (auch Badarzt zu Kreuth), G. Ch. Meinel in Lauf (quiescirt, 79 J.): Bat.-Arzt Dr. Waltenberg in München.

Freie Städte. Dr. Buch zu Frankfurt a. M., 73 J.

Grossh. Hessen. Physikatsarzt Dr. L. Buff in Battenberg.

Mecklenburg. Dr. Nevermann zu Plau.

Oesterreich. Dr. F. Biehele, Mitglied der medicinischen Facultät in Wien, 79 J.

Würtemberg. Dr. Sehnurrer in Schorndorf.

Frankreich. Dr. Mérat in Paris, Mitgl. der Acad. de Méd.

Grossbritannien. Dr. Mackness zu Hastings, Schriftsteller.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

(Fortsetzung aus No. 18.)

9. Specielle Pathologie und Therapie.

a. Krankheiten des Nervensystems.

Bernhardi, Heilung des *Delirium tremens* durch Eisen. Pr. Vereins-Ztg. No. 6.

Blasius, Ueber Stabilität der Theile und Stabilitäts-Neurosen. Vierordt's Arch. 2.

Brunhoff, Drei Fälle von Hydrorrhachis. Deutsche Klinik No. 8 u. 14.

Cerise, Briefe über Neurosen. L'Union 5 u. 8.

Chamberlaine, Allgemeine Paralyse von Abscessen im Cerebellum. Americ. Journ., Jan.

Cheneau, Beziehungen der Chorea zum acuten Gelenkrheumatismus und zu Herzkrankheiten. L'Union 15.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Clemens, *Carcinoma cerebri.* Deutsche Klinik No. 13.

— *Spasmi sutorum.* Ibid. No. 2.

Colton, Chronische Arachnitis; Paralyse und Tod. Dubl. Press No. 629.

— *Otitis interna* — *Meningitis* — *Phthisis.* Ibid. No. 627.

Cruveilhier, Ueber acute *Meningitis cerebro-spinalis.* Gaz. d. hôp. 1.

Davarre, Ueber die Beziehungen der Chorea und anderer convulsivischer Krankheiten zum Rheumatismus und zu Herzleiden. Ibid. 3.

Delasiauve, Ueber die gangränöse Erweichung der Basis des grossen und kleinen Gehirns bei einem an allgemeiner Paralyse leidenden Individuum.

Guerard, Hydrocephalus mit Jodkali behandelt. Americ. Journ., Jan.

Hauner, Zwei Fälle von Gehirnapoplexie bei ganz kleinen Kindern. Deutsche Klinik No. 15.

Kennedy, Ueber eine functionelle Affection der Spina. Dublin med. Press No. 626.

— Ueber einige Formen der Paralyse bei Kindern. Rev. méd.-chir., Febr.

Kremling, Tetanus in Folge von Branntweingenuss. Hann. Corr.-Bl. 16.

Landouzy, Ueber die Exaltation des Gehörs bei Paralyse des *Nervus facialis.* Gaz. méd. de Paris 6.

Leclerc, Allgemeine Paralyse bei einer Frau; Cauterisation; Heilung. L'Union 6.

Malgaigne, Ueber einige neuerlich angewandte Behandlungsweisen der Ischias Rev. méd.-chirurg., Jan.

Moll, Gehirnaffection bei einem Knaben. Deutsche Klinik No. 4.

Parker, Beiträge zur Pathologie des Nervensystems. Med. Times, Jan.

Pellarin, Ueber die Seekrankheit. Rev. méd., Jan.

Redfern, Fall von Hydrophobie. Monthly Journ., Febr.

Romberg, 1) Krankheit an der *Basis cerebri;* 2) Kopfschmerz und Weichselzopf. Deutsche Klinik No. 11.

— Mittheilungen aus dessen Klinik: Epilepsie. Ibid. No. 16.

Rüther, Wirkung des Blitzes. Pr. Vereins-Ztg. No. 9.

Sanderet, Fall von Hydrophobie, Behandlung mit der d'Héricourt'schen Wurzel. L'Union 16.

Sandras, Ueber chronische Krankheiten und namentlich nervöse Affectionen. Ibid. 5.

Spangenberg, Wasserscheu nach einem Bisse eines gereizten Hundes. Pr. Vereins-Ztg. No. 1.

Struthers, Fall von Hydrophobie. Monthly Journ., Jan.

Swéron, Chlorose mit halbseitiger Lähmung verbunden. Journ. de Brux., Jan.

Todd, Ueber Fälle von Gehirnerscheinungen ohne Gehirnverletzung. Lond. Gaz., Jan.

Traill, Fall von Tumor in dem mittleren und vorderen Lappen des Gehirns. Monthly Journ., März.

Williams, Ueber krankhafte Verstimmungen des Nervensystems. Lond. Gaz., Jan.

Wilson, Fall von Hydrophobie. Americ. Journ., Jan.

Sonnabend, № 21. 24. Mai 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber Froschgeschwulst.

Von

Dr. Albert Haller

in Dorpat.

Es haben sich seit Alters mehr und mehr Beobachtungen von Geschwülsten unter der Zunge gehäuft. Dass diese Geschwülste nicht alle einer und derselben Art waren, lässt sich schon *a priori* annehmen, wie es sich bei einiger Kritik der aufgezeichneten Fälle und der aufgestellten Ansichten noch deutlicher herausstellen wird. Eine gewisse Art dieser Geschwülste sind wir gewohnt, unter dem Namen *ranula*, Fröschlein, zusammenzufassen.

Der älteste Name für ähnliche Affectionen ist der in den Hippokratischen Büchern *περὶ νούσων* [1]) vorkommende Ausdruck *hypoglossis*. Die späteren Griechen verliessen denselben indessen und bedienten sich der Namen *βάτραχος, βατράχιον* [2]), die noch im Mittelalter in das lateinische *rana, ranunculus, ranula*, später auch in das deutsche Frosch, Fröschlein und das französische *ranule, grenouillette* übertragen wurden. Die Engländer scheinen nach Justamond [3]) keinen eigentlichen Namen dafür zu haben, indem sie sich nur des Wortes *ranula* bedienen. Eben diese Namen sind bis auf die neueste Zeit beibehalten worden, obgleich es keineswegs klar ist, warum sie gewählt worden sind.

Die Erklärungen dieses Namens sind zwar in mancher Hinsicht verschieden, laufen aber im Wesentlichen auf zwei Hauptansichten hinaus, deren eine den Namen von einer äusseren Aehnlichkeit der Geschwulst mit einem Frosch, die andere denselben von der Entstellung der Sprache der afficirten Person herleitet. Erstere Erklärungsweise

1) Lib. II. 58. Magni Hippocratis opera omnia ed. C. G. Kuhn. Tom. II. p. 252. Lipsiae, 1826.

2) Actuarii medicina lib. II. cap. 10. — Medicae artis principes post Hippocratem et Galenum ed. Henricus Stephanus. 1567. fol. 185.

3) J. O. Justamond's chirurgische Werke mit Anmerkungen von W. Houlston. Deutsch von Chr. Frdr. Michaelis. Leipzig, 1791. pag. 224.

findet sich schon bei den Arabern [1]), ist aber später mehr ausgeführt worden, indem die Aehnlichkeit bald auf die Gestalt, bald auf die Farbe bezogen wurde. So leitet Peter Foreest [2]) den Namen von der durch erweiterte Venen häufig schwärzlichen, der eines Frosches ähnlichen Farbe der Geschwulst her. Roderich a Fonseca [3]) will beim Frosch bei geöffnetem Maul etwas der Ranula Aehnliches sehen und erklärt daher den Namen. Purmann [4]) verweist auf eine Aehnlichkeit der Geschwulst mit einem Froschkopfe; Riverius [5]) sieht die Aehnlichkeit in der Furche, die häufig die Geschwulst theilt, ähnlich der am Rücken und Hintertheil des Frosches; Callisen [6]) vergleicht die Geschwulst mit dem Bauche eines Frosches. Neuerlich haben Manche, namentlich Kyll [7]), der auch die Stelle im Avicenna a. a. O. so erklären will, auf eine Aehnlichkeit zwischen dem sogenannten Luftbeutel, d. h. dem Theile der Haut unter dem Unterkiefer des Frosches und einer grossen Ranula aufmerksam gemacht, indem in beiden Fällen die genannten Theile sich beim Athmen heben und senken.

Die Anhänger der andern Ansicht wollen eine Aehnlichkeit zwischen der entstellten Sprache der mit der Krankheit behafteten Individuen, die gleichsam quakend sein soll, und dem Quaken eines Frosches sehen. Diese Ansicht hatten Paré [8]), Stalpaert van der

1) Avicennae liber Canonis medicinae. L. III. Fen. VI. Tract. I. cap. 47. Ed. Fab. Paulinus Utinensis. Venetiis, 1608. — Albucasis de chirurgica. Arabice et latine cura J. Channing. Oxonii, 1778. Tom. I. pag. 197.

2) P. Foresti Alcmariani observationum medicinalium libri tres. 1602. L. XIV. obs. 29. pag. 329.

3) R. a Fonseca, consultationes medicae. Francoforti ad Moenum, 1625. Tom. I. pag 560.

4) M. G. Purmanni chirurg. Lorbeer-Krantz oder Wundartzeney. Halberstadt, 1684. Th. I. Cap. 27. pag. 153.

5) Lazari Riverii praxis medica. Hagae Comitis, 1651. Tom. II. Sect. IV. cap. 2. pag. 142.

6) H. Callisen, System der neueren Wundarzneykunst. Aus dem Latein. von K. G. Kuhn. Kopenhagen, 1800. Bd. II. pag. 116.

7) v. Gräfe und v. Walther, Journal für Chirurgie und Augenheilkunde. Berlin, 1837. Bd. XXVI. Heft. 2. pag. 588 sqq.

8) Les oeuvres d'Ambroise Paré. Corrigees et augmentées par luy-mesme peu auparavant son décès. A Paris, 1607. Livre VIII. chap. V. pag. 291.

Feuilleton.

Nekrolog.

Rasch auf einander hält unter den berühmten Aerzten der Tod seine Ernte. Er ereilte Friedrich Nasse fern von dem Schauplatz seiner langjährigen ausgezeichneten Wirksamkeit, aber doch im Kreise seiner Familie, zu Marburg am 18. April, dem Charfreitage, zugleich seinem 73. Geburtstage. Trotz einer Vorahnung, dass dieser Tag seinem Leben ein Ziel setzen könnte, vielleicht gerade ihretwegen, reiste Nasse zu seinem ältesten Sohne nach Marburg, um den Geburtstag und das Osterfest mit Kindern und anderen nahen Blutsverwandten zu feiern. Seine Vorahnung sollte sich erfüllen, denn bald nach seiner Ankunft befiel den noch rüstigen Greis eine Lungenentzündung, die nach wenigen Tagen ihn, den Vielgeliebten und Hochgefeierten, seiner Familie und der wissenschaftlichen Welt entriss. Man muss die Liebe und Verehrung, die Nasse, namentlich unter seinen zahlreichen Schülern in Rheinland und Westphalen, genossen hat, aus eigener Anschauung kennen, um zu ermessen, welch tiefen Eindruck fast in jedem Orte jener Provinzen die Nachricht seines plötzlichen Todes verursachte; man muss selbst gesehen und gehört haben, wie Nasse an der Universität und in der ganzen Stadt Bonn geehrt und geliebt wurde, um den Schmerz zu begreifen, der dort herrschte, als statt des rüstigen, heiteren Greises, der kaum noch die Musenstadt verlassen, seine Leiche zurückkehrte. Unter denen, die nicht am wenigsten verloren, befanden sich die Armen der Stadt, denen Nasse ein nie ermüdender Wohlthäter gewesen war. Aber der Schmerz über seinen Verlust musste weit über die Grenzen, die wir eben zogen, hinaus den lebhaftesten Wiederhall finden, denn in Nasse, diesem bewährten praktischen Arzt, diesem genialen Forscher in den verschiedensten Zweigen der Wissenschaft, diesem trefflichen, anregenden Lehrer, verlor die medicinische Welt eine der ersten Notabilitäten, eine der schönsten Zierden.

Friedrich Nasse, Sohn des weiland Land- und Stadtphysikus Nasse zu Bielefeld, ward daselbst am 18. April 1778 geboren und verliess schon als Knabe das Vaterhaus, um in Hamburg und Berlin eine tüchtige Schulbildung zu geniessen. An letzterem Orte trat er 1797 in das akademische Leben als Mediciner ein, ging indess später nach Halle, woselbst er auch 1800 die medicinische Doctorwürde erwarb. Der Wunsch, schnell in's praktische Leben eingeführt zu sein, zog ihn gleich darauf in seine Vaterstadt, in der er dann als geschätzter Arzt durch 14 Jahre thätig war. Doch der rein praktische Beruf genügte seinem rastlos fortstrebenden Geiste, der ihn ausser den medicinischen, besonders philosophischen Studien geneigt machte, nicht,

Wiel [1]), Acrel [2]), Alix [3]). Alix will sogar den griechischen Namen *βάτραχος* von *βοή* (Geschrei), *τραχός* (schwierig) und *ἔχω* (haben) ableiten.

Einige Neuere endlich haben den Inhalt der Geschwulst mit dem Froschlaich verglichen, und die Geschwulst danach Froschlaichgeschwulst genannt.

Welche von diesen Erklärungen die richtige sein mag, ist schwer zu entscheiden; auch scheint mir keines der angeführten Argumente schlagend genug, als dass ich mich mit Vorliebe dafür erklären könnte.

Historische Uebersicht der verschiedenen Ansichten über die Ranula.

So alt und so vielfach die Beobachtungen von Geschwülsten unter der Zunge sind, so ist man doch bis auf die neueste Zeit noch nicht allgemein dahin gekommen, der Ranula ein bestimmtes Wesen und eine bestimmte Localisation zu vindiciren. Die Ursache davon liegt theils im Mangel genauer pathologisch-anatomischer Untersuchungen, indem noch keine Beobachtung einer tödtlich gewordenen Froschgeschwulst (wenigstens beim Erwachsenen) bekannt geworden ist, theils darin, dass die verschiedenartigsten Geschwülste zusammengeworfen worden sind.

Die erste Erwähnung von Geschwülsten unter der Zunge findet sich in den Hippokratischen Schriften [4]), wo unter dem Namen Hypoglossis ein Leiden beschrieben wird, bei dem „die Zunge anschwillt, und die unterhalb und nach aussen zu gelegenen Theile sich hart anfühlen, und der Speichel nicht verschlungen werden kann.“ Doch scheint hier eher eine Entzündung verstanden zu sein, als das, was wir heutzutage Ranula nennen, wie es theils aus der ausdrücklich angegebenen Härte, theils aus der angegebenen Behandlung wahrscheinlich wird, da diese in Cataplasmen, erweichenden Gargarismen, nach Ausbildung eines Abscesses aber im Einschnitt, und bei Bildung von Eiter nach aussen zu im Brennen bestehen soll; bisweilen soll sich der Abscess auch spontan öffnen. An einer andern Stelle der Hippokratischen Bücher [5]) werden indessen gegen Entzündung der Theile unter der Zunge, die vom Schleim hergeleitet wird, Kaumittel empfohlen; — ein scheinbarer Widerspruch, der aber schwindet, wenn wir bedenken, dass höchst wahrscheinlich beide Bücher unächt sind und von verschiedenen Verfassern stammen [6]).

Deutlicher schon spricht Celsus [7]) von der Krankheit, indem er der Geschwulst schon einen Sack vindicirt, den er exstirpiren will. Doch nennt er das Uebel einen *„Abscessum sub lingua“* und giebt unter den Symptomen heftigen Schmerz an, daher auch diese Stelle von Manchen, wie von Peter Camper [1]) und Samuel Cooper [2]), nicht auf Ranula bezogen wird. Doch scheint Celsus vielmehr nur verschiedene Krankheitszustände zusammenzuwerfen, indem er ausser der Exstirpation noch andere, zum Theil auch jetzt noch gebräuchliche Operationsmethoden gegen das Uebel anräth, wie die Excision eines Theiles des Balges, deren Zweck sich bei einem einfachen Abscess nicht wohl einsehen lässt.

Von den Nachfolgern des Celsus scheint jede Geschwulst unter der Zunge unter dem Namen Ranula begriffen worden zu sein; doch verlegt Aëtius [3]) ihren hauptsächlichen Sitz in die Venen; ob er aber darum varicöse Ausdehnungen meinte, ist nicht zu entscheiden. Aehnlicher Ansicht soll auch ein von Forestus [4]) citirter jüdischer Arzt gewesen sein, dessen Name nicht genannt wird. Paul v. Aegina [5]) versteht darunter eine entzündliche Geschwulst.

Unter den Arabern erklärt Avicenna [6]) die Ranula für eine Geschwulst *„ad inflammationis similitudinem“*, indem er zugleich, ebenso, wie ein sonst unbekannter, aber von Forestus [7]) citirter Almanzor, an eine harte Drüse erinnert. Albucasis [8]) unterscheidet unter dem Namen Ranula einen bösartigen Cancer, den er als *noli me tangere* betrachtet, und einen *„Tumor ad albedinem vergens, in quo humiditas“*, auf dessen Entstehungsweise er sich nicht weiter einlässt.

Von den späteren Schriftstellern findet sich eine Unterscheidung verschiedener Arten Geschwülste unter der Zunge bei Fernelius [9]), der die Phlegmone von dem häufigeren *Oedema molle et laxum* trennt; er will dabei häufig Lähmung der Zunge beobachtet haben, was ihn Apoplexie befürchten lässt. Eigenthümlich ist die Angabe Paré's [10]), der eine zähe, schleimige Flüssigkeit sich vom Gehirn unter die Zunge senken lässt, wo sie die Ranula bildet. Wie er sich dieses gedacht hat, ist durchaus nicht klar. Von seinen Zeitgenossen und Nachfolgern begnügen sich mehrere mit der blossen Aufzeichnung ihrer Beobachtungen, ohne sich auf das Wesen der Krankheit überhaupt einzulassen, wie es lange vorher auch Actuarius [11]) gethan; dahin gehören: Dodoens [12]), Schenck von Grafenberg [13]), Ru-

[1]) Cornelii Stalpartii van der Wiel, Observation. rar. med., anatom., chirurg. Centuria prior. Editio novissima. Leidae, 1727. Obs. XX. p. 87.
[2]) Olof Acrel, chirurg. Vorfälle. Göttingen, 1777. Bd. I. No. 29. pag. 172.
[3]) Alix, observata chirurg. Altenburg, 1774. Fasc. I. obs. 6. pag. 27.
[4]) L. c.
[5]) *περὶ παθῶν* 163 (ed. Lind.). Hippocratis opera ed. Kühn. Tom. II. pag. 383.
[6]) Choulant, Handbuch der Bücherkunde für die ältere Medicin. Leipzig, 1828. pag. 13.
[7]) A. Cornelii Celsi medicina. Lib. VII. cap. 12. 5. Ed. Albers et Ritter. Colon. ad Rhenum, 1835.

[1]) Camper, über die Natur, Ursachen und Behandlung der verschiedenen Arten Wassersucht. Abschn. II. §. 2. In: Sammlung auserlesener Abhandlungen etc. Leipzig, 1793. Bd. XVI. pag. 464.
[2]) S. Cooper, neuestes Handbuch der Chirurgie in alphabetischer Ordnung. Nach der 3. engl. Originalausgabe von Dr. L. F. v. Froriep. Weimar, 1821. Bd. III. pag. 102.
[3]) Aëtii Amid. libri medicinales. tetrabibl. II. sect. 4. cap. 37. — Med. artis principes ed. Stephanus. fol. 389.
[4]) Forestus l. c.
[5]) Pauli Aeginetí Compendii lib. III. cap. 26. — Med. artis principes ed. Stephanus. fol. 445.
[6]) Avicenna l. c.
[7]) Forestus l. c.
[8]) Albucasis l. c.
[9]) Jo. Fernelii Ambiani universa medicina. Editio 6a studio Gul. Plantii Conomani posthumum climata. Francofurti, 1607. De partium morbis et symptomatis lib. V. cap. 9. pag. 514.
[10]) Paré l. c.
[11]) Actuarius l. c.
[12]) Remberti Dodonaei medicinalium observationum exempla rara. Hardervici, 1845. cap. 5.
[13]) Observationum medicarum, rararum, novarum, admirabilium volumen. Studio atque opera Jo. Schenck a Grafenberg, retractatius vero a Jo. Ge. Schenckio filio. Francofurti, 1609. Lib. I. pag. 210.

---

und so verliess er die Vaterstadt abermals, um in Leipzig, Göttingen, Dresden und Weimar, ungestört von der Praxis, wissenschaftlichen Forschungen leben zu können. Mit besonderer Liebe und Hingebung hatte er stets an seinem Halle'schen Lehrer Reil gehangen, ihn hatte er sich vorzugsweise zum Muster und Vorbild erkoren, wie glücklich musste es ihn daher machen, als er im Jahre 1816 an dessen Stelle nach Halle als ordentlicher Professor der Therapie und Director der medicinischen Klinik berufen wurde. Seine Wirksamkeit an der Universität Halle war eine sehr segensreiche, und allgemein ward es beklagt, als Nasse im Jahre 1819 einem Ruf nach Bonn folgte, um hier dieselbe Stellung einzunehmen, die er mit so viel Ehre in Halle bekleidet hatte. Durch 31 Jahre wirkte er an der Rheinischen Hochschule mit nicht ermüdender Thätigkeit als Lehrer und fruchtbarer Schriftsteller, indem er, ausser der medicinischen Klinik und der speciellen wie der allgemeinen Pathologie und Therapie, vorzugsweise die Geisteskrankheiten zum Gegenstande seiner Studien und seiner akademischen Thätigkeit machte. Wie sehr er seine Schüler dauernd an sich zu fesseln verstand, dafür giebt das redendste Beispiel die Theilnahme ab, die, als Nasse sein 50jähriges Jubiläum feierte, der Vorschlag einiger rheinischen Aerzte fand, die Nasse-Stiftung zum Andenken und zur Ehre dieses Tages und des Jubilars zu gründen, eine Stiftung für Wittwen und Kinder von Aerzten, über die man in No. 42 des Jahrgangs 1850 meiner Klinik das Nähere nachlesen mag. Dem wohlthätigen Sinne, dem so gern für Andere wirkenden Wesen Nasse's konnte kein schöneres Geschenk zu seinem Ehrentage gebracht werden, als dieses. Wird doch nun lange nach seinem Tode sein Name noch manchen Balsamtropfen Leidenden und Darbenden reichen! Die Universität, die Stadt Bonn, die Wissenschaft, Nasse's Freunde und Schüler verlieren in ihm gleich viel; der Friede aber, der der Lohn eines langen segensreichen Wirkens nach allen Richtungen hin ist, wird ihm auf seinem Todtenbette nicht gefehlt haben, er wird seiner Asche bleiben.

Von Nasse's Schriften nennen wir schliesslich folgende:

Das medicinische Klinikum zu Bonn. gr. 4. Coblenz, 1825.

Ueber Geschwülste im Gehirn. gr. 8. Bonn, 1821.

Von dem Krankenhause zur Bildung angehender Aerzte zu Halle und der damit verbundenen Krankenbesuchs-Anstalt. 8. Halle, 1816.

Anleitung zur Uebung angehender Aerzte in Krankheits-Beobachtungen und Beurtheilungen. gr. 8. Bonn, 1834.

Untersuchungen zur Lebensnaturlehre und zur Heilkunde. 1. Bd. 1. Abth. Ueber das Verhältniss des Gehirns und Rückenmarks zur Belebung des übrigen Körpers. gr. 8. Halle, 1818.

Leichenöffnungen, zur Diagnostik und pathologischen Anatomie. Erste Reihe. gr. 8. Bonn, 1821.

land [1]), Salmuth [2]). Forestus [3]) dagegen erklärt die Geschwulst wieder ganz wie Paul v. Aegina für entzündlicher Natur. Aranzi [4]) unterscheidet ein schmerzhaftes *Batrachium calidum* und ein schmerzloses *Batrachium frigidum*, lässt sich aber auf weitere Erklärung nicht ein.

In der zweiten Hälfte des sechszehnten Jahrhunderts taucht mit Fabricius ab Aquapendente [5]) eine neue Ansicht über das Wesen der Ranula auf; dieser grosse Chirurg erklärte die Ranula für hervorgebracht durch eine „*Materia, quae in tunica seu folliculo continetur et quum mollis sit*, fährt er fort, *tumor ad meliceridis naturam accedit*." Seine nächsten Nachfolger indessen hielten diese Ansicht nicht fest: Fonseca [6]) erklärt die Ranula wieder für entweder scirrhös oder ödematös, ganz ähnlich dem Albucasis, während Ferrara [7]), wie auch Uffenbach [8]), sich an die Erklärung Paré's hält. Purmann [9]), wie zum Theil auch M. Aurelius Severinus [10]), lässt sie durch Ansammlung von Feuchtigkeit, Wasser und Milch, namentlich bei Kindern, entstehen. Riverius [11]) endlich schliesst sich wieder dem Fabricius an, ohne jedoch die Möglichkeit eines Oedems ganz fallen zu lassen.

Mit der genaueren Kenntniss der Drüsen überhaupt und namentlich mit der Entdeckung der Drüsengänge unter der Zunge in der zweiten Hälfte des siebzehnten Jahrhunderts tritt auch über unsern Gegenstand eine neue Ansicht hervor, die bald mehr und mehr die Oberhand gewinnt. Es wurde nämlich nun die Localisation der Ranula in den Speicheldrüsen behauptet, indem sie durch Anhäufung von Speichel in der Submaxillar- oder Sublingualdrüse oder ihren Gängen bei verengertem oder verstopftem Ausgange des Wharton'schen Ganges erklärt wird. Mit dieser Ansicht soll nach Wernher [12]) schon Berengar von Carpi aufgetreten sein; doch habe ich nirgend ein weiteres Zeugniss darüber auffinden können, auch scheint es mir nicht ganz wahrscheinlich, dass schon mehr als ein Jahrhundert vor Wharton's Entdeckungen die Kenntniss jener Drüsen weit genug sollte vorgeschritten gewesen sein, um auf jene Annahme zu führen, wenn schon Berengar die Mündung des Wharton'schen Ganges mag gekannt haben [13]). Gewiss ist, dass sich jene Ansicht schon im Diemerbroek [1]) findet und nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, zuerst im Munnick, da dieser erst 43 Jahre nach jenem geboren wurde [2]). Diemerbroek lässt nämlich die Ranula durch Ansammlung eines verdickten Speichels und Schleims, deren Entstehung er direct von der Nahrung herleitet, bei gleichzeitiger Verengung oder Obstruction des Wharton'schen Ganges entstehen. Dagegen erklärt sie der etwas später lebende Musitanus [3]) noch sehr undeutlich aus einer fehlerhaften Beschaffenheit des Nahrungssaftes.

Bei den späteren Schriftstellern finden sich hauptsächlich zwei Ansichten über diese Geschwulst, indem die Einen der von Fabricius ab Aquapendente, die Andern mehr oder weniger der von Diemerbroek aufgestellten Ansicht folgen. Nur Camper [4]) hält an der Fernel'schen Ansicht fest, indem er die Ranula für eine Ansammlung von Lymphe im Zellgewebe erklärt. Die Anhänger der Ansicht des Fabricius erklären die Ranula für eine Balggeschwulst, ein Hygrom, häufig aus einer oder mehreren Cysten bestehend, und stützen sich hauptsächlich auf einzelne pathologisch-anatomische Untersuchungen (meist an neugebornen und jungen Kindern). Zu ihnen gehören: Dionis [5]), Heister [6]), Eschenbach [7]), Acrel [8]), Oehme [9]) (der indess die bisweilen entzündliche Natur der Geschwulst nicht läugnet), Justamond [10]), und von den Neueren: Kyll [11]), Wernher [12]), Malgaigne [13]), Pétrequin [14]), Gorup-Besanez [15]), Capelletti [16]), Hyrtl [17]) und zum Theil auch Meckel [18]) und Syme [19]), welche beiden indess für manche Fälle auch die Diemerbroek'sche Ansicht gelten lassen wollen. Auch Heister erklärt nur die Mehrzahl der Fälle für Balggeschwülste, will aber auch alle anderen Arten von Geschwülsten unter der Zunge Ranula genannt wissen, worin er freilich mit manchen neueren Schriftstellern übereinstimmt, wie weiter unten angegeben werden wird. Doch führt er unter den Entstehungsarten solcher Geschwülste Speichelansammlung nicht an.

1) Martini Rulandi curationes empiricae. Editio 3a studio atque opera Jo. Screiae et Ge. Sporlini. Budissae, 1679. pag. 82.
2) Salmuth, observationum medicarum Centuriae tres. Brunswigae, 1648. Cent. I. obs. 36. pag. 24.
3) Forestus l. c.
4) Jul. Caesaris Arantii Bononiensis de tumoribus praeter naturam secundum locos affectos liber. Venetiis. 1567. Cap. 32.
5) Hieronymi Fabricii ab Aquapendente opera chirurgica. Francofurti, 1620. Pars I. cap. 36. pag. 430 seqq.
6) Fonseca l. c.
7) Sylva chirurgiae in tres libros divisa, primo a Gabriele Ferrara collecta, nunc vero per Uffenbachium in lucem emissa. Francofurti, 1625. Lib. II. pag. 182.
8) Thesaurus chirurgiae. Per P. Uffenbachium. Francofurti, 1610. Lib. VII. cap. 5. pag. 171.
9) Purmann l. c.
10) Marci Aurelii Severini de efficaci medicina libri tres. Francofurti, 1671. Pars II. cap. 76. pag. 407.
11) Riverius l. c.
12) Wernher, die angebornen Kystenhygrome und die ihnen verwandten Geschwülste. Giessen, 1843. p. 51.
13) Kurt Sprengel, Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde. 2. Aufl. Halle, 1801. Bd. III. pag. 569.

1) Isbrandi de Diemerbroek, disputationum practicarum de morbis capitis et thoracis: editio secunda. Trajecti ad Rhenum, 1664. pag. 205 seqq.
2) Sprengel l. c. Bd. IV. pag. 582 et 584.
3) Caroli Musitani, chirurgische und physikalische Schriften. Frankfurt und Leipzig, 1701. Cap. 38. pag. 320.
4) Camper l. c.
5) P. Dionis, chirurg. Operationes oder ausführlicher Unterricht zur Wund-Artzeney. A. d. Französischen von Seltnes. Augspurg, 1712. pag. 624.
6) Laur. Heister's Chirurgie. 4. Aufl. Nürnberg, 1743. cap. 89. pag. 633.
7) Eschenbach, Anfangsgründe der Chirurgie. Rostock, 1746. pag. 82.
8) Acrel l. c.
9) Oehme, dissert. de morbis recens natorum chirurgicis. Lipsiae, 1773. — Weiz, neue Auszüge aus Dissert. Frankfurt u. Leipzig, 1774. Bd. I. p. 20.
10) Justamond l. c.
11) Kyll, l. c.
12) Wernher l. c.
13) Malgaigne, traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale. Bruxelles, 1838. pag. 220.
14) Pétrequin, Lehrbuch der med.-chirurg. und topograph. Anatomie. Aus dem Franz. von Dr. Gorup-Besanez. Erlangen, 1845. pag. 140.
15) Gorup-Besanez, über die Natur des Inhalts der Froschgeschwulst; in Heller's Archiv. 1845. Heft I u. II.
16) Capelletti in: Giornale per servire ai progressi della Patologia e della Terapeutica. 1843, Dec. — Hufeland's Journal, fortgesetzt von Dr. Busse. 1843. St. 5.
17) Hyrtl, Handbuch der topographischen Anatomie. Wien, 1847. Bd. I. p. 313.
18) J. F. Meckel, Handbuch der menschlichen Anatomie. Halle u. Berlin, 1820. Bd. IV. pag. 496.
19) Syme in: the Edinburgh medical and surgical Journ. 1831, Oct. — Med.-chirurg. Ztg. 1832. Bd. IV. pag. 84.

Ueber den Begriff und die Methode der Physiologie. gr. 8. Leipzig, 1826.
Von der Stellung der Aerzte im Staate. gr. 8. Ebend., 1823.
Handbuch der speciellen Therapie. 1. Bd. u. 2. Bd. 1. 2. Abth. gr. 8. Ebend., 1830.
Handbuch der allgemeinen Therapie. gr. 8. Ebend., 1840, 45.
Die Unterscheidung des Scheintodes vom wirklichen Tode; zur Beruhigung über die Gefahr, lebendig begraben zu werden. gr. 8. Ebd., 1841.
Die Behandlung der Gemüthskranken und Irren durch Nichtärzte. gr. 8. Ebend., 1844.
Die Isogenesis, ein Naturgesetz. Zur Prüfung vorgelegt. gr. 8. Ebd., 1844.
Aufruf zur thätigeren Sorgfalt für die Gesundheit der Fabrikarbeiter. Mit Nachweisung von Hülfsmitteln zum Schutz der Gesundheit in Fabriken. 12. Ebend., 1845.
Verbrennung und Athmen, chemische Thätigkeit und organisches Leben. gr. 8. Ebend., 1846.
Untersuchungen zur Physiologie und Pathologie. 1. Bd. 3 Hefte. 2. Bd. 1. 2. Heft. Mit lith. Taf. gr. 8. Bonn, 1835, 36, 39.

Ganz besondere Vorliebe zeigte Nasse auch für journalistische Thätigkeit, wofür, ausser den vielen Artikeln, die sich in den verschiedensten medicinischen Journalen von seiner Feder finden, folgende Unternehmen, an deren Spitze er stand, sprechen:

Archiv für den thierischen Magnetismus. In Verbindung mit mehreren Naturforschern herausgegeben von Eschenmeyer, Kieser und Nasse. 1817—1824.
Archiv für medicinische Erfahrung im Gebiete der praktischen Medicin, Chirurgie, Geburtshülfe und Staatsarzneikunde von Horn, Nasse und Wagner. 1815—1836.
Correspondenzblatt rheinischer und westphälischer Aerzte von Nasse und Albers. 1842—1845.
Jahrbücher für Anthropologie und für Pathologie und Therapie des Irreseins von Nasse. 1830.
Journal für die gesammte praktische Heilkunde etc. von Horn, Nasse, Wagner. 1837.
Monatsschrift, Rheinische, für praktische Aerzte von Nasse, Wutzer, Kilian, Unger, Claessen. Erscheint seit 1847.
Zeitschrift für psychische Aerzte von Nasse. 1818—1826.
Zeitschrift für die Beurtheilung und Heilung der krankhaften Seelenzustände von Jacobi und Nasse. 1837—1838.

Göschen.

Zahlreicher sind die Anhänger der Diemerbroek'schen Ansicht, die man nach Demjenigen, der sie vorzüglich ausgebildet hat, wohl auch die Louis'sche nennen mag. Sie stützen sich dabei auf die Lage der Geschwulst in der Nähe des Wharton'schen Ganges, auf die Aehnlichkeit des Contentums mit dem Speichel, deren Identität sie zum Theil behaupten, auf Heilerfolge, die sie durch einfache Erweiterung der Oeffnung des Wharton'schen Ganges, Entfernung von scheinbaren Speichelsteinen u. s. w. wollen erlangt haben, und zugleich auf eine Beobachtung von Muya [1]), der nach Eröffnung einer ähnlichen Geschwulst von der äusseren Haut her eine Speichelfistel will haben entstehen sehen. Zu den Hauptvertretern dieser Ansicht gehören: Munnick [2]), Eller [3]), Stalpaert van der Wiel [4]), la Faye [5]), Louis [6]), Soullier [7]), Alix [8]), Benjamin Bell [9]), Chopart und Desault [10]), Jourdain [11]), Murray [12]), Sabatier [13]), Carl Caspar [14]) und J. Bartholomäus Siebold [15]), Metzger [16]), Richerand [17]), Richter [18]), Bernstein [19]), Lassus [20]), Cooper [21]), Burns [22]), Callisen [23]), Bichat [24]), Consbruch [25]), Murat [26]), Boyer [27]), Bierkowski [28]), Larrey [29]), Bégin [30]), Velpeau [31]), Geisler [32]), Blandin [33]), Treschel [34]), Listen [35]), Hager [36]), zum Theil Dupuytren [37]), Nélaten [38]) und Jobert [39]).

Alle diese Schriftsteller stimmen hauptsächlich darin überein, dass sie den Sitz der Ranula in den Speicheldrüsen und ihren Gängen annehmen, und zwar entweder nur im Wharton'schen oder bald im Wharton'schen, bald im Bartholin'schen Gange. Ueber die primäre Ursache der Geschwulst sind ihre Ansichten wiederum verschieden, indem die Einen hauptsächlich Verdickung des Speichels und Atonie des Ganges für das Primäre halten (Lafaye, Murray, Cooper), die Anderen primär Verengerung oder Verstopfung des Ganges durch Entzündung, Aphthen, Geschwüre, Speichelsteine, Geschwülste annehmen (Eller, Louis, Bell, Metzger, Richter, Lassus, Richerand, Burns, Murat, Boyer, Troschel, Hager), die dritten endlich in den einzelnen Fällen bald die eine, bald die andere Ansicht gelten lassen wollen (Chopart und Desault, Bégin, Geisler). Bei vielen Neueren findet sich die oben erörterte Ansicht von der Bildung einer Speichelgeschwulst in Etwas modificirt, indem bei einer gewissen Grösse der ursprünglich durch Ansammlung von Speichel in den Drüsengängen gebildeten Geschwulst oder durch eine etwaige zufällige Verletzung die Schleimhaut eines Drüsenganges berstet, der Speichel das umgebende Zellgewebe infiltrirt und hier erst secundär die Bildung eines Sackes bedingt. Es sollen also auf diese Weise zufällige Gänge aus der Drüse ins umgebende Zellgewebe entstehen können, auch ohne dass der Wharton'sche Gang verstopft ist. Dieser Ansicht [1]) folgen zum Theil Callisen [2]), Geisler [3]), Nélaton [4]), auch Malcolmson [5]) und Bendz [6]).

Auf noch eine Entstehungsart ähnlicher Geschwülste hat in neuerer Zeit Dupuytren [7]) aufmerksam gemacht, nach welchem bei Verstopfung des Ausführungsganges einer Schleimdrüse, diese durch Ansammlung von Schleim eine solche Ausdehnung soll erleiden können, dass sie eine grosse Geschwulst darstellt; doch giebt schon Dupuytren selbst diese nicht als die einzige Entstehungsart der Ranula an, sondern glaubt unter diesem Namen auch Speichelgeschwülste, wie sie Louis annahm, und Cysten nach Fabricius verstehen zu müssen. Aehnlich spricht sich auch Treschel [8]) aus, der indess die Cystenbildung auszuschliessen scheint. Auch Nélaton [9]) nimmt verschiedene Entstehungsweisen der Ranula an, und zwar: entweder durch Erweiterung der Speicheldrüsen und ihrer Ausführungsgänge, oder durch Bildung einer serösen Cyste, Verstopfung des Ausführungsganges eines Schleimfollikels mit nachfolgender Erweiterung desselben, oder endlich durch Ruptur des erweiterten Wharton'schen Ganges, Extravasation des Speichels und secundäre Ausbildung eines Balges. Weder durchaus für, noch ganz gegen eine dieser Ansichten mag er sich erklären, obgleich er gegen die erste manche Gründe anführt.

Im letzten Decennium endlich ist noch eine Ansicht über die Ranula aufgetaucht, indem Dr. Fleischmann [10]) in Erlangen einen Schleimbeutel unter der Zunge entdeckte und, die Ranula damit in Verbindung bringend, sie für einen krankhaft entwickelten Schleimbeutel erklärte. Seiner Ansicht haben sich Nuhn [11]) und Chelius [12]) neuerdings, während er früher der Diemerbroek'schen Ansicht ganz beistimmte [13]), angeschlossen, während Andere, wie Hager [14]) und Hyrtl [15]), das Vorhandensein eines solchen Schleimbeutels erst sicherer constatirt wissen wollen, ehe sie darüber entscheiden. Auch Jobert [16]) schliesst sich theilweise der Fleischmann'schen Ansicht an, indem er folgende Arten der Ranula unterscheidet: 1) *Ranula salivalis* durch Erweiterung des Wharton'schen Ganges; 2) *Ranula mucosa*, die in Fleischmann's Schleimbeutel ihren Sitz haben soll und 3) *Ranula follicularis*, wie sie Dupuytren entstehen lässt. Doch möchte Jobert den Namen Ranula nur auf die erste Art beziehen.

Bei alle dem hat es noch bis auf die neueste Zeit immerhin Schriftsteller gegeben, die, sich für keine Ansicht entscheidend, nach dem Beispiele des Actuarius u. A. die Frage nach dem Sitze und Wesen der Krankheit mehr oder weniger umgingen und nur eine Beschreibung der Symptome lieferten; so namentlich Roser [17]) und

1) Jo. Muys, praxis medico-chirurgica. Amstelaedami, 1695. Dec. VI. Obs. 6. pag. 245.
2) Munnick's praxis cheirurgica oder Wund-Artzeney. Frankf., 1690. Lib. I. cap. 26.
3) Jo. Th. Eller's vollständige Chirurgie. Berlin, 1763. Cap. VIII. p. 47.
4) Stalpaert van der Wiel l. c.
5) Cours d'opérations de chirurgie par Dionis. 8ème édition revue et augmentée par Ge. de la Faye. Paris, 1777. Démonstr. VII. pag. 502.
6) Louis, sur les tumeurs salivaires etc. In: Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. Paris, 1757. Tome IX. pag. 89.
7) Soullier in: Journal de médecine. T. X. pag. 241. — Neue Sammlung auserlesener Wahrnehmungen. A. d. Franz. Strassburg, 1766. Bd. I. p. 226.
8) Alix l. c.
9) Benj. Bell's Lehrbegriff der Wundarzneikunst. Aus dem Englischen. Leipzig, 1787. Bd. III. pag. 581.
10) Chopart u. Desault, Anleitung zur Kenntniss aller chirurg. Krankheiten. Aus dem Französischen. Leipzig, 1783. Bd. I. pag. 333.
11) Jourdain, Abhandlung über die chirurg. Krankheiten des Mundes. Aus dem Französischen. Nürnberg, 1784. Bd. II. cap. 11. pag. 579.
12) Ad. Murray resp. G. Lodin, dissert. de tumoribus salivalibus. Upsalae, 1785. — Döring, kritisches Repertorium. Herborn, 1803. Bd. I. p. 226.
13) Sabatier's Lehrbuch für praktische Wundärzte. Aus dem Französischen von Borges. Berlin, 1799. Bd. III. pag. 462.
14) C. C. Siebold, chirurg. Tagebuch. Nürnberg, 1792. No. 47. pag. 97.
15) J. B. Siebold, historia systematis salivalis. Jenae, 1797. pag. 75.
16) Metzger, Handbuch der Chirurgie. Jena, 1794. pag. 245.
17) Richerand, Nosographie chirurgicale. 4ème édition. A Paris, 1815. T. III. pag. 292.
18) A. G. Richter, Anfangsgründe der Wundarzneikunst. 2. Aufl. Göttingen, 1800. Bd. IV. pag. 3.
19) Bernstein, praktisches Handbuch für Wundärzte. Leipzig, 1800. Bd. III. pag. 497.
20) Lassus, Pathologie chirurgicale. Paris, 1809. pag. 402.
21) Sam. Cooper l. c.
22) Allan Burns, Bemerkungen über die chirurg. Anatomie des Kopfes und Halses. Aus dem Englischen von Dohlhoff. Nebst einer Vorrede von J. Fr. Meckel. Halle, 1821. pag. 231.
23) H. Callisen's System der neueren Chirurgie. Nach der 4. Auflage aus dem Lateinischen übersetzt von Ad. C. P. Callisen. Copenhagen, 1824. Bd. II. pag. 418.
24) Anatomie pathologique, dernier cours de X. Bichat. D'après un manuscrit autographe de P. A. Béclard. Par F. G. Boisseau. A Paris, 1825. p. 484.
25) Consbruch, Taschenbuch der patholog. Anatomie. Leipzig, 1820. p. 155.
26) Murat in: Dictionnaire des sciences médicales. Paris, 1817. Tome XIX. Art. grenouillette.
27) Boyer, traité des maladies chirurgicales. Paris, 1822. T. VI. pag. 286.
28) Bierkowski, Erklärung der anatom.-chirurg. Abbildungen nebst Beschreibung der chirurg. Operationen. Berlin, 1827. pag. 482.
29) Larrey, Clinique chirurgicale. Paris, 1829. Tome II. pag. 43.
30) Bégin in: Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1832. Tome VIII. pag. 220.
31) Velpeau, nouveaux éléments de médecine opératoire. 2ème édit. Paris, 1839. Tome III. pag. 534.
32) Geisler in: Rust, theoret.-prakt. Handbuch der Chirurgie. Berlin u. Wien, 1834. Bd. XIV. pag. 134.
33) Blandin, traité d'anatomie topographique. Seconde édition. Bruxelles, 1838. pag. 220.
34) Troschel, Lehrbuch der Chirurgie. Berlin, 1840. Bd. III. pag. 196.
35) Liston, elements of surgery. Second edition. London, 1840. pag. 444.
36) Hager, die Geschwülste. Wien, 1842. Bd. I. pag. 144.
37) Dupuytren, leçons orales de clinique chirurgicale. Paris, 1833. T. III. pag. 295.
38) Nélaton, éléments de pathologie chirurgicale. Paris, 1847. T. II. p. 756.
39) Jobert (de Lamballe), traité de chirurgie plastique. Paris, 1849. T. I. pag. 400.

1) Man findet diese Ansicht häufig schon dem Fabricius ab Aquapendente zugeschrieben (Gaz. méd. de Paris 1838. No. 47. pag. 743. u. 1846. No. 12. pag. 234.); mit welchem Rechte, ist mir unbekannt.
2) Callisen l. c.
3) Geisler l. c.
4) Nélaton l. c.
5) Malcolmson in: the medico-chirurgical review. 1838. fasc. III. — Gaz. méd. 1838. No. 47. pag. 743.
6) Bendz in: Bibliothek for Laeger. Udgivet af Directionen for det Classenske Literatur-Selskab. Bind 24, ny Raekke Bind 4. Kjoebenhavn, 1844. Jan. — Fricke u. Oppenheim, Zeitschr. Bd. 18. Hamburg, 1844. pag. 334.
7) Dupuytren l. c.
8) Troschel l. c.
9) Nélaton l. c.
10) Fleischmann, de novis sub lingua bursis. Norimbergae, 1841.
11) Nuhn, Handbuch der chirurg. Anatomie. Th. II. pag. 236.
12) Chelius, Handbuch der Chirurgie. Wien, 1844. Bd. II. Abth. I. pag. 136.
13) Chelius, Handbuch. Heidelberg u. Leipzig, 1827. Bd. II. Abth I. pag. 130.
14) Hager l. c.
15) Hyrtl l. c.
16) Jobert l. c. Tome I. pag. 399. — Gazette des hôpitaux. 1843. No. 102. p. 407.
17) Roser, Handbuch der anatom. Chirurgie. Tübingen, 1844. pag. 143.

Fergusson [1]). Ross [2]) will wieder alle unter der Zunge sich findenden Geschwülste unter dem Namen Ranula zusammenfassen.

Wenn wir nun die schon längst als unhaltbar verworfenen Hypothesen eines Oedems, einer Ansammlung von Blut oder Schleim zur Erklärung der Ranula bei Seite lassend, die bis jetzt meist als charakteristisch für die Krankheit angenommenen Symptome ins Auge fassen, wodurch entzündliche und manche pseudoplastische Geschwülste ausgeschlossen bleiben; so können wir die oben genauer ausgeführten Ansichten unter folgenden Hauptpunkten zusammenfassen:

1) Ansammlung von Speichel in der Unterkiefer- oder Unterzungendrüse oder einem ihrer Ausführungsgänge, indem entweder
a) diese Theile selbst oder
b) das umgebende Zellgewebe nach stattgehabter Ruptur den Sack der Geschwulst bilden.

2) Neubildung eines Balges mit flüssigem oder festerem Inhalt nach Art anderer Balggeschwülste, der Meliceris, des Hygroma etc.

3) Ansammlung von Schleim in einem Schleimfollikel bei Verstopfung seines Ausführungsganges.

4) Krankhafte Anhäufung des Secrets in der *Bursa mucosa sublingualis*. (Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Die chirurgische Klinik zu Erlangen im Wintersemester 1850—51.

Von

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt.

(Fortsetzung aus No. 20.)

8. *Amputatio brachii.*

Am 21. Februar kam ein 24jähriger Müllerbursche Friedrich Deufel in die Klinik dahier, dessen linken Vorderarm ein Mühlrad erfasst und bedeutend verletzt hatte. Es zeigte sich Bruch des Radius und der Ulna, Zerreissung und Quetschung der an der Beugeseite gelegenen Weichtheile, der Haut, Muskeln, Sehnen, Nerven und Gefässe. Aus der zerrissenen *A. ulnaris* verlor der Verletzte fortwährend Blut. Die Schmerzen waren sehr heftig. Knochenbrüche complicirt mit einer so bedeutenden Verletzung der Weichtheile liessen keine leichte oder schnelle Heilung erwarten, die zerrissene und ausgebreitete Verwundung der weichen Theile eine sehr bedeutende, schwächende Eiterung befürchten, die Beschaffenheit der Wunde ferner einen Starrkrampf als mögliche Folge annehmen; daher denn, da das Glied nicht zu erhalten, das Leben aber vielleicht noch zu retten war, die Amputation vorgenommen wurde. Der Kranke ward durch Chloroform in Schlaf versetzt, worauf ich die Amputation dicht über dem Ellenbogengelenk vermittelst des zweiseitigen Zirkelschnitts durchführte. Ausser der *A. brachialis* wurden 4 spritzende Aeste unterbunden, die Wunde durch Heftpflasterstreifen vereinigt und Eisüberschläge gemacht. Dadurch gelang es, die Entzündung so weit zu mässigen, dass Schmerz und Fieber in äusserst geringem Grade auftraten. Innerlich erhielt der Kranke *Elix. acid. Hall.* mit Himbeersyrup ins Getränk. Als der Verband nach 3 Mal 24 Stunden abgenommen wurde, fand sich die Wunde gut aussehend, fast zur Hälfte vom äusseren Winkel her vereinigt. Die Eiterung war mässig und gut aussehend. Bei dem täglich vorgenommenen Verbande zeigte der Kranke ziemlich grosse Schwäche und Angegriffenheit, indem er blass, mit kaltem Schweiss bedeckt wurde und einmal selbst in Ohnmacht fiel. Man kam seinem gesunkenen Kräftezustand mit Fleischdiät und Bier zu Hülfe. Er erholte sich theilweis, ass mit gutem Appetit, schlief gut; hatte aber in den ersten Tagen des März zweimal Nasenbluten. Am 6ten, während des Verbandes hörte man den Patienten unbedeutend husten und fand den Puls aufgeregt, den Durst gesteigert. Die Percussion ergab einen etwas kürzeren Ton unter der rechten Clavicula als unter der linken, sonst die Brust normal. Dagegen auf der rechten unteren Rückenseite tympanitischen Perkussionston, daselbst vermindertes Athmen und an der Grenze Rasselgeräusche. Der Kranke schlief wenig in der nächsten Nacht, hatte grossen Durst, blutete mehrmals aus der Nase und hustete mehr als am Tage.

Am andern Morgen war er sehr collabirt, die Nase spitz, die Hautfärbung icterisch, der Athem häufig, der Puls klein und frequent. Der Percussionston rechts unten am Rücken leer, kein Athem hörbar, an der Grenze Rasselgeräusche und Consonnanz der Stimme. So oft der Kranke sich bewegte begann die Nase zu bluten und zwar war das Blut dunkel, dünnflüssig, missfarbig. Wenige zähe, blutgemischte Sputa. Am Abend trat heftiges Rasseln auf, um $6\frac{1}{2}$ Uhr erfolgte der Tod.

Sectionsbefund. Das Blut im ganzen Körper dünnflüssig, missfarbig, mit kleinen schwarzen Coagulis und in den Gefässen grosse, leicht zerreissbare, intensiv gelb gefärbte Faserstoffgerinsel. Icterus ausgesprochen in der äusseren Haut, in dem Serum einer Vesicatorblase auf der Brust, in einem unter der *Pia mater* liegenden sulzigen Exsudat, in allen Geweben. Die Schleimhaut vom Kehlkopf bis in die Bronchien dunkelroth, geschwellt, von trübem Serum infiltrirt. In ihrem Kanale schaumiges, zähflüssiges, gelbes Contentum. Die Lungen beiderseits an die Costalwand angeheftet, das Volumen gross, die Pulmonalpleura mit sulzigen, gelben Fibrinablagerungen belegt. Die vorderen Ränder von Luft mehr ausgedehnt. Die unteren, hinteren Partien von schmutzig gelbem Serum innig durchtränkt, in allen Lappen zerstreute, am häufigsten im rechten, untern, meist oberflächliche, rundliche oder keilförmige Lobularpneumonien, wo die Substanz theils grau, theils schwarzroth, am Durchschnitt granulirt erschien. Andere Stellen zeigen dicken, schmutziggelben Eiter oder selbst Jauche haltende Abscesse. In der Tiefe der Substanz sind die Ablagerungen seltner. In der blutarmen sonst normalen Leber mehrere, bis haselnussgrosse, isolirte, grüngelben Eiter enthaltende Abscesse, um welche das Parenchym nicht verändert ist. Milz gross, am vorderen Rande zwei erbsengrosse Abscesse. Nieren gross, leicht aus der Kapsel schälbar, an der Oberfläche und in der Tiefe von feinen, stecknadelkopfgrossen Ecchymosen durchsetzt.

Im Zellgewebe um die Sehnenscheide des *M. biceps brachii* links bohnengrosse Eiterherde. *Arteria* und *Vena brachialis* am Stumpf von einem fest adhärirenden Pfropf erfüllt. An dem Stumpf ein taubeneigrosser Abscesssack im Zellgewebe nahe dem Periost. Der Knochen zeigt 2''' weit das Mark schmutzigbraun, von Jauche erfüllt. Das Periost allda verdickt und zwischen ihm und dem Knochen rindenartig aufgelagerte poröse, leicht schneidbare neue Knochenmasse.

Da der Amputirte offenbar an Pyämie zu Grunde gegangen ist, so muss es uns auffallen, dass die Bluterkrankung nicht von dem fast stabilen Symptom, dem Schüttelfroste, begleitet war.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Geh. Med.-Raths Professor Dr. B. Langenbeck in Berlin.

Von

Dr. Wagner.

Hydrops ovarii. Exstirpatio ovarii. Heilung.

Frau Hiller aus Berlin (Französische Strasse No. 59.), 38 Jahr alt, ist seit ihrem 20. Jahre regelmässig menstruirt; seit dem 25. Jahre verheirathet, hat im 27. Jahre im 4. Monate der Schwangerschaft nach grosser Anstrengung bei einer Reise, abortirt. Im October 1845 bemerkt Patientin, ohne dass krankhafte Erscheinungen vorhergegangen wären, eine wallnussgrosse Geschwulst in der Mitte des Unterleibes, etwas oberhalb des Schaambogens. Anhaltende Kreuzschmerzen, welche mit dem allmäligen Wachsen der Geschwulst an Heftigkeit zunehmen, verhindern die Kranke, auf dem Rücken zu liegen; das unangenehme Gefühl bei der Lage auf der linken Seite, als wenn ein schwerer Körper von der rechten Seite im Unterleibe ausreissen wollte, zwingt sie, nur die rechte Seitenlage zu wählen. Nach einem halben Jahre haben die Kreuzschmerzen aufgehört und sind nur bei dem auch jetzt stets regelmässigen Erscheinen der Katamenien wieder eingetreten. Anfangs litt die Kranke an Heisshunger, welcher plötzlich und zu der verschiedensten Zeit sich einstellend, unwiderstehlich Befriedigung forderte. Ein Jahr, nachdem die Geschwulst zuerst bemerkt worden, hat Appetitlosigkeit zugleich mit Stuhlverstopfung begonnen, welche noch fortdauern. Zwei Jahre darauf hat Pat. während des ganzen Winters an starkem Husten mit Auswurf gelitten. Bis vor einem Jahre ist die Geschwulst sehr langsam gewachsen, hat seitdem aber um die Hälfte ihres jetzigen Volumens zugenommen. Pat. soll während dieser Zeit sehr mager geworden sein. Bis vor Kurzem hat die Kranke keinerlei Beschwerden von ihrem Leiden gehabt, ist in keiner Art von Bewegung und Arbeit gehindert worden. Im December v. J. hat anstrengendes Fahren auf schlechten Wegen heftige Schmerzen im Leibe zur Folge gehabt, welche anfangs heftig vom Kreuz nach der Leisten- und Schenkelgegend ziehend, andauernd waren, später nachliessen und nur von Zeit zu Zeit in der rechten Hälfte des Unterleibes auftraten.

[1]) Handbuch der praktischen Chirurgie von W. Fergusson. Deutsch von Dr. S. Frankenberg. Leipzig. 1846. Bd. II. pag. 177.

[2]) G. Ross, Handbuch der chirurg. Anatomie. Abth. III. pag. 342.

In der letzten Zeit bemerkt Pat. bei starken Bewegungen in derselben Seite ein Gluckern.

Die Untersuchung bei der Aufnahme in das Hospital am 3. Febr. v. J. ergiebt Folgendes:

Pat. ist von mittlerer Grösse, gracilem Körperbau, mässig gut genährt, etwas blass, sonst wohl aussehend.

Der Bauch ist gleichmässig ausgedehnt; von kugliger symmetrischer Form. Seine grösste Circumferenz etwa in der Höhe des Nabels misst 38''. Die Bauchdecken sind glatt, gespannt, etwas verdünnt; in den untern Partien von einigen grossen, bläulich durchschimmernden Venen durchzogen. Die Falten des Nabels sind ein wenig auseinandergezerrt. Durch die Bauchdecken fühlt man, unmittelbar unter denselben, von dem Schaambogen an aufwärts steigend, bis 2—3 Queerfinger breit unterhalb des Schwertfortsatzes und in der ganzen Breite des Bauches eine glatte, elastisch weiche, fluctuirende, bei starkem Druck nicht schmerzhafte Geschwulst. Bei möglichst erschlafften Bauchdecken kann man dieselbe in ihrem Umfange, namentlich dem oberen, ziemlich genau umschreiben; kann sie unter den Bauchdecken und umgekehrt die Bauchdecken über ihr ziemlich leicht verschieben, ohne dass die aufgelegte Hand eine Reibung bemerkte. Bei Druck in die Tiefe, besonders im rechten Hypogastrium, glaubt man festere Massen zu fühlen. Auf die leiseste Erschütterung ist die über die ganze Oberfläche des Bauches sich erstreckende Fluctuation durch das Gefühl wahrzunehmen. Der Percussionston ist in der Rückenlage an allen Stellen des Bauches bis zu der tiefsten hinab vom Becken aufwärts bis in die Hypochondrion dumpf, ändert sich nirgend bei veränderter Lage der Kranken. Im rechten Hypochondrium und der rechten Seitengegend, 2 Queerfinger breit unter dem freien Rippenrande beginnend, bis zur 6. Rippe hinauf und fast bis zur Mittellinie des Körpers ist der Ton ganz dumpf; im Epigastrium, 2 Querfinger breit unter dem Schwertfortsatz beginnend, etwa bis zu demselben aufwärts, und von der Mittellinie des Körpers etwa eine Hand breit nach links tympanitisch gedämpft, im linken Hypochondrium und der linken Seitengegend dumpf. Das Zwerchfell steht bei der Inspiration rechts in der Höhe der 6. Rippe, links etwas tiefer; die tiefe Inspiration hat keinen bemerkbaren Einfluss auf die Stellung der Geschwulst im Bauche.

Die Scheide ist nach vorn und aufwärts gezogen, scheint verlängert. Das Scheidengewölbe ein wenig kegelförmig. Die *Portio vaginalis* etwa 9''' lang, dünn, nach unten zugespitzt, nach hinten und links verschoben. Die Muttermundslippen sind undeutlich ausgeprägt, glatt, das *Orificium uteri* als ein kleiner rundlicher Eindruck kaum erkennbar. Rechts von der *Portio vaginalis* fühlt man durch das Scheidengewölbe eine rundliche glatte Geschwulst von ziemlich fester Consistenz, welche sich nach vorn bis etwa zur Mittellinie des Scheidengewölbes verfolgen lässt. Den Bewegungen der Geschwulst durch die Bauchdecken folgt diese festere Masse über dem untersuchenden Finger deutlich. Die *Portio vaginalis* wird dabei in geringem Grade mitbewegt. Von dem Uterus lässt sich durch das Scheidengewölbe nichts Bestimmtes durchfühlen. Das Einführen der Sonde gelingt wegen der Stellung der *Portio vaginalis* und der Undeutlichkeit des *Orificium uteri* nicht. An allen Stellen des Scheidengewölbes fühlt man bei Percussion der Bauchdecken deutliche Fluctuation; dieselbe durch die vordere obere Wand des Mastdarms. Vom Uterus oder von der Geschwulst ist auch auf diesem Wege weiter nichts zu entdecken. Die Resultate der Auscultation und Percussion des Thorax lassen eine krankhafte Veränderung der Lungen oder des Herzens nicht erschliessen. Die Respiration ist vollkommen frei, nur bei starken Bewegungen etwas erschwert. Die Mammae schlaff, gut entwickelt, haben seit Entstehen der Krankheit keine Veränderung gezeigt.

Niemals Harnbeschwerden. Der Urin ist hellgelb, klar, sauer, die Quantität desselben hat sich nicht vermindert; Eiweiss ist in demselben nicht nachzuweisen.

Oedem weder an den unteren Partien der Bauchdecken, noch an den unteren Extremitäten. Keine Venenerweiterungen an den letzteren.

Puls mässig kräftig, von 84 Schlägen in der Minute.

Dass die in ihren Grenzen ziemlich deutlich umschreibbare Geschwulst dem Eierstocke angehörig sei, konnte aus der vom Becken ausgehenden Entwickelung der Geschwulst, aus ihrer Lagerung zwischen Rectum und Gebärmutter (soweit dieselbe der Untersuchung zugänglich war); aus der Beschaffenheit der *Portio vaginalis*, welche ein Erkranktsein des Uterus und in Verbindung mit dem regelmässigen Fortbestehen der Katamenien Schwangerschaft nicht annehmen liess; aus der Dislocation der Gebärmutter; aus der Verlängerung der gezerrten Scheide; aus der Kegelform des Scheidengewölbes erschlossen werden. Dazu kommen die der anscheinend nicht erkrankten Gebärmutter in geringem Grade mitgetheilten Bewegungen der Geschwulst; die Resultate der Percussion, welche eine freie Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle ausschlossen. Auffallend ist die Länge und Dünnheit der *Portio vaginalis* in Vergleich mit den Veränderungen der Scheide.

Dass der rechte Eierstock der Sitz des Leidens sei, wurde durch die im Anfange der Entwickelung der Geschwulst vorhandenen Erscheinungen bei Lagerung der Kranken auf der linken Seite, mit Rücksicht auf das bei weitem häufigere Erkranken des rechten Eierstoeks wahrscheinlich. Die Stellung der *Portio vaginalis* nach hinten und links, und die danach annehmbare Richtung der Gebärmutter nach vorn und rechts konnten die Richtigkeit dieser Diagnose in Zweifel stellen.

Für die Einfachheit der Eierstockscyste sprachen die fast überall gleichmässige Glätte und Resistenz der Geschwulst, die nach allen Richtungen und durch die ganze Geschwulst sich deutlich fortpflanzende Fluctuation. Die in der Tiefe des rechten Hypogastrium und durch das Scheidengewölbe fühlbaren härteren Massen hätten das Vorhandensein mehrerer kleinerer Cysten mit festem Inhalt vermuthen lassen, wenn nicht die auch durch diese Massen stets deutlich sich fortpflanzende Fluctuation mehr die Annahme einer Verdickung der Cystenwandungen, welche an den tief gelegenen Partien derselben besonders häufig vorkommen, erlaubt hätte. Will man auf andere Symptome noch Gewicht legen, so findet man die langsame Entwickelung der Geschwulst, die symmetrische kuglige Form des Leibes, die geringen Beschwerden, den Mangel des Oedems, das Fortbestehen der Menses, welche alle für Einfachheit der Cyste sprechen sollen.

Die Abwesenheit von Adhäsionen zwischen der Geschwulst und den ihr vorliegenden Theilen konnte wahrscheinlich gemacht werden durch die Beweglichkeit der Geschwulst, die Verschiebbarkeit der Bauchdecken über derselben, die unveränderte Stellung des Nabels in der Mittellinie des Körpers bei allen Lagerungen der Patientin. Auch hatte dieselbe niemals Erscheinungen von Entzündung im Abdomen gehabt.

Die Diagnose wurde demnach auf eine einfache mit Flüssigkeit gefüllte, nicht adhärirende Cyste des rechten Eierstocks gestellt.

Soweit eine wiederholte und möglichst genaue Untersuchung die Richtigkeit der Diagnose in Fällen, wie der vorliegende, sichern kann, so weit konnte man derselben hier vertrauen.

Der Verlauf der Krankheit während des letzten Jahres, das schnelle Wachsen der Geschwulst, die Verdauungsstörung und schnelle Abmagerung, das Abnehmen der Kräfte liessen mit Gewissheit annehmen, dass die Kranke ohne ärztliche Hülfe in nicht langer Zeit dahingerafft sein würde. Wenn es sich demnach um ärztliches Eingreifen handelte, so musste die Frage aufgeworfen werden: bietet in diesem Falle ein jetzt vorzunehmender, weil später vielleicht und wahrscheinlich nicht mehr möglicher Versuch einer Radikalheilung mehr Aussicht, das Leben der Kranken zu verlängern, einmal als ein jetzt einzuschlagendes palliatives Verfahren, andererseits als ein indifferentes Verhalten bis zu einer Entwickelung des Uebels, welche gefahrdrohender und sehr lästiger Zufälle wegen palliative Hülfe fordert? Mit andern Worten (wenn wir die übrigen durch die Erfahrung noch wenig geprüften Methoden der chirurgischen Behandlung bei Seite lassen) soll in diesem Falle sogleich die Exstirpation der Eierstockscyste, soll die Punction gemacht werden, soll jetzt oder erst später punctirt werden? Unsere Antwort auf diese Fragen lautet: Es ist in vorliegendem Falle die sofortige Exstirpation der Punction vorzuziehen, und könnte man darüber zweifelhaft sein und die Exstirpation bei Seite schieben, so müsste man sich für eine möglichst späte Punction entscheiden.

Sehen wir auf die Resultate, welche die nicht individualisirende Statistik beider Operationen liefert, und sehen wir dann auf unsern speciellen Fall zurück.

Kiwisch (Klinische Vorträge über spec. Pathol. u. Therap. der Krankheiten des weibl. Geschl. Bd. II.) giebt nach 3 von Southam, Leo und ihm selbst zusammengestellten Resultaten an, dass von 130 Paracentesirten 22 (ca. 17 pCt.) im Verlauf weniger Stunden oder Tage, 25 (ca. 19 pCt.) vor Verlauf eines halben Jahres starben. Bei diesen Fällen, unter denen nicht etwa nur ganz ungünstige, sondern scheinbar ganz geeignete waren, ist der Tod fast immer nur durch die Punction bedingt. Vor Verlauf eines Jahres starben 37, im zweiten Jahre 19, im dritten Jahre 11, 9 lebten länger.

Bei Atlee (American Journal of Medical Sciences N. S. No. 38. pp. 318—336), welcher nach seinen und seines Bruders seit 1823 gesammelten Erfahrungen die Gefährlichkeit der Punction, und namentlich der ersten Punction, ganz in Abrede stellt, finden wir einer Zusammenstellung von Lee und Meigs Erwähnung gethan, nach welcher unter 40 zum erstenmal Paracentesirten 15 ($37\frac{1}{2}$ pCt.) in den ersten zwei Jahren, 11 ($27\frac{1}{2}$ pCt.) in den ersten vier Jahren starben, und 14 (35 pCt.) diese Zeit überlebten; ferner unter 123 Paracentesirten 63 (51 pCt.) in den ersten zwei Jahren, 90 (73 pCt.) in den ersten vier Jahren starben, also nur 33 (27 pCt.) diese Zeit überlebten. Atlee tadelt bei diesen Angaben, dass nicht bemerkt worden, in wie weit die Punction die Todesursache gewesen.

Prof. Langenbeck hat die Punction des Hydrovarium in drei Fällen gemacht, welche in den Inauguraldissertationen von Zander (*De Hydrope Ovarii, ejusque curatione. Berol.* 1849) und C. F. Busch (*De Hydrope Ovarii. Berol.* 1851) beschrieben sind. In einem Falle erfolgte der Tod nach 5 Tagen, im zweiten wurde die Punction nach einem Monat wiederholt, Patientin starb zwei Monate später in Folge der Punction; im dritten Falle musste die Operation in 24 Tagen dreimal wiederholt werden, die Kranke verliess ungeheilt das Hospital.

Die Statistik der Exstirpation des Eierstocks stellt dagegen Folgendes auf:

Kiwisch (a. a. O.) giebt vier Tabellen von 122 Fällen, unter denen 47 (38½ pCt.) starben. Darunter waren 22 Fälle, in welchen die Exstirpation wegen fester Anwachsung der Geschwulst nicht vollbracht wurde, und 14 Fälle, in welchen sich diagnostische Irrthümer nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten. 17 Kranke von 122 blieben ungeheilt am Leben. Schliesst man die Fälle, in welchen ein Missgriff in der Diagnose vorhanden, aus, so hat man 108 Fälle, unter denen 41 tödtlich endeten. Das Verhältniss von 38 pCt. bleibt damit ungeändert.

Bei Atlee (a. a. O.) finden wir 179 Fälle zusammengestellt, von welchen ein grosser Theil schon in der Lee'schen Tabelle, welche den Angaben von Kiwisch zu Grunde liegt, enthalten zu sein scheint. Unter den 179 Operirten starben 59 (33 pCt.); bei 34 Fällen wurde die Operation nicht vollendet, 10 starben davon; bei 6 Fällen wurde keine Geschwulst gefunden, 2 starben davon. Atlee macht darauf aufmerksam, dass seit 1845 die Zahl der unbeendigten Operationen sich sehr vermindert, völlige Missgriffe in der Diagnose gar nicht bekannt geworden sind, und dass damit, während in den bis 1845 von ihm gesammelten Fällen fast 38 pCt. gestorben, bei den später gesammelten Operationsgeschichten ein Verhältniss von nur 27 pCt. tödtlicher Ausgänge sich ergiebt. Es spräche dies sehr für die Vervollkommnung der Untersuchung und den Erfolg einer auf genaue Diagnose hin unternommenen Operation.

Prof. Langenbeck hat die *Exstirpatio ovarii*, den vorliegenden Fall mit eingerechnet, viermal gemacht; dreimal mit tödtlichem Ausgange. Zwei der Fälle finden sich in den oben citirten Dissertationen ausführlich beschrieben.

Atlee erinnert ferner an das von Norris bei Operationen an grösseren Arterien angegebene Mortalitätsverhältniss von 33⅓ pCt.; an die von Malgaigne aufgefundene Zahl von 39 pCt. bei den von 1836—1841 in den Pariser Hospitälern gerechneten 852 Amputationen.

Wenn man nun auch nicht vergessen darf, dass wohl die meisten glücklichen Resultate der *Exstirpatio ovarii* bekannt geworden, viele unglückliche der Oeffentlichkeit entzogen sind, und dass damit das Mortalitätsverhältniss sich ungünstiger stellen wird, so gilt dies doch wohl ebenso von der *Punctio ovarii*, und noch in letzter Zeit sind uns mehrere tödtlich verlaufene Fälle mitgetheilt worden. Man kann demnach, ohne mehr fehlzugehen, als bei der statistischen Methode überhaupt, die bekannt gewordenen Resultate als gleichberechtigt betrachten, ein Urtheil über den Werth der Operationen zu geben.

Nach allem Vorhergehenden neigt sich die Waage nicht zu Gunsten der mit den seltensten Ausnahmen nur palliativen Punction des Ovarium. Es scheint selbst, dass die Exstirpation des Ovarium anderen Operationen in ihren Resultaten sich zur Seite stellen kann, welche auszuführen man kein Bedenken trägt, weil ohne dieselben das Leben des Kranken augenblicklich oder in kürzester Zeit zu Grunde gehen würde. Bei der Exstirpation des Ovarium ist es die auch nach der gründlichsten und gewissenhaftesten Untersuchung nicht immer ganz sichere Kenntniss des Feldes, auf welchem die operirende Hand sich bewegen soll; die Nothwendigkeit, einen gefährlichen Eingriff zur Erhaltung eines Lebens zu unternehmen, das in nächster Zeit noch nicht gefährdet scheint, welche die Operation, trotz ihrer Resultate der Punction gegenüber, selbst noch verwerfen lassen. So ist es aber wirklich nicht, wenn man die Exstirpation in dem rechten Falle zur rechten Zeit unternimmt. Die vorliegende Krankengeschichte wird, wie viele andere, zeigen, dass man die Diagnose zu einem hohen Grade von Sicherheit bringen kann. Giebt dieselbe aber sehr günstige Verhältnisse für die radikale Operation, so darf man dieselbe zu der Zeit nicht unterlassen, wo das fortschreitende Uebel ungünstigere Verhältnisse und damit grössere Gefahr des Eingriffs, vielleicht die Unmöglichkeit, radikale Hülfe zu bringen, droht. Es ist in solchem Falle der möglichst grösste Theil der Gefahr dem Mittel genommen, und dasselbe nicht anwenden, hiesse aus Furcht vor überschätzter Gefahr der Exstirpation im Vergleich zu andern Eingriffen, das Heilverfahren übergehen, welches im Stande ist, ein meist bald dem Tode verfallenes Leben zu retten, während man kaum gefahrlosere, nur weniger gefürchtete Mittel zur Fristung desselben in Elend und Siechthum besitzt.

Man wird also im geeigneten Falle die Exstirpation der Punction vorziehen müssen. Man kann zur Punction nur seine Zuflucht nehmen, wenn der specielle Fall andere Heilversuche nicht zulässt, aber palliative Hülfe dringend fordert.

Unser vorliegender Fall ist ein sehr günstiger für die Exstirpation und fordert die sofortige Ausführung derselben. Heben wir nun die Hauptmomente zum Belege dafür hervor. Die Kranke befindet sich in den besten Jahren; das Uebel hat sich langsam entwickelt, und erst in dem letzten Jahre sehr schnelle Fortschritte gemacht. Die Ernährung und die Kräfte der Kranken haben in höherem Grade herabzugehen in der letzten Zeit angefangen, sind bis jetzt jedoch nicht bedeutend geschwächt. Die Geschwulst hat einen noch mässigen Umfang, ist mit aller nur möglicher Sicherheit als eine einfache mit Flüssigkeit gefüllte, nicht adhärirende Cyste erkannt.

Die Kranke war zur Operation entschlossen, wünschte sie dringend.

Am 7. Febr. 3 Uhr Nachm. wird in der Klinik die Exstirpation vorgenommen. Nachdem die Kranke vollständig chloroformirt worden, wird mit dem Messer, etwa ½″ über der Symphyse beginnend, in der Mittellinie des Korpers nach aufwärts ein 2″ langer Schnitt durch die Haut, die Bauchmuskeln, bis auf das Peritonäum geführt. Der *Saccus peritonaei* wird vorsichtig eröffnet, die kleine Oeffnung mit dem geknöpften Messer bis in die Wundwinkel erweitert. Der durch die Hände der Assistenten abwärts und vorwärts gedrängte Sack zeigt sich straff und weissglänzend in der Wunde, wird mit scharfen Haken in derselben fixirt. Durch die Kanäle eines starken, in den Sack eingestossenen Trokarts werden einige Quart einer dünnen bräunlich gelben Flüssigkeit entleert. Die Spaltung des durch die Wände zum Theil vorfallenden Sackes von der Stichöffnung aus beschleunigt sehr die Entleerung der Flüssigkeit, deren ganze Menge etwa 8 Quart beträgt. Der Sack fällt darauf, leichten Tractionen folgend, während die Bauchdecken sanft gegen denselben angedrückt werden, aus der Wunde heraus, und sein etwa 2″ breiter, ziemlich dicker Stiel kommt zum Vorschein. Der Sack gehört dem rechten Eierstock an. Zwei nach einander durch den Stiel geführte Ligaturen halten ihn zwischen den gegen ihn angedrückten Rändern der Bauchwände. Mit der Scheere wird er allmälig durchschnitten, 6 spritzende, zum Theil gänsekielstarke Gefässe werden sofort nach ihrer Durchschneidung isolirt unterbunden. Die Blutung ist im Uebrigen unbedeutend und steht bald von selbst. Festes Zusammendrücken der Wundränder gegen den durch Ligaturen fixirten Stiel verhindert den Eintritt von Blut in die Bauchhöhle. Fünf Knopfnäthe, von denen zwei den Stiel mitfassen, vereinigen die Bauchwände auf das Genaueste. Das Peritonäum wird durch die Suturen nicht verletzt.

Während der Operation muss die Einathmung von Chloroform wegen Aussetzen des Pulses, Collapsus und livider Färbung des Gesichts öfters unterbrochen werden. Die Kranke wird dadurch einigemale unruhig, Hustenreiz, Brechreizung und die dann eintretende Wirkung der Bauchpresse erschweren sehr das Zurückhalten der Därme, von denen jedoch Nichts hinter dem in unmittelbarer Berührung mit der Bauchwunde erhaltenen Sacke zum Vorschein kommt. Nach Beendigung der Operation wird der Leib der Pat. sofort in vielfach zusammengelegte, mit kaltem Wasser durchtränkte Bettlaken eingewickelt, eine dicke schwere, ebenfalls nasse Compresse über die Einwicklung auf den Leib gelegt. Pat. ist unruhig, sehr matt, klagt über heftige, ziehende Schmerzen im Leibe. Die Gesichtszüge sind sehr blass, collabirt, der Puls klein, schwach, mässig frequent. Ziehende Schmerzen im rechten Bein, Zittern desselben, Frösteln. (*Morph. acet.* gr. ¼, *Moschi* gr. j, *Sacch.* ℈β.) Nach Verlauf von 1½ Stunde hat Pat. sich sehr erholt, ist ruhig; die Gesichtszüge haben ihren früheren Ausdruck wieder angenommen; die Schmerzen im Leibe sind erträglich geworden; das Ziehen im rechten Bein, das Frösteln haben sich verloren; Puls voll, weich, ruhig. Abends einmaliges Erbrechen; Schmerzen im Leibe setzen zuweilen ganz aus, Puls von 92 Schlägen in der Minute. Haut feucht und warm. Bis gegen Morgen des 8. Febr. hat sich das Erbrechen mässig gelber Massen noch dreimal wiederholt; anhaltende Uebelkeit, sehr lebhafte Schmerzen im Leibe, der bei Berührung durch die dicken Compressen namentlich im rechten Hypogastrium äusserst empfindlich ist. Geringe, sehr gleichmässige Wärme unter den Compressen; von welchen die oberste mit eiskaltem Wasser befeuchtet halbstündlich erneuert wird, während die darunter befindliche Einwicklung ungestört bleibt. Puls 120 Schläge in der Minute, voll, hart. Aderlass von ℥x. Das Blut fliesst aus der grossen Venenwunde anfangs dunkelschwarz und dick, langsam aus, später heller und leicht in starkem Strahle. — Bald darauf ruhiger Schlaf während einiger Stunden. Die Uebelkeiten, die Schmerzhaftigkeit des Leibes lassen nach; Puls klein, weich, von 108 Schlägen in der Minute.

Mittags werden die beiden den Stiel haltenden Zügel leicht und ohne Schmerzen für die Kranke entfernt; die Wunde an der Stelle derselben mit Heftpflaster verschlossen. Geringes Secret in der Wunde.

Erneute Einwickelung des Leibes in dicke frisch angefeuchtete Betttücher. — Abends hat Pat. geringe Kopfschmerzen, einen Puls von 120 Schlägen in der Minute. Der Leib ist weich, erst bei stärkerem Drucke im rechten Hypogastrium und der Umgegend der Wunde etwas empfindlich. Die Uebelkeiten sind vollständig verschwunden. — Im Laufe der Nacht und des folgenden Vormittags nimmt die Schmerzhaftigkeit des Leibes zu. Der in der Umgebung der Wunde matte Percussionston deutet auf Exsudat um die Wundränder des Peritonäum. Der obere und untere Wundwinkel scheint durch erste Intention geschlossen. Eine Sutur in der Mitte der Wunde wird entfernt, weil sie stark einschneidet. Die Wunde wird mit Heftpflaster genau verschlossen; 12 Blutegel auf den Unterleib; fortdauernd halbstündliche Erneuerung der kalten Compresse über der Einwicklung. Noch bis zum Abende tritt ein Nachlass der Schmerzhaftigkeit des Unterleibes und auf wiederholte Clysmata und innere Gaben von Ricinusöl sehr reichliche Stuhlentleerung (welche sich bis zum Morgen des 10. noch zweimal wiederholt) unter grosser Erleichterung für die Kranke ein. Geringer guter Eiter in der Wunde.

In den folgenden Tagen schwindet die Empfindlichkeit des Leibes vollständig; die bis dahin belegte Zunge reinigt sich; Appetit stellt sich ein; die Stuhlentleerung ist bei geringen Gaben Ricinusöl regelmässig. Ruhiger Schlaf. Der Puls sinkt bis zum 15. auf 84 Schläge in der Minute und erhält sich in dieser Frequenz. In der Wunde, welche in der Tiefe vollständig geschlossen scheint, dauert die mässige gute Eiterung fort. Die Einwicklung des Leibes wird fortgesetzt; die darüber liegende Compresse nicht mehr gewechselt. Am 16. werden drei Ligaturen und zwei Näthe entfernt, am folgenden Tage die nassen Laken, weil sie der Kranken unangenehm zu werden anfangen, mit trockenen vertauscht. Die Wunde fängt an, sich nabelartig zu vertiefen, wahrscheinlich durch Zug des mit ihr verwachsenen Stieles.

Am 21. werden die letzten Suturen, in den nächsten Tagen die letzten Unterbindungsfäden fortgenommen. Die Wunde schliesst sich darauf schnell vollständig, vertieft sich immer mehr. Der Umfang des Leibes beträgt 26″. Unter nahrhafter Diät nehmen die Kräfte der Kranken schnell zu; ihr Allgemeinbefinden ist vollkommen gut, alle Functionen, mit Ausnahme der Stuhlentleerung, vollkommen normal.

Mit einer elastischen, eng anschliessenden Leibbinde verlässt Pat. am 5. März das Bett, geht am folgenden Tage im Zimmer umher und kehrt am 9. März in ihre Wohnung zurück. Schon am Tage nach dem Aufstehen ist eine Verminderung der nabelartigen Vertiefung der Wunde bemerkbar, welche in den nächsten Wochen fast vollständig verschwindet. Die noch etwas schlaffen Bauchdecken ziehen sich mehr und mehr zusammen, werden fast glatt. Am 4. April treten die Regeln zum erstenmale wieder ein, sind von normaler Stärke und Dauer. Am 4. Mai, wo wir die Genesene zum letztenmale sahen, befindet sich dieselbe vollkommen wohl und kräftig, hat keinerlei Beschwerden zu klagen.

Auf zwei Punkte sei es noch erlaubt, in Kurzem aufmerksam zu machen, welchen wir, ausser den günstigen Verhältnissen des Falles überhaupt, den glücklichen Ausgang verdanken zu müssen glauben. Es sind die von Prof. **Langenbeck** ausgeübte Operationsmethode und die Anwendung der nasskalten Einwicklungen bei der Nachbehandlung.

Die Operationsmethode erreicht eine so geringe Verletzung des *Saccus peritonaei*, als sie nur möglich ist. Durch den in der sehr kleinen Wunde fixirten, dieselbe bei seinem Austreten ganz ausfüllenden Sack, später durch genaues Andrücken der Wundränder gegen den Stiel, wird der Eintritt von Luft oder Flüssigkeit in die Bauchhöhle verhindert. Der Stiel wird in oder an der Wunde erhalten. Die Wundränder des mit demselben durchschnittenen Peritonäums kommen mit denen des die innere Fläche der vorderen Bauchwand auskleidenden Blattes in Berührung, und nur eine lineäre Wunde ist der Bauchhöhle zugewendet; die Gefässe werden ganz isolirt, und um jeden Bluterguss zu vermeiden, jedes sofort nach seiner Durchschneidung unterbunden, die Ligaturen und die den Stiel haltenden Zügel befinden sich nicht im *Cavum peritonaei*, werden unmittelbar aus der Wunde herausgeführt; die Suturen, welche den genauesten Verschluss der Wunde bewirken, verletzen nicht das Peritonäum.

Die nasskalten Einwicklungen bewirken einen dauernden, möglichst genauen Abschluss der Wunde gegen die Einwirkung der athmosphärischen Luft, üben in Gemeinschaft mit der schweren darauf gelegten Compresse einen gelinden gleichmässigen Druck auf den ganzen Leib und versetzen denselben in eine andauernd gleichmässige Temperatur. Diese wird in den ersten Tagen auf einem niedrigen Grade erhalten, indem die aufliegende Compresse allein mit kaltem Wasser durchtränkt erneuert wird. Die Wunde und der ganze Leib bleiben dabei völlig unberührt, und der Wechsel der Compresse kann keine bemerkbare Schwankung der Temperatur hervorbringen, wie sie bei unmittelbarer Einwirkung des kalten Tuches nothwendig eintritt. Die andauernd niedrige Temperatur in Verbindung mit dem gelinden Druck bewirken eine Zusammenziehung der Gefässe und verhindern oder beschränken den vermehrten Zufluss des Blutes, welcher nach plötzlicher Entleerung der Bauchhöhle besonders zu fürchten ist. Die Gefahr der Entzündung, doppelt gross, indem die Verletzung des Peritonäum dazu kommt, vermindert sich damit bedeutend. Nachdem sie verschwunden, der Blutumlauf geregelt, von ferneren Störungen nicht mehr bedroht scheint, bleibt die obere Compresse ungewechselt. Die Entwicklung einer hohen, gleichmässig feuchten Wärme unter den nassen Tüchern wird dadurch bewirkt. Die so aufgehobene Contraction der Gefässe macht den Blutumlauf, namentlich in den Bauchdecken, freier; die Secretion der Haut, die Exsudation in der Wunde werden damit lebhaft angeregt und gefördert.

Untersuchung der exstirpirten Cyste. Der zusammengefallene, einfache, eine einzige grosse Höhle bildende Sack hat, auf dem Tische ausgebreitet, einen Durchmesser von 7″, ist kreisrund. Die Wände desselben sind 1 — 3‴ dick, sehr fest, wenig dehnbar. An der mit serösem Ueberzuge bekleideten, meist glatten äussern Oberfläche befinden sich zahlreiche Bindegewebsmassen in Form von Zotten, unter einander maschenartig verwebter Stränge und Membranen, welche, innig mit der Serosa zusammenhängend, zum Theil Duplikaturen derselben zu sein scheinen. Die Serosa selbst ist verdickt, schwer oder fast gar nicht abziehbar. — An dem unteren Umfange der Geschwulst findet sich der in seiner Form noch ziemlich erhaltene, stark comprimirte und verödete Eierstock vor. Auf dem Durchschnitt zeigt derselbe in einer dichten fibrösen Masse mehrere kleine Räume, von deren einem man durch einen kurzen Strang von der Stärke eines Gänsekiels unmittelbar in den grossen Cystensack gelangt. In geringer Entfernung von den Resten des Eierstocks befindet sich ein kurzes Stück des durchgeschnittenen Stieles. Auf der Schnittfläche sieht man die Lumina grosser Gefässe und der *Tuba Fallopii*, deren Ende in der Ausdehnung von etwa 2″ an dem Sacke zum Eierstock verläuft, vollkommen durchgängig ist und mit den freien Fimbrien endet. Zahlreichere grössere und kleinere Gefässe, namentlich Venen, verlaufen auf der Wand des Sackes unter der Serosa.

Ueber die weiteren Ergebnisse der Untersuchung hatte Herr Dr. **Reinhardt** die Güte Folgendes mitzutheilen:

Der Sack selbst bestand aus mehr oder weniger gefässreichem Bindegewebe, und war auf seiner inneren Fläche mit einem Pflasterepithelium bekleidet. In der Wand des Sackes fanden sich, zumeist dicht unter dem serösen Ueberzuge, einzelne sparsame kleinere Cysten von Stecknadelknopf- bis Hanfkorngrösse. Ausserdem war die innere Fläche der grossen Cyste mit zahlreichen papillären Wucherungen, deren Grösse von der eines Hirsekorns bis zu etwa Wallnussgrösse variirte, besetzt. Von diesen sassen die kleineren meist mit einer breiten Basis der Cystenwand auf und erschienen nur wie kleine rundliche Erhebungen der letzteren; die grösseren Geschwülste dagegen gingen fast alle mit einem kurzen dünneren Stiele in den Theil der Wand, von welchem sie entsprungen waren, über. Mehrere dieser Geschwülste befanden sich in einem Zustande von Rückbildung, einzelne waren bereits verkalkt. Diejenigen Wucherungen, welche noch in einer fortschreitenden Entwicklung begriffen, oder in denen wenigstens jener Zustand von Rückbildung noch nicht eingetreten war, zeigten eine grauröthliche Farbe; ihre Oberfläche war überall körnig oder lappig; in ihrer Consistenz waren sie weich, leicht zerreisslich. Bei der feineren Präparation gelangte man auf keinen umfangreichen Kern, sondern die ganze Geschwulst liess sich leicht in eine Masse kleiner, nur mit dünnen Stielen unter einander zusammenhängender Läppchen zerlegen. Diese erscheinen nun bei der mikroskopischen Untersuchung selbst noch als Conglomerate noch feinerer Läppchen oder Papillen. Diese kleinsten Läppchen enthielten zunächst eine centrale Masse, welche fast ganz aus Gefässschlingen bestand und nur eine sehr geringe Menge von homogenem, nicht in deutliche Fibrillen spaltbarem Bindegewebe wahrnehmen liess. Diese centrale Masse war von einem pflasterartig aneinander gelagerten Epithelium, dessen Zellen etwa 0,004 — 0,006‴ im Durchmesser zeigten, bekleidet. Die Wucherungen stimmten also in ihrem Bau ganz mit den sogenannten Papillargeschwülsten überein. Die bereits in der Rückbildung begriffenen Geschwülste zeigten im Allgemeinen dieselbe äussere Configuration, wie sie vorhin beschrieben; sie erschienen aber von gelblicher Farbe, derber, oft von pergamentähnlicher Consistenz und dabei mehr oder weniger vollständig blutleer. Das Epithelium war entweder fettig metamorphosirt, oder ganz zu Detritus zerfallen; der übrige Theil der Substanz der früher beschriebenen Gewebe in einem mehr oder weniger geschrumpften Zustande, nicht selten bereits mit Kalksalzen imprägnirt. — Die aus dem Sack entleerte Flüssigkeit ist leider nicht untersucht worden.

Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien.

Von

Professor Dr. Sigmund.

Die gesammte Abtheilung für Syphilis umfasst gegenwärtig 11 Krankensäle (No. 18a, b, c, 19, 71 bis 77 incl.) und 2 Zimmer für ärztliche Untersuchungen und Verordnungen. Die Klinik für Syphilis ist in den Sälen 76 (für Weiber) und 77 (für Männer) untergebracht und bildet gegenwärtig einen ungetrennten Bestandtheil der ganzen Abtheilung.

Für männliche Kranke werden verwendet die Säle:

18a	mit	31	Krankenbetten	und	2 Wärterbetten
18b	„	47	„	„	3 „
18c	„	28	„	„	2 „
19	„	23	„	„	2 „
77	„	26	„	„	2 „
Summa		155	Krankenbetten	und	11 Wärterbetten.

Für weibliche Kranke die Säle:

71	mit	29	Krankenbetten	und	2 Wärterbetten
72	„	30	„	„	2 „
73	„	30	„	„	2 „
74	„	24	„	„	2 „
75	„	30	„	„	1 „
76	„	26	„	„	2 „
Summa		169	Krankenbetten	und	11 Wärterbetten.

Es sind mithin für syphilitische Männer 155 Krankenbetten und für deren Wärter 11 Betten, für syphilitische Weiber aber 169 und für deren Wärterinnen 11 Betten, zusammen für 324 Kranke und für 22 Wärterleute Betten vorhanden. Mit Ausnahme der Säle 76 und 77, finden sich in allen übrigen (9) Sälen in den mittleren Raum der Säle „eingestellte“ Betten, und zwar auf den Sälen für Männer 20, auf jenen der Weiber 23, zusammen 43 Betten.

Den Sälen für Männer 18a, b und c mangelt eine genügende Beleuchtung; die Wände derselben sind, wie in No. 19, theilweise feucht, sie können nicht vollständig gelüftet werden; im Winter sind Fenster und Thüren nicht genau zu schliessen; der Abschluss der Abtritte ist unvollkommen; der Saal 19 und ein Theil des Saales 18c liegt unmittelbar über einer grossen Leichenkammer. Die Säle sind weder gehörig isolirt, noch sind dieselben im Ganzen abzuschliessen, daher der Verkehr dieser vier Säle (die überdies zu ebener Erde gelegen, mit ihren Thüren geradezu auf die offenen, viel betretenen Höfe münden) in keiner Weise unter entsprechende Aufsicht gestellt werden können. — Günstiger sind die übrigen sieben, im ersten Stockwerke des Krankenhauses untergebrachten Säle beschaffen. — Die Direction des Krankenhauses hat die ausser ihren Wirkungskreis fallenden Veränderungen zum Bessern bisher nicht bewirken können.

Der geringste tägliche Krankenstand betrug bei den Männern 111 (im Mai), bei den Weibern 129 (im August); der höchste tägliche Krankenstand bei den Männern 154 (im December), bei den Weibern 170 (im December).

Die durchschnittliche Zahl der täglich vorhandenen Kranken:

	Männer	Weiber	Summe
Im Januar . . .	125	150	275
Februar . .	130	148	278
März . . .	128	153	281
April . . .	119	152	271
Mai	119	155	274
Juni . . .	126	151	277
Juli	140	153	293
August . . .	146	139	285
September . .	197	139	286
October . .	144	139	283
November . .	145	151	296
December . .	147	164	311
Daher im ganzen Jahre . .	135	149	284
in den 6 kalten Monaten	136	155	291
in den 6 warmen Monaten	133	148	281

Die Betten der Abtheilungen waren mithin nur in geringer Zahl, und auch diese nur sehr selten mehrere Tage nach einander mit Kranken nicht besetzt; die Leerung ganzer Säle für eine längere Zeitfrist konnte schon deshalb gar nicht stattfinden.

Am letzten December 1849 gingen in die Behandlung des neuen Jahres über 127 Männer und 142 Weiber, zusammen 269 Kranke; es wuchsen zu und wurden entlassen während des Jahres 1850 wie folgt:

Im Monat	Aufgenommen: Männer	Weiber	Summe	Entlassen: Männer	Weiber	Summe
Januar . .	82	73	155	81	62	143
Februar . .	89	58	147	82	56	138
März . . .	70	58	128	81	64	145
April . . .	70	59	129	69	55	124
Mai . . .	72	69	141	77	64	141
Juni . . .	88	59	147	74	63	137
Juli	118	79	197	105	87	192
August . .	102	76	178	104	88	192
September .	75	64	139	74	53	127
October . .	83	51	134	84	51	135
November .	96	66	162	96	50	146
December .	95	70	165	100	65	165
Summe . .	1040	782	1822	1027	758	1785

Es blieben in der Abtheilung am letzten December 1850: Männer 140, Weiber 166, zusammen 306 Kranke.

Die nachfolgenden Tafeln I. und II. gewähren eine Uebersicht der in den letzten 10 Jahren in der Abtheilung für Syphilis von Monat zu Monat, sowie in den übrigen öffentlichen Krankenhäusern Wiens von Jahr zu Jahr aufgenommenen Krankenzahl, nebst einem Durchschnitte derselben.

I. Uebersicht der im Jahrzehnt 1841—1851 in der Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses für Syphilis aufgenommenen Männer, nach Monaten.

Monat:	1841	1842	1843	1844	1845	1846	1847	1848	1849	1850	Summe
Januar	94	90	116	82	90	66	73	112	82	82	887
Februar	94	81	82	92	76	71	79	69	63	89	796
März	73	82	96	80	77	80	79	82	45	70	764
April	68	62	72	69	67	61	62	45	62	70	638
Mai	67	76	77	92	81	61	69	79	86	72	760
Juni	68	85	100	88	96	67	65	103	90	88	850
Juli	84	97	125	105	100	84	86	147	107	118	1053
August	114	131	121	88	86	108	76	127	96	102	1049
September . . .	115	86	92	92	65	86	68	103	66	75	848
October	106	111	90	85	71	77	68	139	87	83	917
November . . .	107	90	106	95	72	115	74	79	94	96	928
December . . .	115	98	87	82	72	103	87	67	73	95	879
Jahres-Summe . .	1105	1089	1174	1050	953	979	886	1152	951	1040	10479

Männer. Summe von 10 Jahren = 10,479.

II. Uebersicht der während dieser Zeit aufgenommenen Weiber.

Monat	1841	1842	1843	1844	1845	1846	1847	1848	1849	1850	Summe
Januar	76	54	66	63	60	65	56	48	82	73	643
Februar	53	81	72	56	48	52	49	45	51	58	565
März	51	65	67	70	78	61	49	49	67	58	615
April	55	50	63	57	72	50	61	60	63	59	590
Mai	78	79	65	71	57	65	64	58	69	69	715
Juni	63	69	71	64	66	70	50	46	75	59	636
Juli	74	82	73	98	82	75	69	64	77	79	773
August	76	74	87	76	77	69	66	117	75	76	793
September . . .	72	63	100	64	68	79	60	90	69	64	729
October	98	70	62	76	64	68	45	50	58	51	642
November . . .	88	80	60	73	65	71	49	74	54	66	680
December . . .	82	76	61	51	64	62	44	60	63	70	633
Jahres-Summe . .	866	843	850	819	801	787	662	761	803	782	7974
Summe der Männer und Weiber . .	1971	1932	2024	1869	1754	1766	1548	1913	1754	1822	18453

Weiber. Summe von 10 Jahren = 7974.

III. In den übrigen öffentlichen Krankenhäusern wurden verpflegt Syphilitische:

1) In dem Wiedener Bezirks-Krankenhause:

1841	1842	1843	1844	1845	1846	1847	1848	1849	1850	Summe
2	15	40	85	69	51	102	214	350	354	1282

2) in dem Krankenhause der barmherzigen Brüder:

1841	1842	1843	1844	1845	1846	1847	1848	1849	1850	Summe
342	367	384	368	371	344	312	387	385	404	3664

Die stärkste Aufnahme in jenen 10 Jahren fällt bei den Männern auf das Jahr 1843 = 1174; bei den Weibern auf das Jahr 1841 = 866; auf den Monat Juli = 1053 bei den Männern; auf den Monat August = 793 bei den Weibern.

Vergleichende Uebersicht der Jahre 1847 und 1848 hinsichtlich der Zahl der Aufgenommenen im gesammten Krankenhause, nach Monaten:

1847.	Jan.		Febr.		März.		April.		Mai.		Juni.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
	97	67	94	61	93	60	86	73	91	79	73	71
	164		155		153		159		170		144	

1847.	Juli.		August.		Septbr.		Octbr.		Novbr.		Decbr.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
	107	83	106	74	77	68	87	75	99	62	110	61
	190		180		145		162		161		171	
1848.	Jan.		Febr.		März.		April.		Mai.		Juni.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
	148	62	95	50	101	61	73	62	77	67	128	57
	210		145		162		135		144		185	
	Juli.		August.		Septbr.		Octbr.		Novbr.		Decbr.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
	177	79	164	126	153	99	181	60	115	83	91	71
	256		290		252		241		198		162.	

Diese Zusammenstellung hat zunächst den Zweck, zu zeigen, welche Verschiedenheit der Zahl im ganzen Krankenhause während des eigenthümlichen Jahres 1848 bestanden hat. Die Uebersicht der übrigen, kleineren Spitäler ergiebt keine namhafte Abweichung in der Zahl des Jahres 1848 von früheren Jahren. Interessant wäre es, die vergleichende Zusammenstellung der in den Jahren 1847, 1848 und 1849 unehelich Schwangeren, der unehlich Geborenen und der Geisteskranken, wie dieselbe uns vorliegt, anzufügen, aber das führt in einem Jahresberichte zu weit ab.

Ueber das Alter der im Laufe des Jahres 1850 entlassenen Kranken giebt die nachfolgende Zusammenstellung Aufschluss:

Jahre	Männer	Weiber
Unter 7	—	4
Volle 8	—	1
„ 10	—	1
„ 11	—	2
„ 12	—	1
„ 14	—	3
„ 15	—	2
„ 16	5	19
„ 17	21	32
„ 18	47	56
„ 19	55	74
„ 20	80	67
„ 21	76	54
„ 22	67	75
„ 23	72	46
„ 24	73	50
„ 25	80	51
„ 26	57	52
„ 27	43	24
„ 28	57	29
„ 29	41	16
„ 30	43	21
„ 31	30	11
„ 32	20	13
„ 33	25	8
„ 34	28	2
„ 35	23	7
„ 36—40	52	19
„ 41—45	16	8
„ 46—50	13	6
„ 51—55	4	3
„ 56—60	4	1
Ueber 60	4	—
Summe	1026 Männer,	758 Weiber.

Hinsichtlich der Beschäftigung machten die Kranken folgende Angaben:

Männer:

Schneidergesellen	124
Schuhmachergesellen	124
Tischler- und Drechslergesellen oder Zimmerleute	116
Schlosser und Schmiede	74
Taglöhner	87
Kutscher, Bediente und Hausknechte	68
Kellner und Marqueurs	48
Maurer	20
Fleischhacker	27
Bäcker und Müller	70
Andere Gewerbe {leichtere 63} {schwerere 46}	109
Fabriksarbeiter	101
Latus	968
Transport	968
Municipal- und Finanzwächter, Invaliden	15
Handelsleute	19
Dem Beamten-, Gelehrten- oder Künstlerstande Angehörige	24
Summe	1026

Weiber:

Dienstmägde aus dem Dienste	286
Dienstmägde dienstlos	65
Hand- und Fabriksarbeiterinnen	210
Taglöhnerinnen	119
Wäseherinnen	20
Mädchen im Aufenthalte bei ihren Familien ohne bestimmte Beschäftigung	58
Summe	758

Hinsichtlich des Standes waren:

Ledig	1001 Männer,	725 Weiber,	Summe beider 1726
Verheirathet	17 „	26 „	„ „ 43
Verwittwet	8 „	7 „	„ „ 15
Summe	1026 Männer,	758 Weiber,	Summe beider 1784

Hinsichtlich der Zeiterkrankung vor dem Eintritte in das Krankenhaus machten die Kranken folgende Angaben:

	Männer	Weiber	Summe beider
3 Tage	10	2	12
4 „	24	2	26
5 „	17	1	18
6 „	32	7	39
7 „	147	66	213
2 Woch.	153	95	248
3 „	146	66	212
4 „	165	106	271
6 „	72	63	135
8 „	82	87	169
12 „	50	75	125
16 „	29	54	83
20 „	15	31	46
24 „	30	25	55
28 „	9	17	26
32 „	5	5	10
37 „	13	16	29
1 Jahr	10	25	35
Mehrere Jahre	17	15	32
	1026	758	1784

In mehr als der Hälfte aller Fälle, zumal bei den Weibern, standen diese Angaben im offenbaren Widerspruche mit Ort, Zahl, Ausdehnung und Grad der Erkrankungen.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 28. April 1851.

Hr. M. Meyer hält seinen angekündigten Vortrag über die Behandlung der kalten Fieber mit grossen Chinindosen.

In Henle's und Pfeufer's Zeitschrift für rationelle Medicin, Bd. VIII. Heft 2, hat Pfeufer in einem Aufsatze: „Die Heilung des Wechselfiebers durch einmalige Darreichung des Chinins" behauptet, zur Heilung eines reinen Wechselfiebers genüge es, am fieberfreien Tage 10 Gran Chinin auf einmal zu geben, und hinterlasse diese Gabe keine sichtlichen pathischen Erscheinungen. Dieselbe Methode hat Dr. Meyer im Speciallazareth des dritten Armeecorps, Lindenstr. No. 4, mit der einzigen Abänderung angewandt, dass er nicht, wie Pfeufer, die 10 Gran Chinin mit *Extractum Millefolii* zu Pillen mache, sondern ein Pulver aus 10 Gr. Chinin und 10 Gr. Zucker etwa 10 Stunden vor dem nächsten Anfalle reichen liess. Pfeufer hat seine Beobachtungen nur an leichten *Intermittentes quartanae* und *tertianae* angestellt, die bei 32 Kranken 1 bis 2, bei einem 6, bei einem andern 13 Wochen dauerten. Meyer hat nur schwere Tertianae und Quartanae auf diese Weise behandelt, und zwar vom Ende November 1850 bis Anfang Februar 1851: 25 Quartan-, 3 Tertianfieber, deren bisherige Dauer von ¼ bis 18 Monate differirte, und welche ausser dem Lazareth zum Theil schon mit Chinin, China, *Solutio Fowleri*

behandelt waren. Namentlich litten 8 Kranke vom 8. Infanterie-Regiment in Posen an *Intermittens quartana* von 2½ bis 5monatlicher Dauer. Sie hatten sämmtlich bedeutende Milztumoren, einige auch eine Leberphyskonie, kachektisches Ansehen, Oedem des Gesichts oder der Knöchel. Bei diesen wurde durch eine Gabe von 10 Gran Chinin der Anfall zwar auf 1 bis 4 Wochen unterdrückt, doch konnten selbst durch die kräftigste Diät und Martialia Recidive nicht vermieden werden. Von den übrigen 20 Fällen wurden 3 Tertianae von 2 bis 13 wöchentlicher und 13 Quartanae von 2 bis 18monatlicher Dauer durch eine einzige Dosis von 10 Gran Chinin, eine Quartana von 3 Wochen und eine von 4 Monaten durch zweimalige Darreichung derselben Gabe beseitigt, so dass nur zwei Fälle als ungeheilt zurückgeblieben. Nach diesem Ergebniss kann Hr. Meyer Pfeufer's Behauptung nicht nur unterstützen, sondern hinzufügen, dass auch bei eingewurzeltem Quartanfieber mit Physkonien die einmalige Darreichung von 10 Gran Chinin das Fieber beseitige, wo nicht durch dessen lange Dauer Veränderungen in der Ernährung erzeugt sind, die sich nur allmälig beseitigen lassen. Sichtliche pathische Erscheinungen hat Hr. Meyer selbst bei schwächlichen und durch Krankheit heruntergekommenen Frauen, sowie bei einem 6jährigen Kinde, welchem 6 Gran Chinin auf einmal gegeben wurden, nicht eintreten sehen. Schliesslich erwähnt er, dass oft noch ein Fieberanfall auf die grosse Chiningabe folge, ohne auf die Prognose ungünstig einzuwirken, wie dieses auch von Pfeufer in dem beregten Aufsatze schon angeführt sei.

Hr. Krieger bemerkt, dass schon vor etwa 10 bis 15 Jahren von Russland aus der Vorschlag gemacht worden sei, während des Eintritts des Schweisses eine Gabe von 4 bis 6 Gran Chinin zu geben, wonach gewöhnlich schon der nächste Anfall ausbleiben soll. Hr. K. hat dieses Verfahren häufig versucht und bestätigt aus eigener Erfahrung die gute Wirkung. Des theuren Preises wegen habe er in der Armenpraxis überhaupt kein Chinin gegeben, setzt aber in der Privatpraxis diese Methode fort.

Hr. Berend erwähnt, dass schon Rust eine Gabe von 2 Gran während des Schweisses und eine zweite im Anfang des nächsten Anfalles gereicht habe. — Hr. Körte bezweifelt, dass das Mittel immer genügt haben werde, fernere Anfälle zu vermeiden, giebt aber zu, dass dieses gerade sehr inveterirte seien, und hält die Meyer'sche Methode für die billigste. — Hr. Liman schlägt vor, eine Commission zur Prüfung der Frage, wie das Wechselfieber am sichersten und billigsten zu heilen sei, niederzusetzen. Der Vorsitzende befürwortet den Vorschlag und es werden die Herren Liman, M. Meyer und Körte in die Commission gewählt. Die Versammlung beschliesst, dass die Mitglieder nach einiger Zeit dieser Commission die Resultate ihrer Behandlung einreichen sollen. — Hr. Hoffmann glaubt, dass die Meyer'sche Methode von der Anwendung des Chinoidin an Billigkeit bei weitem übertroffen werde. — Hr. Posner hält dafür, dass Chinoidin kein sicheres Mittel sei, weil seine Wirksamkeit nur von dem grösseren oder geringeren Chiningehalt abhänge. — Hr. Liman hat 6 Fälle nur mit Chinoidin behandelt, aber kein Resultat erhalten. — Hr. Abarbanell giebt 1 Skrupel Chinoidin mit *Extr. Gentianae* zu Pillen gemacht, und hat nicht mehr Recidive gesehen, als auch nach Chinin wohl vorkommen.

Hr. Posner hält seinen Vortrag über Aran'schen Aether und Liqueur des Hollandais. Am 23. Dec. v. J. machte Aran die Académie des sciences auf die local anästhetische Wirkung des Ether chlorhydrique chloré aufmerksam. Flourens hat am 14. Febr. d. J. einen Bericht über die Wirkung dieses Mittels abgestattet, aber über die locale Anästhesie nichts gesehen. Aran wollte bei der Benutzung des Liqueur des Hollandais zu verschiedenen klinischen Resultaten gekommen sein, und Mialhe fand einen grösseren Chlorgehalt in der wirksameren Flüssigkeit. — Der Apotheker Simon glaubt in dem Ether chlorhydrique chloré einen mit Chlor übersättigten Liquor hollandicus gefunden zu haben, welcher durch eine Reihe von Mittelstufen zum *Carbon. trichloretum* führe. — Hr. Posner glaubt, dass die Flüssigkeit eine noch nicht genau bestimmbare Zusammensetzung habe und hat bis jetzt noch nicht von den klinischen Erfolgen Aran's sich überzeugen können; Hr. Geh. Rath Jüngken aber finde die Wirkung bewundernswerth. Dieser habe es bei Muskelrheumatismen, Hemikranie, *Neuralgia arthritica* und vor der Zahnextraction mit ausgezeichnetem Erfolge gebraucht. — J. Roux hat schon 1848 dasselbe vom Chloroform erwähnt, später hat Contal es gegen Rheumatismen, Neuralgien, Bouisson gegen Orchitis empfohlen. Die Verbreitung des Mittels in dieser Beziehung ist aber immer sehr beschränkt geblieben. Ueberhaupt glaubt Hr. Posner, dass das Urtheil über die Wirkung eines localen Anästheticum bei Neuralgischen sehr schwierig sei, weil der psychische Eindruck oft ganz allein den Schmerz stille. Das einzige wirklich wirksame Agens in dieser Art sei die Kälte, die von Velpeau und Nélaton in Form kältemachender Mischungen angewandt sei.

Hr. Henoch hat Holländische Flüssigkeit bei Tic douloureux auf rheumatischer Basis angewandt; er liess im Anfange des Anfalles 25 Tropfen auf Leinwand aufgeträufelt applieiren. Die Kranken behaupten, der Schmerz habe seine Stelle gewechselt, sonst aber nicht nachgelassen. Uebrigens brenne das Mittel so sehr, dass die Damen sich die weitere Anwendung verbäten.

Hr. Krieger berichtet über mehrere negative Erfahrungen, die er sowohl mit Aran's Aether, als mit Holländischer Flüssigkeit zu machen Gelegenheit hatte.

Hr. Berend hat nach einer gewaltsamen Streckung einer Kniecontractur, die von den heftigsten Schmerzen gefolgt war, ein Chloroform-Kataplasma aufgelegt, und die Kranke fühlte bald nach der Anwendung ein völliges Verschwinden des Schmerzes.

Hr. Posner bemerkt, dass diese Aetherarten bei rheumatischen Neuralgien gleichsam als Epispastica wirken, da sie einen örtlichen Schmerz verursachen, und dass theils diesem Umstande, theils der unvermeidlichen Einathmung eines Theiles der Flüssigkeit eine Wirkung zuzuschreiben sei.

Hr. Ruge hat mehrere Tage consequent bei Tic douloureux die Holländische Flüssigkeit ganz ohne Erfolg angewendet. — Hr. Körte hat ebenfalls vier Versuche gemacht, aber nur ein lebhaftes Brennen auf der Haut, jedoch keine Anäthesie wahrgenommen. — Aehnlich spricht sich Hr. Bartels aus.

Hr. Krieger berichtet über folgenden durch Hrn. Dr. Hassel ihm zugekommenen Fall. Ein 20jähriges Mädchen hat seit der Kindheit eine Vergrösserung des *Labium majus* bemerkt, das im 14. Jahre die Grösse ihrer Faust hatte, auf welcher sich Knoten, die sich abscedirten, bildeten, und die Schamlippe die Grösse eines mässigen Mannskopfes erreichte. Das Mädchen wurde unfähig, ihre Dienstgeschäfte zu verrichten, weil der über die Geschwulst fliessende Urin und die Fäces an der vorderen und hinteren Fläche Excoriationen gebildet hatten und die Kranke an jeder Bewegung hinderten. Der Vortragende legte ein vortrefflich gearbeitetes Wachspräparat von der Geschwulst vor, an welchem die grossnarbige Beschaffenheit der Haut, sowie verschiedene Narben geheilter Abscesse, und unter anderen auch eine etwa thalergrosse vertiefte Hautstelle bemerkbar war, die nach einem überstandenen leprösen Geschwüre zurückgeblieben war. Der Verfertiger des Präparates ist der Prosector Borsche, Linienstr. 89. Durch die vielen Beschwerden und die fast völlige Unmöglichkeit sich zu bewegen, war die Kranke veranlasst, die Absetzung der Geschwulst zu begehren, und hatte deshalb Hr. Krieger, nachdem er in einer mit den HH. Berend, Hassel, Käler, Krause, Schulze abgehaltenen Consultation sich gegen die Annahme eines Bruches ausgesprochen, weil eine Fortsetzung des Inhalts der Geschwulst in die Unterleibshöhle hinein nicht nachgewiesen werden konnte, auch die Annahme eines *foetus in foetu* von der Hand gewiesen, weil weder Knochen, noch eine Gelenkverbindung oder grosse Gefässe an dem Tumor wahrgenommen werden konnten, die Missbildung lediglich für eine Elephantiasis erklärt, welche operirt werden müsse. Die Operation hat auch am 17. April in folgender Weise stattgefunden. Mit einem starken seidenen Bande wurde die mehr als armdicke Basis der Geschwulst möglichst nahe am Schambein zusammengeschnürt, der Tumor durch die hierdurch gewonnene Ansa erhoben, und dicht unterhalb der letzteren mit einem Zirkelschnitt umgehen, worauf die ganze Geschwulst mit vorsichtigen Messerzügen abgesetzt wurde. Die Blutung war nicht sehr bedeutend und stand nach der Unterbindung einiger Arterien, deren grösste nicht dicker wie eine Rabenfeder war. In der Mitte der etwa handgrossen Wundfläche befand sich eine Stelle von kolloidartigem Ansehen, welche als mit zur Geschwulst gehörig exstirpirt wurde. Hierauf wurde ein plastischer Versuch gemacht, um durch Herabführung eines aus der überflüssigen Haut des Unterleibes gebildeten Lappens das entfernte *Labium majus* zu ersetzen und durch eine zweite Hautübertragung die übrige Wundfläche zu bedecken. Die Operation dauerte etwa eine Stunde, während welcher die Kranke völlig narkotisirt geblieben war. Die abgesetzte Geschwulst hatte, nachdem sie bis zum andern Tage gewässert worden war, ein Gewicht von 4 Pfd. 9¾ Loth und einen Umfang von 1 Fuss 5¼ Zoll. In pathologisch-anatomischer Beziehung erschien sie als eine der Elephantiasis nicht unähnliche Hypertrophie der Haut und des subcutanen Bindegewebes mit sehr starker seröser Infiltration. Ein genauerer Bericht über ihre feinere Anatomie soll später mitgetheilt werden. Die Kranke befand sich am Tage nach der Operation im Ganzen wohl. Es war aber eine solche Anschwellung der transplantirten Hautlappen entstanden, dass Blutegel auf dieselben gesetzt werden mussten. Es hatte sich ein Coagulum unter denselben gebildet und sämmtliche Nähte gaben nach, so dass die Wunde durch Eiterung von übrigens guter Beschaffenheit heilt. Zum inneren Gebrauche erhält die Kranke salinische Abführungen und eine Abkochung von *Species lignorum* mit Sarsaparille.

Der Secretair der Gesellschaft: Krieger.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baden. Dem Geh. Rath Leibarzt Dr. Bils, Director der Sanitäts-Commission, zum innehabenden Commenthurkreuz des Zähringer Löwenordens die Auszeichnung des Eichenlaubes; dem Geh. Hofrath Leibarzt Dr. Gugert in Baden das Commenthurkreuz; Hofrath Hofphysikus Dr. Schriekel das Ritterkreuz desselben Ordens.

Baiern. Dem k. Stadtgerichts-Arzte Dr. Winder in Augsburg das Ritterkreuz des k. Verdienstordens vom heil. Michael.

Oesterreich. Dem Unterarzt Fl. Schwarz vom Szluiner Grenz-Regimente das silberne Verdienstkreuz mit der Krone; dem Oberarzte Dr. V. v. Fleischhacker das goldene Verdienstkreuz; Dr. J. Bauer zu Neusohl der k. russ. St. Anna-Orden 3. Kl.

Preussen. Dem Geh. Med.-Rathe Dr. Lorinser in Oppeln der Rothe Adlerorden 2. Kl.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt: Med.-Rath Dr. Graf in München zum Beisitzer im Ober-Med.-Ausschusse; Dr. L. Zahner, prakt. Arzt in Sommerhausen, zum Landgerichts-Physikus in Weihers; die prakt. Aerzte DD. Werner in Deidesheim zum Cantonsarzt in Landstuhl, V. Krehbiel in Dirmstein zu solchem in Edenkoben, A. Mair in Eichstädt zum Physikatsarzt in Greding, Unterarzt 1. Kl. im 7. Inf.-Reg. Dr. A. Höger zum Cantonsarzt in Lauterecken. Versetzt: Die Physikatsärzte DD. Eichhorn von Gunzenhausen nach Nürnberg, Reuss von Greding nach Gunzenhausen, Steigerwald von Sulzbach nach Bamberg. Quiescirt: Cantonsarzt Dr. Geiger zu Landstuhl, Physikatsärzte DD. Heinrichmaier in Nürnberg, G. Scharff in Bamberg.

Baden. Versetzt: Amtschirurg Kaiser von Staufen nach Bühl. Quiescirt: Geh. Hofrath Dr. Gmelin, Prof. der Chemie an der Univ. zu Heidelberg, unter Verleihung des Charakters als Geh. Rath. 2 Kl.

Braunschweig. Ernannt: Dr. Rothschild in Zorge zum Physikus für das Amt Walkenried. Derselbe ist der erste, welchem als Israelit ein Physikatsbezirk übertragen ist.

Preussen. Angestellt: Die hiesigen prakt. Aerzte DD. Oestreich und Stubenrauch als Stadt-Armenärzte; der prakt. Arzt Dr. Maletius als Physikus des Kreises Pillkallen. Versetzt: Kreisphysikus Dr. Tschirner zu Berent in gleicher Eigenschaft in den Kreis Pr. Stargardt. Niederlassungen: Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Lübbers in Neustadt, Kreis Gummersbach; der Kreiswundarzt Rupp hat seinen Wohnsitz von Kindebrück nach Sömmerda verlegt; der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Alfter ist von Bonn nach Rehme gezogen; der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Bersu hat sich in Sellnow, Kreis Arnswalde, der pr. Arzt Dr. Schauenburg in Bonn und der Thierarzt 1. Kl. Nidetzki in Pleschen niedergelassen.

Im Regierungs-Bezirk Königsberg waren am Schlusse des Jahres 1850 ansässig: 146 praktische Aerzte, 29 Wundärzte 1. Kl., 27 Wundärzte 2. Kl., 68 Apotheker, 33 Thierärzte und 491 Hebeammen. — Desgleichen im Regierungs-Bezirk Trier: 69 prakt. Aerzte, 32 Wundärzte 1. Kl., 15 Wundärzte 2. Kl., 40 Apotheker, 15 Thierärzte und 355 Hebeammen.

Todesfälle. Braunschweig. Der prakt. Arzt Dr. Huben zu Braunschweig, 28 Jahre alt.

Preussen. Kreisphys. Sanitätsr. Dr. Seiler zu Höxter; Kreisthierarzt Blume zu Burg; Kreiswundarzt Fischer zu Weissenfels; Wundarzt Zopp zu Köln.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1].

(Fortsetzung aus No. 20.)

9. Specielle Pathologie und Therapie.

b. Blutkrankheiten.

Albers, Bericht über 84 Leichenöffnungen (Darmblutungen im Typhus). Deutsche Klinik No. 4.
Ancell, Ueber Blutkrankheiten. Med. Times, Jan.
Bennett, Ueber Leucocythemie oder ungewöhnlichen Gehalt des Blutes an farblosen Körperchen. Monthly Journ., Jan., April.
Byford, Ueber Typhus und seine Complicationen. Americ. Journ., Jan.
Cholera, Contagium derselben. L'Union 1 u. 2.
Durant, Ursachen und Behandlung der Cholera. Presse méd. 5.
Heidenhain, Einige Bemerkungen über Tuberkulose mit Rücksicht auf die neuesten Ansichten von Henle und Reinhardt. Deutsche Klinik No. 9 u. 10.
Heimbrod, *Typhus abdominalis sine febri.* Pr. Vereinz-Ztg. No. 2.
Jenner, Typhus und Typhoidfieber. Med. Times, Jan., Febr.
Itzigsohn, *Intermittens septumana.* Pr. Vereins-Ztg. No. 15.
Leubuscher, Bericht über die Cholera-Heilanstalt in Berlin im Jahre 1850. Deutsche Klinik No. 1 u. 2.
Mac Sherry, Ueber Behandlung der Cholera. Americ. Journ., Jan.
Moll, Ueber Nervenfieber und Wechselfieber. Deutsche Klinik No. 4.
Naumann, Einige Worte über Tuberkelkrankheit. Ibid. No. 14.
— Ueber den wahren Grund der Fieberexacerbationen. Ibid. No. 5.
Pleischl, Ueber das Vorkommen von Pericardialgeräusch bei Cholerakranken *in stadio algido.* Prager Vierteljahrsschrift Heft 1.
Sandwith, Das Gehirn im Fieber. Lond. Journ., Febr.
Schlegel, Die Schutzmassregeln gegen die asiatische Cholera. Pr. Vereins-Ztg. No. 1.
Siebert, Fälle von Typhus aus seiner Klinik. Deutsche Klinik No. 18.
Siegert, Die asiatische Cholera und ihre Heilung durch den inneren Gebrauch des Eisens. Schwerin, 1851.
Traube, Vom Einfluss der Blutentziehungen auf die Körpertemperatur in fieberhaften Krankheiten. Deutsche Klinik No. 9 u. 10.
Watson, Ueber den Ausbruch der Cholera in Jamaica im Jahre 1850. Lancet, Jan.
Woillez, Ueber die Cholera-Epidemie zu Clermont im Jahre 1849. Ann. med.-psych., Jan.
Zimmermann, Klinische Untersuchungen zur Lehre vom Wechselfieber und Krankheitsverlauf. Dessen Archiv 1.

c. Krankheiten der Circulationsorgane.

Alison, Die Krankheiten des Herzens. Lond. Journ., April.
Beylie, Ueber die fettige Degeneration des Herzens. Monthly Journ., März.
Clemens, Pfortaderentzündung. Pylephlebitis. Deutsche Klinik No. 12.
Fearnside, Ueber Pericarditis. Lond. Gaz., Febr.
Gairdner, Ueber die Ausgänge der Pericarditis, namentlich die Verwachsung mit dem Pericardium. Monthly Journ., Febr.

d. Krankheiten der Respirationsorgane.

Budd, Klinische Vorlesungen über Medicin (Pleuresie).
Cotton, *Phthisis and the Stethoscope. A concise practical guide to the physical diagnosis of consumption.* London. 8. 97 S.
Hérard, Hydatide in den Lungen. L'Union 10.
Hutchinson, Diagnose und Therapie der Lungenschwindsucht. Med. Times, Jan.
Lewick, Ueber Fälle von *Phthisis pulmonalis*, behandelt im Pennsylvanian-Hospital; nebst Bemerkungen über die Wirkung des Leberthranes dabei. Americ. Journ., Jan.
Liman, Latente Pneumonie. Casper's Wochenschrift No. 6.
Mailliot, Zur Behandlung der *Phthisis pulmonalis.* Gaz. des hôp. 2.
Monneret, Ueber den Pneumothorax und die akustischen Phänomene bei demselben. Archiv. génér., März.
Rouxeau, Aether-Inhalationen bei Behandlung einiger chronischer Brustaffectionen. Rev. méd.-chir., März.
Seitz, Ein Fall von Emphysem und Pneumonie. Deutsche Klinik No. 6.
Todd, Ein Fall von Pneumothorax mit partieller Tuberkel-Ablagerung. Lond. Gaz., Jan.
— Vorlesungen über Pneumothorax und Puls. Ibid., Febr.
Traube, Infiltration des Lungenparenchyms mit tropfbarer Flüssigkeit als Ursache exquisiter consonirender Phänomene. Deutsche Klinik No. 11.

e. Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane.

Acton, *A practical treatise on diseases of the urinary and generative organs.* 2. edit. London. 8. 693 S.
Bird, Golding, *Urinary deposits, their diagnosis, pathology and therapeutical indications.* 3. edit. London. 8. 428 S.
Brown, Sectionsbefund bei einem *Diabetes mellitus.* Lond. Gaz., Jan.
Clark, Fall von Geschwulst in der Blase. Americ. Journ., Jan.
Colton, Hämaturie in Folge von Terpenthindämpfen. Dubl. Press No. 627.
Gigot, Ueber das Wesen des *Morbus Brightii.* Gaz. des hôp. 4.
Johnson, Die Diagnose und Prognose einiger Nierenkrankheiten. Lond. Journ., Febr.
Lizars, *Practical observations on the treatment of Stricture of the Urethra and Fistula in Perineo.* Edinburgh. 8. 91 S.
Mackenzie, Fall von Strictur der Urethra. Monthly Journ., März.
Nasse, Die Wasserbildung im Diabetes. Vierordt's Arch. 1.
de Neufville, Ueber einen Fall von Nierenverwachsung und deren tödtliche Folgen. Ibid. 2.
Syme, Fall von Strictur der Urethra durch äussere Incision behandelt. Monthly Journ., April.

[1] Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Berichtigung.

S. 168. C. 2. Z. 35. statt: zersetzte l.: zerfetzte.

Sonnabend, № 22. 31. Mai 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber Froschgeschwulst.

Von

Dr. Albert Haller.

(Fortsetzung aus No. 21.)

Symptome der Ranula.

Im Allgemeinen versteht man unter Ranula eine Geschwulst unter der Zunge, die, meist ohne Symptome von Entzündung entstehend, Anfangs als ein kleines Knötchen unter der Mundschleimhaut erscheint. Der Sitz ist häufig auf einer Seite, bald rechts, bald links neben dem *Frenulum linguae*, häufig aber auch auf beiden Seiten, so dass die Geschwulst von dem Frenulum anscheinend in zwei Theile getrennt wird. Welches der häufigste Sitz ist, wird von den Schriftstellern sehr verschieden angegeben.

Diese Geschwulst ist unschmerzhaft, ihre Farbe Anfangs nicht verändert, die Consistenz mehr oder weniger weich; Fluctuation zeigt sich in der Geschwulst um so deutlicher, je grösser sie ist. Die Geschwulst wächst mehr oder weniger langsam, erreicht aber nach längerer Zeit oft eine enorme Grösse, wie die von Wernher citirten Fälle von Boinet[1]), wo die Geschwulst die ganze Mundhöhle gefüllt und noch daraus hervorgeragt haben soll, und von Petit[2]) beweisen, wo sie die Grösse dreier Hühnereier darbot. Die wenigen Fälle, wo sie rasch zugenommen haben soll, sind schon von Anderen mindestens zum grössten Theil aus der Zahl der Beobachtungen der eigentlichen Ranula verwiesen worden[3]). Ebenso scheint auch der Fall von Chassaignac[4]), den noch Jobert[5]) als *Ranula acuta* anführt, nicht dahin gerechnet werden zu dürfen, da der Schmerz, die Härte der Geschwulst wohl mehr für Entzündung (wenn schon in Folge von Verstopfung des Wharton'schen Ganges) sprechen, als für die Affection, die wir eigentlich Ranula nennen.

So lange die Geschwulst klein ist, macht sie dem Patienten kaum irgend welche Beschwerde, kommt daher nur selten zu ärztlicher Beobachtung. Wird sie grösser, so dehnt sie besonders die sie bedeckende Schleimhaut aus, erscheint daher häufig bläulich, violett, häufig von erweiterten Gefässen bedeckt, halb durchsichtig, mehr oder weniger gespannt und fluctuirend. Ihre Gestalt ist meist rund oder oval, ihre Umgränzung deutlich; doch sind Fälle beobachtet worden, wo sie sich nach einer Seite stärker erweitert hatte, hier gleichsam einen weiteren oder engeren Gang bildend[6]). Häufig drängt sie auch, mehr und mehr wachsend, die Muskeln unter dem Unterkiefer allmälig aus einander, und bricht sich so bis unter die äussere Haut Bahn, wo sie dann unter dem Kinn als weisse schmerzlose Geschwulst erscheint, die alle obengenannten Charaktere zeigt. Durch Druck auf diese am Halse sichtbare Geschwulst lässt sich häufig stärkere Anfüllung der unter der Zunge befindlichen Portion hervorbringen, die aber bei nachlassendem Druck sogleich wieder schwindet, indem die Flüssigkeit, der Schwere folgend, wieder ihre alte Stelle einnimmt.

Wenn die Geschwulst eine gewisse Grösse erreicht hat, geschieht es nicht selten, dass sie plötzlich berstet und ihren Inhalt entleert. Dann glaubt der Kranke bei dem vollkommenen Schwinden der Symptome wohl schon ganz geheilt zu sein; aber die Oeffnung schliesst sich wieder und die Geschwulst entsteht von neuem, schneller, als das erste Mal, wachsend, bis sie wieder berstet. Doch auch dann füllt sie sich meist wieder, und es kann so Wachsen und Bersten mehrmals wechseln. Zu bemerken ist aber, dass, je länger die Geschwulst besteht, um so mehr ihre Wandungen sich verdicken, so dass sie zuletzt wohl selbst ganz fest, wie cartilaginös werden. Auch kann durch manche Umstände, wie Bersten der Geschwulst und Infiltration des Inhalts ins Zellgewebe, durch mechanische Schädlichkeiten u. s. w. Entzündung der Wände und der Umgegend hervorgebracht werden.

Was den Einfluss der Krankheit auf das Allgemeinbefinden betrifft, so ist er Anfangs, wie schon erwähnt, sehr unbedeutend. Später drängt bei fortwährendem Wachsthum die Geschwulst die Zunge in die Höhe, erschwert ihre Bewegungen und verengt die Mundhöhle. Daher entsteht Beschwerde beim Sprechen, Singen, Pfeifen, selbst wohl Sprachlosigkeit und Schlingbeschwerden, Athemnoth, die bis zur Erstickungsgefahr wachsen kann; häufig werden auch die Zahnreihen beeinträchtigt, die Zähne verändern ihre Richtung, wackeln, fallen aus; der Athem, wie bisweilen auch der Speichel, nimmt durch Zersetzung der organischen Substanzen (die bei dem meist offenen Munde rascher vor sich geht) einen stinkenden Geruch an. Ja die höchste Entwickelung der Geschwulst könnte wohl durch Erstickung tödten; doch ist mir kein Fall bekannt, wo dieses geschehen wäre.

Ganz ähnlich sind die Erscheinungen in den Fällen, welche man als *Ranula congenita* zu bezeichnen pflegt, die aber, da sie schon während des Fötallebens sich ausbilden, natürlich in mancher Hinsicht noch dunkler sind.

Anatomischer Charakter und Wesen der Ranula.

Es sind trotz der ziemlich zahlreichen Beobachtungen von Ranula und ähnlichen Geschwülsten an Lebenden nur erst sehr wenige pathologisch-anatomische Untersuchungen über diesen Gegenstand bekannt geworden, was aus der obigen Beschreibung der Krankheit sehr erklärlich wird. Und dennoch stimmen auch die bei diesen wenigen Untersuchungen erlangten Resultate keineswegs ganz überein. Wir müssen daher, wollen wir anders einiges Licht über unsern Gegenstand verbreiten, ausser jenen Untersuchungen an Leichen auch die Erfahrungen an Lebenden, die bei Gelegenheit von Operationen gemacht sind, wenn gleich sie in Bezug auf Genauigkeit Manches zu wünschen übrig lassen, wie auch Symptome, Aetiologie, Behandlung einer möglichst genauen Kritik unterwerfen; es wird daher aus den betreffenden Capiteln Manches anticipirt werden müssen. Bevor wir uns aber zu diesen wichtigen Untersuchungen wenden, wird es gewiss wohl gethan sein, wenn wir eine möglichst genaue anatomische Kenntniss von der betreffenden Gegend im gesunden Zustande uns zu verschaffen suchen, daher ich hier wenigstens einen kurzen Ueberblick derselben geben will.

Bei der anatomischen Untersuchung der Unterzungengegend finden wir sie nach vorn und zu beiden Seiten begrenzt von dem Körper und den Aesten des Unterkiefers. Nach hinten verlaufen die sich nach oben und aussen schlagenden Fasern des *Musculus glossopalatinus*; doch ist die Begränzung hier nicht ganz genau, indem die Gegend in die hintere und die seitlichen Wände der Mundhöhle übergeht. Den Boden der Gegend, das sogenannte *Pavimentum linguae*, bilden die *Musculi mylohyoidei* nebst den mehr zur Haut des Halses hin gelegenen *Musculis geniohyoideis.* Auf der Gegend liegt die Zunge. Aus dem mittleren Theile steigen auf beiden Seiten die nach oben divergirenden Fasern der *Musculi genioglossi*, die in der Mittellinie, ebenso

1) Mémoires de chirurgie. Tome V. pag. 12. — Wernher l. c. pag. 53.
2) Petit, traité des maladies chirurgicales. T. I. p. 181. — Wernher l. c.
3) Nélaton l. c.
4) Chassaignac, gazette des hôpitaux 1844, 1. Juillet, pag. 310.
5) Jobert l. c. Tome I. pag. 408.
6) Lassus l. c. pag 406. — R. A. Vogel, chirurg. Beobachtungen. 2. Sammlung. Lübeck, 1780. No. 5. — Richter, chir. Bibliothek. Bd. V. p. 512. — Hauser in: Medicin. Jahrbücher des k. k. österreich. Staates. 1843. Octbr. pag. 44.

wie die *mylohyoidei*, durch einen Bindegewebestreifen vereinigt werden. Durch diese Bindegewebestreifen wird die ganze Gegend in zwei Hälften getheilt, welche Theilung auch an der Schleimhaut durch ihre als *Frenulum linguae* bekannte Falte angedeutet ist. Die ganze Gegend ist ausgekleidet von einem Theile der Mundschleimhaut, die, vom Zahnfleisch herabsteigend, den Boden überzieht, in der Mitte desselben das Frenulum bildet, an den Seiten der Zunge aufsteigt und in die Zungenschleimhaut übergeht und ebenso an der hinteren Grenze in die Schleimhaut der übrigen Mundhöhle sich fortsetzt. Die Schleimhaut enthält auch in dieser Gegend einzelne Schleimdrüsen, die aber viel seltener und weniger entwickelt sind, als in anderen Theilen der Mundhöhle. Die Schleimhaut bildet überdies die zackigen *Fimbriae linguae* und zeigt zu beiden Seiten des Frenulum eine rundliche Hervorragung, die *Caruncula sublingualis*, von der Mündung des Speichelganges durchbohrt.

Unter der Schleimhaut verläuft in wenig straffes Zellgewebe gebettet, von vorn nach hinten und von innen nach aussen, etwas stärker nach hinten gerichtet als der Ast des Unterkiefers, der an der Caruncula beginnende Wharton'sche Gang, in welchen oder mit welchem zugleich die kleinen, aus der *Glandula sublingualis* kommenden *Ductuli Riviniani* münden, die sich aber häufig auch in den kurzen *Ductus Bartholinianus* vereinigen. Unter diesen Gängen und auf dem *Musculus mylohyoideus* liegt auf jeder Seite durch kurzes, ziemlich straffes, nur mit wenig Fett gemischtes Bindegewebe an den Ast des Unterkiefers geheftet, die gelappte Unterzungendrüse.

Zwischen dieser Drüse und dem *Musculus genioglossus* bleibt ein Raum, der nach unten nur zum Theil vom *Musculus mylohyoideus* geschlossen wird und mit weniger straffem Bindegewebe ausgefüllt ist, welches letztere die hier sich verbreitenden Nerven und Gefässe einhüllt. In diesem Raum trifft man zuerst auf vielfache Venengeflechte, Aeste der *Vena lingualis;* nächstdem auf die Zweige des *Nervus hypoglossus*, welcher, an der hinteren Gränze der Gegend dicht unter dem Wharton'schen Gange zum Vorschein kommend, von den Venen umsponnen einen Bogen bildet, und längs des ganzen Seitenrandes der Zunge in mehreren Zweigen in die Zunge selbst eintritt. In der Tiefe dieses Raumes sieht man die unter dem Nerven erscheinende *Arteria lingualis*, welche sich am vorderen Rande des *Musculus hyoglossus* in die nach vorn und oben zwischen die Zungenmuskeln tretende *Art. ranina* und die sich in den umgebenden Theilen verzweigende, zwischen der *Glandula sublingualis* und dem *Musculus mylohyoideus* verlaufende *Art. sublingualis* spaltet. Nach innen ist der beschriebene Raum von dem *Musculus genioglossus* begränzt, der mit divergirenden Fasern in die Zunge tritt; dieser Muskel wird nach vorn zu schmäler, als er hinten ist und besitzt häufig dicht neben seinem vorderen, etwas scharfen Rande und nach aussen von diesem eine in Bindegewebe gebettete und von einer eigenen Membran umgebene Höhlung mit etwas Flüssigkeit: einen Schleimbeutel [1]). Dieser liegt also dicht neben dem *Frenulum linguae*, nur von der Schleimhaut bedeckt an der äusseren Seite des *Musculus genioglossus;* dicht hinter ihm treten die vordersten Aeste des *Nervus hypoglossus* in die Zunge; unter ihm liegt, durch Bindegewebe von ihm getrennt, die *Glandula sublingualis* und etwas mehr nach vorn und auf der genannten Drüse der *Ductus Whartonianus.* Der Schleimbeutel selbst hat eine runde oder etwas längliche Gestalt, wo dann der grössere Durchmesser von oben nach unten und von vorn nach hinten gerichtet ist; seine Grösse ist die einer Erbse oder kleinen Bohne. Er besteht aus einer eigenen, sehr dünnen und durchsichtigen Membran, deren vordere Wand so dicht mit der sie bedeckenden Schleimhaut verbunden ist, dass es mir nicht gelungen ist sie beim Abziehen der Schleimhaut ganz zu erhalten. Die in der Membran enthaltenen paar Tropfen Flüssigkeit zum Behuf einer genaueren Untersuchung aufzufangen, ist mir nicht möglich gewesen; auch die mikroskopische Untersuchung der Wand hat nicht unternommen worden können, weil ich kein hinreichendes Stück derselben gehörig habe vom Bindegewebe befreien können. Uebrigens scheint der Schleimbeutel keineswegs etwas durchaus Constantes zu sein, denn ich habe ihn zwar bisweilen auf beiden Seiten, häufig aber auch nur auf einer, ja manchmal weder auf der einen, noch auf der anderen Seite gefunden. Ueber die Häufigkeit seines Vorkommens kann ich wegen der unzulänglichen Zahl der Leichen die mir zu Gebote gestanden haben, kein Urtheil fällen.

Nach dieser anatomischen Einleitung wenden wir uns zu unsrer nächsten Aufgabe, indem wir die im geschichtlichen Theil entwickelten Ansichten, so weit sie bisher noch festgehalten werden, gesondert einer Kritik unterwerfen, bei welcher Gelegenheit die pathologische Anatomie zugleich die nöthige Berücksichtigung finden wird.

[1]) Wenn Hyrtl diesen Beutel für ein noch geschlossenes Drüsenelement erklärt (Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 2. Aufl. Wien, 1850. pag. 456), so sehe ich doch in den bis jetzt gemachten Beobachtungen keinen hinreichenden Grund für eine solche Annahme.

Am meisten bestritten wird in neuerer Zeit die Ansicht von dem Wesen der Ranula, welche ihren hauptsächlichen Sitz in den Speichelorganen sucht oder doch ihren Zusammenhang mit denselben behauptet, und namentlich Wernher [1]) und Kyll [2]), wie auch Nélaton [3]), sind es, die die wichtigsten dagegen sprechenden Gründe zusammengestellt haben, während Jobert [4]) es sich angelegen sein lässt, jene Ansicht zu vertheidigen und vor dem irrthümlichen Verwerfen dieser Entstehungsart der Geschwulst zu warnen.

Es erscheint von vorne herein nicht wahrscheinlich, dass so dünnwandige Kanäle, wie die Ausführungs- oder gar die eigentlichen Drüsengänge der *Glandula submaxillaris* oder *sublingualis* einer so bedeutenden Ausdehnung fähig seien, wie sie die oft beträchtliche Grösse der Ranula voraussetzen müsste. Die genannten Kanäle sind noch dünnwandiger, als der Stenonische Gang; dennoch sind Geschwülste an letzterem, die man ähnlich erklärte, kaum beobachtet. Die wenigen Notizen, die sich über solche Geschwülste am Stenonischen Gange bei den Schriftstellern finden, erweisen ihre Entstehungsweise und ihren Sitz nicht gehörig sicher, da die gehörige anatomische Untersuchung auch hier fehlt. Ueberdies sind sie theils ungenau beobachtet, wie namentlich der Fall bei Rougnon [5]), theils wurden sie auf andere Weise geheilt, als es sich bei dem angegebenen Charakter derselben erklären lässt (das Brennen einer rasch entstehenden Geschwulst dieser Art, das Larrey [6]) vornahm, wird doch wohl nicht blosse Eröffnung, sondern vielmehr Verwachsung des Sackes zur Folge haben); endlich verschwinden sie nach Boyer [7]) schon durch die einfache Incision, offenbaren also, selbst wenn sie vorkommen, durch den Mangel der hartnäckigen Recidive eine andere Natur, als die Ranula. Uebrigens sind sie auch schon viel zu selten beobachtet, als dass sie, und namentlich ihre Entstehung, über allen Zweifel erhaben wären.

Wenn wir nun nichts Sicheres von einer ähnlichen Affection des Stenonischen Ganges wissen, so müssen, wollen wir anders den Sitz der Ranula im Wharton'schen Gange nicht fallen lassen, irgend welche Ursachen existiren, welche diesem letzteren eine grössere Disposition zur Speichelanhäufung verleihen. Nach solchen Ursachen sehen wir uns aber umsonst um; denn die verhältnissmässig grössere Resistenz und Dichtigkeit der Wände des Stenonischen Ganges, in Folge deren sie leichter rissen, sich aber weniger ausdehnen liessen, ist noch durch nichts bewiesen, wenn schon Dupuytren [8]) durch solche Eigenschaften die grössere Neigung des Stenonischen Ganges zur Fistelbildung, wie die des Wharton'schen zur Speichelanhäufung erklären will. Es sollten vielmehr die dickeren Wände des Stenonischen Ganges sich stärker ausdehnen lassen, bevor sie reissen, als die des Wharton'schen. Und wenn Jobert [9]) durch anatomische Gründe die Erweiterung im Wharton'schen Gange für mehr begünstigt hält, als in vielen anderen Ausführungsgängen von Drüsen, so überlässt er uns doch in Betreff dieser Gründe ganz unseren eigenen Vermuthungen.

Es leidet nun freilich keinen Zweifel, dass in manchen Fällen der Wharton'sche Gang durch Concretionen, fremde Körper u. s. w. verstopft wird; aber schon *a priori* muss es höchst unwahrscheinlich sein, dass dadurch Symptome hervorgebracht würden, wie die beschriebenen der Ranula. Es sollte sich vielmehr bei Gegenwart von Concrementen oder fremden Körpern ein entzündlicher Zustand der umgebenden Gebilde, hervorgebracht durch den Reiz, einstellen, also Schmerz, Röthung, auch wohl Eiterung und Verschwärung, wie sie sich doch bei Ranula nicht finden; überdies müsste Schmerzhaftigkeit der Unterkieferdrüse, ein Reizungszustand derselben mit nachfolgender Atrophie und Aufhebung der Secretion eintreten, wie dieses bei Compression des Stenonischen Ganges zur Heilung von Fisteln stets beobachtet wird. Dass aber diese Erscheinungen sich in der That auch an dieser Drüse einfinden, wird noch durch viele Beobachtungen bestätigt; so durch den Fall von Bell [10]) wo eine Concretion Geschwürbildung veranlasste; durch einen Fall von Sabatier [11]), wo durch einen Stein Schmerzhaftigkeit und Verhärtung der Unterkieferdrüse entstand; dasselbe zeigte sich auch in den Fällen, die in den *Ephemerides naturae curiosorum* [12]) beschrieben sind, wie in dem von Nicod [13]) beobachteten; heftige Entzündung in Folge eines

[1]) Wernher l. c. pag. 34.
[2]) Kyll l. c.
[3]) Nélaton l. c. Tome II. pag. 736.
[4]) Jobert l. c. Tome I. pag. 407.
[5]) Rougnon's pathologisch-semiotische Betrachtungen. Aus dem Lateinischen von Dr. K. G. Kühn. Halle und Leipzig, 1801. Bd. II. pag. 143.
[6]) Larrey l. c. Tome II. pag. 50.
[7]) Boyer l. c. Tome VI. pag. 281.
[8]) Dupuytren l. c. Tome III. pag. 298.
[9]) Jobert l. c. Tome I. pag. 407.
[10]) B. Bell l. c. Bd. III. pag. 381.
[11]) Sabatier l. c. pag. 171.
[12]) Miscellanea curiosa medico-physica academiae naturae curiosorum s. ephemeridum decur I. ann. III. Lipsiae et Francofurti, 1673. Obs. I. fol. 4.
[13]) Pétrequin l. c. pag. 110.

Concrementes beobachtete Hirsch [1]); hierher gehörte endlich offenbar auch der schon erwähnte Fall von Chassaignac. Dennoch fehlen alle diese Symptome bei der eigentlichen Ranula, wie man sie fassen muss, wenn nicht alle Geschwülste, so verschiedener Natur sie sein mögen, unter diesem Namen zusammengeworfen werden sollen.

Wenn nun also auch Verstopfung des Wharton'schen Ganges keineswegs ganz geleugnet werden kann, so passen doch schon ihre Symptome nicht unter das für die Ranula festzuhaltende Bild. Ueberdies muss aber allem Anschein nach der dünnwandige Kanal schon bei mässigem Grade von Ausdehnung reissen, wie oben auseinandergesetzt worden ist. Der Inhalt tritt alsdann in das Zellgewebe unter der Schleimhaut, infiltrirt dieses; nun muss aber der so extravasirte Speichel, wenn er nicht etwa resorbirt wird, als fremder Körper wirken und folglich Entzündung, Eiterung hervorrufen, in deren Folge eine Oeffnung entstehen muss nach aussen oder nach innen, die dann als Fistel nachbleibt. Diesen Vorgang beobachten wir bei allen wahren Drüsen, namentlich aber auch an der Parotis, indem ja dadurch häufig die Fisteln des Stenonischen Ganges entstehen. Wenn nun schon durch eine solche Infiltration anfänglich eine geringe Geschwulst entstehen könnte, so würde doch auch diese mit der Ranula keine Aehnlichkeit haben, denn sie müsste teigig und diffus sein, bald aber, falls sie nicht durch Resorption wieder schwände, schmerzhaft werden und in Entzündung, Eiterung und Fistelbildung übergehn. Die von Manchen angenommene secundäre Bildung eines Sackes um den extravasirten Speichel muss daher als unphysiologisch und in keiner Weise in der Erfahrung begründet, verworfen werden.

Allerdings könnte man noch für diese Entstehung solcher Geschwülste die Beobachtung von Malcolmson [2]) anführen, die beweisend genug scheint, da er bei der Operation eine Oeffnung eines Drüsenganges will beobachtet haben, aus welcher beim Druck auf die Unterkieferdrüse Speichel spritzte, und die die Infiltration vermittelt haben sollte. Ich kann mich aber nicht enthalten, beim Betrachten der von Malcolmson ausgeführten Operation an eine Verletzung der Drüse durch die Hand des Operateurs selbst zu denken, die namentlich bei der genauen Untersuchung des runden Körpers, welcher vor jener Oeffnung sich befunden hat und den Malcolmson für eine Lymphdrüse hält, leicht hätte stattfinden können. Jedenfalls ist eine einmalige Beobachtung, wo doch Täuschung gewiss noch denkbar ist, wohl noch nicht beweisend genug. Weshalb übrigens Velpeau [3]) meint, in diesem Falle seien die Lymphdrüsen allein krank gewesen, ist mir durchaus unklar, denn, wenn schon die stellenweise Härte der Geschwulst für eine Affection jener Drüsen sprechen mag, so kann doch wohl eine solche nicht die Ansammlung von 20 Unzen klebriger Feuchtigkeit zu Wege gebracht haben. Dass endlich Eröffnung von Speichelgängen durch Eiterung wirklich schwer heilende Fisteln auch in der Unterkieferdrüse hervorbringt, wird durch die schon genannte Beobachtung von Muys [4]), die aber nicht unter Ranula zu rechnen ist, direkt bewiesen.

Auf eben dieselbe Weise müsste aber eine Fistel entstehen, wenn eine Speichelgeschwulst, sei sie nun entstanden, wie sie wolle, künstlich geöffnet wird. Es existirt durchaus kein Grund, der ein Wiederverheilen einer solchen Oeffnung erklärlich machte, denn Speichel, wie alle andere Drüsensekrete, verhindert das Verheilen jeder Wunde, in die er beständig eintritt, was doch hier der Fall sein müsste. Es müsste folglich eine Incision von der Mundhöhle aus das Uebel radikal heben, indem dem Speichel ein neuer Abfluss eröffnet würde; die Incision unter dem Kinn von aussen müsste dagegen eine kaum heilbare Fistel zu Wege bringen. Von diesen beiden Umständen hat aber notorisch weder der eine, noch der andere bei der Ranula statt; ein Einschnitt vom Munde aus, ebenso, wie die spontane Ruptur der Geschwulst bringt nicht Fistelbildung und Heilung der Ranula mit sich, sondern wächst zu und giebt Recidiven Raum; der Einschnitt unter dem Kinn dagegen heilt gerade ebenso leicht, wie der vom Munde aus.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Oxyokoia durch Paralysis des Nervus facialis.

Von

Dr. Phil. Heinr. Wolff,

prakt. Arzt etc. in Berlin.

Wie selten auch die Académie de médecine und die Académie des sciences in Paris das von diesen gelehrten Körperschaften so stiefmütterlich behandelte Feld der Ohrenheilkunde eines flüchtigen Blickes würdigen, so gewähren doch gerade diese vereinzelten Strahlen, welche von der Sonne der Wissenschaft in jenes medicinische Labyrinth fallen, die interessantesten Wahrnehmungen, vielleicht eben nur darum so interessant, weil sie den meisten Aerzten noch immer gar so mystisch und unerklärlich scheinen.

In der Sitzung der Académie de médecine vom 28. Januar d. J. gab Herr Landouzy mehrere Beobachtungen an, welche klar beweisen, dass bei Lähmung des *Nervus facialis* eine Verschärfung des Gehörs auf der gelähmten Seite stattfinde, und welche von Roux durch eine Wahrnehmung, die er an sich selbst zu machen genöthigt war, bestätigt, von Bérard und Ricord aber bekämpft wurden, indem Herr Bérard anführte, der zum inneren Hammermuskel gehende Nerv, durch dessen Lähmung und die hieraus entstehende Relaxation des Trommelfells Landouzy das von ihm wahrgenommene Phänomen erklärt hatte, sei gar kein Bewegungsnerv, sondern ein Empfindungsnerv, wie aus den Versuchen von Duchenne hervorgehe; Herr Ricord dagegen behauptete, er habe oft genug *Paralysis facialis* bei Syphilitischen beobachtet, nie jedoch zugleich Hyperakusis. Den Einwurf Ricord's bekämpfte Landouzy zwar siegreich, indem er darthat, dass die von Ricord angeführten Thatsachen sich nur auf Fälle von Lähmung beziehen, die durch Caries oder Necrosis des Felsenbeins entstanden seien, und in denen daher nicht bloss der *N. facialis*, sondern auch der *N. acusticus* gelähmt gewesen wären, die Hyperacusis aber komme nur bei einfachen Lähmungen des *N. facialis* vor; dagegen liess er den Einwand Bérard's unerwidert, denn die Bemerkung, er habe seine Beobachtung nur als eine werthvolle pathologische Thatsache hingestellt, deren physiologische Deutung noch nicht bestimmt sei, können wir kaum als einen ehrenvollen Rückzug gelten lassen.

In einer nächstfolgenden Sitzung der andern gelehrten Pariser Gesellschaft, der Académie des sciences, bestritt nun Herr Beleau dem Herrn Landouzy die Priorität der Beobachtung der bei *Paralysis facialis* vorkommenden Hyperacusis, da er selbst schon i. J. 1837 diese Thatsache beobachtet habe, erklärte dieselbe jedoch aus einer schleichenden, inneren Entzündung des Ohres, welche die Paralysis veranlasse. — Wie? Feinhörigkeit durch *Paralysis facialis*, d. h. Functionserhöhung eines Sinnesnerven durch Lähmung eines Bewegungsnerven! Wem erscheint dies nicht höchst bemerkenswerth und interessant? Wo läge aber hier das Merkenswerthe und Interessante, wenn diese Beobachtung eben nur als ein einzelnes Factum dastehen sollte, wenn sie nicht vielmehr dazu beitragen müsste, uns einen tieferen Einblick in das Zusammenwirken der verschiedenen Nerven des Gehörorgans zu gewähren? Hier, sollte ich meinen, kommt es gerade hauptsächlich auf die richtige Erklärung des Phänomens an. Ob die Paralysis des *N. facialis* durch eine innere Ohrenentzündung verursacht sei, oder durch irgend eine andere Krankheit, ist wohl ziemlich gleichgültig für die physiologische Würdigung des Factums, denn dass die Oxyokoia eben nicht bloss von der Entzündung abhängig sei, beweist der Umstand, dass sie nicht bei jeder schleichenden inneren Ohrenentzündung wahrgenommen wird. Die Paralysis oder Paresis des Bewegungsnerven ist es allein, welche in den nun schon vielfach beobachteten Fällen die Oxyokoia verursachte.

Wie aber, wenn dies Factum gar nicht so unerklärlich wäre, als es den meisten Aerzten, und selbst Herrn Landouzy, scheint? Freilich, bevor man die Functionen der verschiedenen Nerven genau zu unterscheiden wusste, bevor man die Reflexactionen der excitomotorischen Nerven und ihren Einfluss auf die Sinnesnerven kannte, bevor man die nothwendigen Actionen der Iris und der Augenmuskeln beim Sehen gehörig zu würdigen verstand, konnte man noch viel weniger die analogen Vorgänge innerhalb des Gehörorgans verstehen. Seitdem wir aber durch Charles Bell die Functionen der Bewegungsnerven und Gefühlsnerven genau kennen gelernt haben, seitdem uns durch Marshall Hall die Gesetze der Reflexactionen bekannt geworden sind, seitdem endlich durch die Schieloperation nicht bloss der Strabismus, sondern auch der Nystagmus und die durch ursprüngliche Bewegungsneurose verursachte Amblyopie und Amaurose geheilt worden sind, haben wir auch die Mitwirkung der Hülfsnerven der Sinnesorgane bei der Function der Sinnesnerven besser würdigen gelernt.

Schon i. J. 1845 habe ich in meinen „Nervenkrankheiten des Ohres" (Lincke's Handbuch der Ohrenheilkunde III. Thl.), mich auf die Fortschritte der neueren Wissenschaft stützend, von dem hier angedeuteten Standpunkt aus die Krankheiten der Bewegungsnerven, Gefühlsnerven, trophischen Nerven und der Sinnesnerven des Gehörorgans abgehandelt, und daher denn auch die durch Paralysis des *N. facialis* verursachte Oxyokoia nicht bloss beschrieben, sondern auch die, nach meiner Ansicht allein statthafte, physiologische Erklärung dieses Phänomens gegeben.

Ohne hier auf zu weit führende Erörterungen einzugehen, will ich nur die Worte aus dem eben citirten Werke anführen, welche das

[1]) Hirsch in Loder's Journ. Bd. IV. pag. 539.
[2]) Malcolmson l. c.
[3]) Velpeau l. c. Tom. III. pag. 542.
[4]) Muys l. c.

eben Behauptete beweisen [1]): „Von viel grösserem Einfluss (als die Lähmung der Muskeln des äusseren Ohres) ist jedoch die Lähmung der kleinen, inneren Muskeln des mittleren Ohres. Beim Krampf dieser Muskeln haben wir sofort Ohrensausen und Schwerhörigkeit entstehen sehen, man kann diesen Krankheitszustand mit der krampfhaften Verengerung der Pupille vergleichen; bei der Lähmung der inneren Ohrenmuskeln muss dagegen ein Zustand vorkommen, welcher der durch Lähmung des *N. oculomotorius* hervorgebrachten Erweiterung der Pupille analog ist, also Erschlaffung der *Membrana tympani* und der inneren Ohrenmuskeln."

„Die Schallstrahlen treffen die nicht erkrankten excitorischen Nerven des mittleren Ohres, da jedoch die excitomotorischen Nerven nicht mehr die nothwendigen Reflexbewegungen hervorbringen können, so können die, den Schall fortpflanzenden Radien keine Veränderung erleiden; der Schall trifft also, ohne wie gewöhnlich modificirt zu werden, den Hörnerven, und hieraus resultirt dann eine zu Anfang sich manifestirende Feinhörigkeit, welche jedoch eben deswegen, weil die schützenden Modificationen nicht mehr statthaben können, und weil der Sinnesnerv der Unterstützung der Bewegungsnerven beraubt ist, in secundäre nervöse Schwerhörigkeit übergeht, dieses Krankheitsbild, welches man sich schon *a priori* construiren kann, ist bereits in einigen Fällen wirklich beobachtet worden." — Und hierauf führte ich die drei damals zu meiner Kenntniss gelangten hervorstechendsten Fälle von Oxyoknia durch Paralysis des *N. facialis* an, als Beweise eines auf dem Wege wissenschaftlicher Folgerung eben so sicher gewonnenen Resultats im Reiche der Physiologie und Pathologie, als dergleichen Resultate auf diesem Wege nur immer in den mathematischen Wissenschaften, z. B. der Astronomie, gewonnen wurden. Zwar sind die von mir aufgestellten Ansichten vielfach bekämpft, doch noch nirgends widerlegt worden, ich acceptire daher bestens die von Landouzy und Roux angeführten Thatsachen als einen neuen Beleg der von mir zuerst wissenschaftlich festgestellten Symptomatologie der Paralysis der Bewegungsnerven des Gehörorgans.

Es bleibt nur noch übrig, die von Herrn Bérard geäusserte Ansicht: die Paralysis des *N. facialis* könne nicht Ursache der Hyperacusis sein, weil der zum innern Hammermuskel gehende kleine Nervenzweig kein Bewegungsnerv, sondern ein Gefühlsnerv sei, zu widerlegen. Und hier stehe ich nicht an, das durch viele eigene Versuche an lebenden Thieren mir bestätigte, übrigens aber gewissermaassen schon aus der Logik der Natur folgende Gesetz auszusprechen: Jeder Muskel empfängt sowohl Bewegungsnerven als auch Gefühlsnerven.

Wenn in dem kleinen Nervenzweige für den inneren Hammermuskel die motorische Function nicht bemerklich werden konnte, so erinnere ich nur daran, wie lange man selbst die *Chorda tympani*, die doch viel grösser ist, bald nur für einen sensiblen Nerven, bald nur für einen motorischen hielt, während sie jedoch beides ist. Sowohl der Muskel des Hammers, als auch der Muskel des Steigbügels empfangen aber ihre motorischen Nerven aus dem *N. facialis*, scheinbar jedoch auch ihre Gefühlsnerven aus derselben Quelle, ich sage scheinbar, denn wir dürfen nicht vergessen, dass sowohl der *N. petrosus superficialis* als auch der *N. Jacobsonii*, beide Zweige sensibler Nerven (des *N. quintus* und *glossopharyngeus*), sich mit dem *N. facialis* verbinden, und dass auch das *Ganglion oticum* ebenso wie jedes andere Ganglion seine Bewegungs- und Empfindungswurzeln hat.

Weit entfernt, gegen die Gesetze der Physiologie zu verstossen, bestätigen daher die von Landouzy mitgetheilten Beobachtungen vielmehr dieselben. — Da, wo wegen der Feinheit oder Complication der Organisation das physiologische Experiment nicht ausreicht, bietet oft die Pathologie die sicherste Stütze der Physiologie, denn die Krankheiten isoliren mitunter viel schärfer als das anatomische Messer.

[1]) S. III. Abschnitt. Bewegungsneurosen. V. Cap. Paralysis der äusseren und inneren Ohrenmuskeln. S. 85.

Uroskopische Beiträge.

Von

Dr. Theodor Clemens.

Unter diesem Titel wird eine Reihe von Untersuchungen erscheinen, welche theils die in diesem Gebiete von mir gemachten Erfahrungen enthalten, theils die jedesmalige behandelte Gruppe der Harnbestandtheile mit beweisgebenden Krankheitsgeschichten begleiten, in sofern semiotisches oder symptomatologisches Interesse speciellere Mittheilungen der Art nothwendig machen wird. Die täglichen Urinuntersuchungen bilden in den Krankheitsgeschichten alsdann die Hauptmomente, und wurden fast in allen hier beigezogenen Fällen dieselben täglich zwei- und dreimal mit Genauigkeit und grösster Gewissenhaftigkeit vorgenommen. Bei den einzelnen Gruppen werde ich jedesmal eine Krisis vorhergehen und eine Epikrisis folgen lassen, in welchen Abschnitten ich meine im Allgemeinen erhaltenen Resultate niederlegen und unterstützen werde. In der Epikrise werde ich dieselben mit Bezugnahme auf die eingeschalteten Krankheitsgeschichten gedrängt noch einmal zusammenstellen. — Alle Urinuntersuchungen sind wiederholt geprüfte, chemische und mikroskopische Wahrnehmungen am Krankenbette.

1. Albuminurie. Bright'sche Krankheit.

Wie wir bei Beurtheilung der verschiedensten Formen von Krämpfen längst gewohnt sind, mit dem Wörtchen „hysterisch" uns zu beruhigen, so finden wir bei den verschiedensten Nierenleiden eine gewisse Satisfaction, wenn wir eine halbverstandene Symptomenreihe mit dem Namen *Morbus Brightii* belegen, und wir haben alsdann bei dem lethalen Ausgang jedenfalls um so richtiger diagnosticirt. — In den meisten Fällen reicht eine einmalige Untersuchung des verdächtigen Urins bei vorhandenem Hydrops vollkommen hin, um auch ohne Mikroskop ein Resultat zu erlangen, was bei häufigeren chemischen und mikroskopischen Untersuchungen wahrscheinlich wieder umgestossen worden wäre. Eine Schwalbe macht bekanntlich keinen Sommer und eine Eiweissflocke noch lange keinen *Morbus Brightii*. — Albuminurie und Hämaturie sind Veränderungen in der Urinsecretion, die manchmal ohne alle weitere Bedeutung vorkommen, bei ganz gesunden Individuen sogar einige Tage lang bestehen können, und meistens eben so spurlos verschwinden, wie sie gekommen sind. Das einzige nicht zu übersehende und allein unterscheidende Moment ist jedoch bei dieser in gesunden Individuen vorübergehend vorkommenden Albuminurie, dass der Salzgehalt dieser albuminösen Harne niemals fehlt, oft sogar vermehrt ist und selten verringert erscheint. Diese vorübergehende Albuminurie habe ich in einer sehr heftigen Form einmal nach Cantharidenvergiftung gesehen, ohne dass das im Harn enthaltene Blut von quantitativer, mit dem Albümengehalt im Verhältniss stehender Bedeutung gewesen wäre. Desgleichen sah ich Albuminurie drei Tage lang fortdauern bei zwei Individuen, denen wegen Gonorrhöe sehr allopathische Dosen *Piper. Cubeb.* einverleibt worden waren. In beiden Fällen verschwand das Albumen plötzlich aus dem Urin. Ebenso habe ich bei meinen Jahre lang fortgesetzten Urinuntersuchungen [1]), die ich 1845 begonnen und fast ununterbrochen fortgesetzt habe, mehrmals Albumen im gesunden Urin wahrgenommen, ohne dass Blutkügelchen, Sperma oder sonst eine Beimischung diesen Albumengehalt näher bestimmt hätten. Hier muss ich jedoch hinzufügen, dass in diesen Fällen der Albumengehalt jedesmal ein sehr geringer und vorübergehender gewesen war, und ganz zufällig aufgefunden wurde durch Reaction auf blausaures Eisenkali und Feuer. Ich möchte deshalb glauben, dass geringe Albumenspuren in ganz gesundem Urin nicht zu den grossen Seltenheiten gehören mögen. Einwirkungen von bestimmten Speisen und Getränken konnte ich nie ermitteln, auch möchte ich sehr hieran zweifeln, indem ich an vielen Individuen und sehr häufig an mir selbst nach dem reichlichsten Genuss sehr albuminöser Nahrungsmittel auch mit den feinsten Reagentien keine Spur von Albumen nachzuweisen im Stande gewesen bin. Es dürfte deshalb schon etwas Krankhaftes sein, wenn nach dem reichlichen Genuss albuminöser Nahrung Albumen in den Harn übergeht. Bei gesunden Individuen habe ich es, wie gesagt, niemals wahrgenommen. Albuminurie während der Schwangerschaft gehört ebenfalls zu den Seltenheiten. Häufige Täuschungen mögen hier die fast immer sehr reichlichen Schleimbeimischungen veranlassen. Jedenfalls entscheidet hier das Mikroskop, welchem überhaupt bei feineren Diagnosen immer der entscheidende Spruch zugemuthet werden muss. Ich habe den Urin von Schwangeren sehr häufig und täglich untersucht, aber eigentliche periodische Albuminurie nur in einem einzigen Falle wahrgenommen, und hier war ein sehr heftiges chronisches Erbrechen und *Oedema pedum* mit dem Uebel vergesellschaftet. Bei männlichen gesunden Individuen kann die Beimischung von Sperma nach unvollkommenen Pollutionen ebenso täuschen, wie bei weiblichen die Beimischungen von Urethral- und Vaginalschleim. Wirkliche, wenn auch ganz periodische Albuminurie bei ganz gesunden Personen ist jedenfalls eine bei weitem seltenere Erscheinung, als allgemein geglaubt wird. Eine vorübergehende Albuminurie mit Blutbeimischung und Faserstoffgerinnsel als Sediment habe ich ferner bei einem Schnellläufer beobachtet, der, bei kolossalem Thoraxbau, nach seinen anstrengenden Läufen jedesmal mehrere Tage an Hämoptysis litt, sonst aber bei diesen Symptomen sich durchaus gesund und wohl fühlte, auch trotz aller Abmahnungen tüchtig Bier dabei zu trinken gewohnt war. Um in gesundem Harn kleine Albumenmengen zu entdecken, sind unsere gewöhnlichen Reagensmethoden sehr unzulänglich, und können häufig Täuschungen veranlassen. Geringer Albumengehalt kann selbst beim

[1]) Henle's und Pfeufer's Zeitschr. Bd. V. Heft 1. Ueber das Vorkommen von Samen im Harn etc.

tropfenweisen Zusetzen von Salpetersäure dadurch dem Auge entzogen werden, dass, wie bekannt, das Albumen in der schnell überschüssigen Säure wieder gelöst wird. Sehr ammoniakalische Urine werden andererseits ohne Albumengehalt durch *Acid. nitric.* getrübt, indem den harnsauren Salzen durch die hinzugesetzte Säure Basis entzogen wird. Auf diese Weise entstehen Trübungen, welche den durch Eiweisscoagula hervorgebrachten täuschend ähnlich sehen, und gewiss wurden schon Beobachter, mit diesen Processen unkundig, häufig getäuscht, ein Umstand, auf den ich später noch einmal zurückkommen werde. Der gesunde albuminöse Harn hat weder eine bestimmte Farbe, noch bildet er ein bestimmtes Sediment. Die das Albumen begleitenden Harnsalze sind im gesunden eiweissstoffigen Urin reichlich vorhanden und ganz verschieden. Ob Urophäin oder Uroxanthin dem Harn ihre Farbe geben, ob er sauer oder alkalisch reagirt, ob Harnstoff, Harnsäure, Phosphate, Chloride, Sulfate etc. dem Urin ihren Charakter mittheilen, ist für den Albumengehalt ganz einerlei. Das Albumen schliesst nichts aus und zieht nichts vor, d. h. es giebt keinen durch diese Salze charakterisirten Urin, der hauptsächlich oft albuminös wäre. Ebenso hat das Eiweiss keinen Einfluss auf den Geruch und am allerwenigsten auf das specifische Gewicht des Urins, indem der gesunde albuminöse Urin gewöhnlich eben so schwer ist, wie jeder saturirte normale Harn, dagegen der mit Albumen geschwängerte Harn bei Nierendegenerationen unbedingt von allen krankhaften Urinen eine sehr bedeutende Verminderung seines specifischen Gewichts erleidet, ein Umstand, den ich später noch näher berücksichtigen werde. Der nach hysterischen Krampfanfällen und bei Chlorosis gelassene Urin ist, was die Verminderung des specifischen Gewichts betrifft, oft mit dem albuminösen Urin an *Morbus Brightii* Erkrankter nur wenig verschieden. Ebenso ist die Quantität bei gesundem, periodisch albuminösem Urin eine ganz verschiedene, und keineswegs kann angenommen werden, dass bei Eiweissgehalt eine quantitative Verminderung des Harnes eintrete. Dies ist, beiläufig gesagt, bei der krankhaften Albuminurie eben so wenig der Fall. — Was nun den Albumengehalt des Urins bei Fieberkrisen betrifft, so muss ich nach meinen Erfahrungen von vorn herein sagen, dass ich glaube, dass Krisen der Art zu den seltensten Erscheinungen gehören, die überhaupt Urinkrisen genannt werden dürfen. Ich abstrahire hier von metastatischen Processen, wohin Albuminurie nach Scarlatina, Morbilli, Hydropsien, Pleuropneumonien, Herzleiden und Typhus etc. gerechnet werden müssen, indem hier das Erscheinen des Albumens im Urin keine Krise, sondern meistens das Beginnen einer Nierenkrankheit bedeutet. Albuminurie als Fieberkrise ist höchst selten, aber sie kommt vor, und ich habe dieselbe mehrmals beobachtet. Das Albumen erscheint dann plötzlich im Urin in ziemlicher Menge, und verliert sich sehr allmälig, wie ich dies namentlich in drei Fällen von Pleuropneumonien mit Erguss beobachtet habe. Das Mikroskop zeigt dann in der Regel keine abnormen Beimischungen, und der Kranke geht rasch der Genesung entgegen, ohne dass auch nur eine Spur von Nierenaffection zurückbleibt, während bei metastatischer Albuminurie *(sit venia verbo!)* der ganze Krankheitscharakter sich ändert, und bald allgemeiner Hydrops eine schlechte Prognose bedingt. In solchen Fällen schwindet, je mehr das Albumen zunimmt, desto mehr der Salzgehalt des meistens spärlich gelassenen Urins, während bei kritischer Albuminurie flüchtige Harnsedimente meist harnsauern oder harnstoffigen Charakters neben dem Eiweissgehalt ihren Platz behaupten, und selbst bei ihrem Verschwinden das specifische Gewicht des albuminösen Harns nicht Noth leidet. Albuminöse Harnkrisen sind Seltenheiten, ganz ebenso wie die periodische Albuminurie bei gesunden Individuen. Das Albumengehalt des Urins nach Gehirn- und Rückenmark-Commotionen ist selten und immer ein geringer. Hier mag die weiter oben berührte Täuschung eintreten, dass die beliebte Probe mit Salpetersäure einen sehr begreiflichen Irrthum unterstützt. Wie wir später sehen werden, ist der Urin, nach heftigeren Commotionen gelassen, immer harnsauer und meistens sehr ammoniakalisch. Dieser etwas trübe Harn, der durch Wärme sich klärt, wird bei hinzugegebener Salpetersäure so heftig und charakteristisch getrübt, als ob wir einen albuminösen Urin so behandeln, was, wie schon bemerkt, ganz einfach dadurch sich erklären lässt, dass einem Theil der reichlich vorhandenen harnsauren Ammoniaksalze Basis entzogen wird. Stellt man daher einen so flüchtig untersuchten Urin, der allerdings sehr stark getrübt worden ist, bei Seite, mit der Meinung, man habe es mit einem albuminösen Nierensecret zu thun, so hat man sich ganz bedeutend geirrt, denn gerade diese Urine enthalten keine Spur von Albumen, aber meistens etwas extravasirtes Blut, was jedoch schon nach den ersten 24 Stunden verschwindet (wenn der Urin ohne Katheter abgeht), während die ammoniakalische Beschaffenheit je nach Heftigkeit der Commotion täglich zunimmt. Ich habe Gelegenheit gehabt, in 38 Fällen von Gehirn- und Rückenmarks-Erschütterungen die Urine täglich zu untersuchen, und muss sagen, dass ich niemals Albuminurie, oft Hämaturie, immer aber ammoniakalische harnsaure Uebersättigung des Harns gefunden habe. In den Fällen, wo Hämaturie zugegen ist, — und dies ist bei den heftigsten Commotionen immer der Fall — kann bei flüchtiger Untersuchung wohl eine Verwechselung mit Albuminurie stattfinden. Ist die Hämaturie so bedeutend, dass dies geschehen kann, so ist die Prognosis pessima. In einem einzigen Falle sah ich bei bedeutendem freien Blut im Urin zugleich einen nicht entsprechend bedeutenden Eiweissgehalt; der Kranke starb jedoch nach 24 Stunden, und hatte nur einmal der Katheter angelegt werden können. Hier hatte bei einem sehr heftigen Sturz auf den Steiss zugleich eine sehr vehemente Contusion des Kopfes (so dass die *Basis cranii* geplatzt war) stattgefunden. Thiere, welche ich durch einen Schlag auf den Kopf erschüttert hatte, liessen kein Eiweiss und auch kein Blut.

Um im Allgemeinen die Quantität des Albumens im Urin zu prüfen, ist die empirische Methode vermittelst eines graduirten Probecylinders, der nicht zu wenig Urin fassen darf, die schnellste und bequemste. Bei grösserem Eiweissgehalt bedient man sich dann des Feuers oder der Salpetersäure, indem man alles Albumen fällt und dann leicht über die Quantität Gewissheit erhält, da man das Sediment an den Graden des Probecylinders berechnen kann. Bevor der Urin auf Eiweiss chemisch geprüft wird, ist jedoch eine, wenn auch nur flüchtige mikroskopische Durchsicht sehr leitend, indem man dann den Antheil, welchen Blut, Schleim, Sperma etc. an dem Coagulum nehmen können, besser zu würdigen versteht, und vorhandene faserstoffige Gerinnsel in den Sedimenten allein auf diesem Wege beurtheilt werden können, indem mikroskopisch das geronnene Eiweiss dem Faserstoff gleicht, und weil beim Zugiessen von Salpetersäure oder beim Erhitzen des Urins diese coagulablen Stoffe in einer Masse conglomeriren, und der Antheil, welcher dem freien Albumen gebührt, dann schwer oder gar nicht mehr bestimmt werden kann. In einem Fall von Nierenabscess und tuberkulöser Nierenentartung, wo im albuminösen Urin blutig eitrige Sedimente vorhanden waren, auch gegen das Ende der Krankheit die Prostata gangränescirte, war mir diese Art zu untersuchen besonders von Vortheil. In solchen Fällen bediente ich mich, um den wahren Albumengehalt des Urins zu prüfen, noch des Vortheils, dass ich nach der mikroskopischen Urinuntersuchung den abgesetzten Harn filtrirte, und das klar Abgegossene auf Albumen prüfte, auf welche Weise bei albuminösen Sedimenten und Beimischungen der wirkliche Albumengehalt des Urins immer noch beurtheilt werden kann. Beim Erhitzen auf 90—100° kam mir niemals, wie manche Schriftsteller fürchten, ein kohlensaurer Kalkniederschlag vor, der mit albuminösem Coagulum hätte verwechselt werden können. In einem solchen Falle würde übrigens das verdächtige abfiltrirte Sediment durch sein Aufbrausen mit Säure seinen Charakter leicht erkennen lassen. Wer Eiweiss schon oft gefällt hat, lässt sich durch andere Trübungen übrigens nicht leicht täuschen, indem die Art zu coaguliren ziemlich charakteristisch bleibt und immer dieselbe ist, der Harn mag ausserdem enthalten was er will.

Am schwierigsten ist in allen Fällen die Bestimmung des Eiweissgehaltes im Urin, wenn Albuminurie und Hämaturie gleichzeitig vorkommen, was natürlich sehr oft der Fall ist. Albuminurie ist ja weiter nichts, als eine Filtrirabnormität der Nieren als secernirende Drüsen, indem durch die Wandungen der Nierencapillaren und der *Membrana propria* die Nierenkanälchen, anstatt eines reinen Salzwassers, zugleich (vielleicht durch erhöhten Druck oder Stase) auch wirkliches *Serum sanguinis* exsudiren, bei welcher Gelegenheit wahre Blutextravasate durch locale Zerreissungen entstehen können und auch sehr oft stattfinden. — Wie wir gesehen haben, so ist die Salpetersäure als Reagens bei geringem Albumengehalte ein höchst unzuverlässiges Mittel. Dies ist mit dem Coaguliren durch Hitze (über 60°) ebenso der Fall, indem die Alkalescenz des Urins immer die Coagulation des Albumen in der Hitze verhindert, in welchen Fällen also eine Neutralisation durch Säure dem Kochen vorhergehen muss. Ich bediene mich bei feineren Untersuchungen des Alkohols, Creosots, des blausauren Eisenkali, und in den schwierigsten Fällen einer concentrirten Sublimatlösung.

Ueber den Gebrauch der Teplitzer Thermen in der Ischialgie.

Von

Dr. Richter,

Bade-Arzte in Teplitz.

Unter den Krankheitsfällen, die alljährlich in Teplitz zur Behandlung kommen, finden sich nicht wenige Fälle von Ischias. Vorausgesetzt, dass diesem Leiden eine rheumatische oder gichtische Ursache zu Grunde liegt, wird dasselbe auch in der Regel hier seine Heilung finden. Wenn es aber gleichwohl nicht eben selten vorkommt, dass solche Kranke ungebessert, ja verschlimmert von dannen gehen, so finde ich den Grund hauptsächlich in der Unzweckmässigkeit der ange-

wandten Bäder. Kranke nämlich mit dem sogenannten Hüftnervenweh dürfen nicht heisse, sondern nur laue oder warme Bäder gebrauchen, und müssen überdies in ihrer Kur häufige Pausen eintreten lassen. Auf diese Art dauert die Kur zwar längere Zeit, als man erwartet hatte, aber sie wird dafür durch einen vollkommenen Erfolg gelohnt, während heisse Bäder das Uebel nur verschlimmern. Man hört wohl häufig die entgegengesetzte Ansicht, gegründet auf die rheumatisch-girhtische Grundursache des Leidens aussprechen, und auch in einige sonst schätzbare medicinische Abhandlungen über Teplitz hat sich dieselbe eingeschlichen. Allein wie die Regel, dass Rheumatismus und Gicht die höchste Temperatur erheischen, schon in der nervösen Form dieser Leiden und bei sensibler Constitution des Kranken eine Ausnahme erleidet, so erweisen sich auch in der Ischias, dessen übrige Behandlung ja ebenfalls eine mehr antiphlogistische und ableitende (Blutegel, Scarificationen, Schröpfköpfe, Vesicanzen) ist, bloss laue und warme Bäder am zweckmässigsten. Die Fälle, wo heisse Bäder angewandt wurden und zum Ziele führten, gehören nach Allem, was ich gesehen habe, zu den seltenen Ausnahmen, und betrafen reizlose, durch die lange Dauer der Krankheit und eine schwächende Behandlung herabgekommene Individuen. Ich führe im Nachstehenden einen Fall von eclatanter Wirkung lauwarmer Bäder in der Ischias an, der freilich, was die Schnelligkeit der Heilung betrifft, zu den Seltenheiten gehört. Zugleich ist derselbe ein schlagender Beweis für die oft, aber mit Unrecht belächelte Nachwirkung der Mineralwässer, indem, als der Kranke nach Verlauf von 6 Jahren abermals von Ischias befallen wurde und ebenfalls die Teplitzer Bäder gebrauchte, die allmälige Besserung bis zur vollständigen Heilung erst nach Beendigung der Badekur und unter Verhältnissen eintrat, dass sie nur den gebrauchten Bädern zugeschrieben werden konnte.

F. A., Advocat, 36 Jahre alt, von hohem schmächtigem Körperbau und cholerischem Temperamente, ist viel geistig beschäftigt und besitzt vorzügliche Geistesanlagen. Der Vater war gichtisch, er selbst aber bis zur Stunde gesund, nur hatte er bereits einmal (5 Jahre früher) an einer schmerzhaften Affection des ischiadischen Nerven der rechten Seite gelitten, die aber nach 14 Tagen unter dem Gebrauche eines Abgusses grünen Kaffres wieder verschwand. Im Monat Februar 1844 wurde er abermals von einem Schmerze im rechten Schenkel befallen, der Anfangs bloss den *Nervus peroneus* und den *ischiadicus* bei seinem Austritte aus der Beckenhöhle inne zu haben schien, später aber so ziemlich alle Bahnen dieses Nerven in Mitleidenschaft zog und endlich sogar auf einzelne höher gelegene Rückenmarksnerven übersprang. Mit der Extensität des Schmerzes stieg auch die Intensität, und es wurde derselbe allmälig so heftig, dass er dem Kranken Schlaf und Ruhe raubte. Blutegel, künstliche Geschwüre, die Veratrinsalbe, der Electromagnetismus, Dampf- und Malzbäder, innerlich die *Tinct. Colchici* mit *Laudan.*, *Rhus toxicodendron*, der grüne Kaffreabsud und viele andere Mittel wurden von einem der ersten Aerzte Prags empfohlen und mit Beharrlichkeit angewendet, jedoch ohne den mindesten Erfolg. Endlich nach 5 Monaten, im Monat Juni, kam der bereits verzweifelnde Kranke nach Teplitz. Der Schmerz war beständig, wurde weniger durch Druck als Bewegung noch vermehrt, machte aber auch ohne alle Veranlassung sehr häufig Exacerbationen. Der Kranke konnte nur halsgekrümmt stehen und nur mühsam mit Hülfe eines Stockes einige Schritte gehen. Die Krankheitserscheinungen betrafen übrigens bloss die Sensibilität der Nerven, die Motilitätssphäre blieb ungestört. Reflexerscheinungen fehlten gänzlich. Der Kranke gebrauchte das Steinbad in einer Temperatur von 28° R. und trank nebenbei den versendeten Karlsbader Schlossbrunnen. Bereits nach 15 Bädern verliess der fixe, den Verlauf der Nerven einhaltende Schmerz seinen Sitz und verbreitete sich gleichförmig über den Schenkel. Von da an nahm derselbe auch an Intensität mit jedem Tage mehr ab, so dass er nach einem vierwöchentlichen Gebrauche der Bäder fast ganz verschwunden war, und nur seltene, sehr leichte Stiche noch durch einige Zeit an das frühere Uebel erinnerten. Doch blieb an der hinteren Seite des Schenkels, da wo der Schmerz am heftigsten gewesen war, ein Gefühl von Ameisenkriechen zurück, das sich erst nach ¾ Jahren ganz verlor, ohne jedoch dem Kranken eben lästig zu sein. Der Kranke war nun durch 6 Jahre vollkommen gesund, worauf er im Sommer 1850 zum dritten Male von einem Schmerze im rechten Schenkel befallen wurde, der aber diesmal nicht so linienförmig dem Verlaufe der Nerven folgte, sondern mehr gleichförmig an der vordern und vorzüglich der hintern Fläche des Schenkels sich vertheilte. Trotz der vorgerückten Jahreszeit, in welcher der Kranke die Bäder gebrauchte, und der grösstentheils kalten und nassen Witterung bewirkte Teplitz (in derselben Temperatur angewandt) auch diesmal vollständige Heilung, nur begann die Besserung nicht noch während der Badekur, sondern erst und zwar unmittelbar nach Beendigung derselben. Ich muss dabei bemerken, dass der Kranke keinerlei Medicamente während dieser Zeit gebrauchte, und ganz in seine früheren Verhältnisse wieder eintrat. Auch war diesmal der Gebrauch des Karlsbader Schlossbrunnens der ungünstigen Witterung wegen unterblieben.

Beobachtungen und Erfahrungen, gesammelt an den Heilquellen Karlsbads

von

Dr. L. Fleckles,
praktischem Arzte daselbst etc.

Ueber Leberatrophie, ihre Arten und die Contraindicationen bei der Anwendung der Karlsbader Thermen.

Ein dem hypertrophischen Zustande der Leber diametral entgegengesetzter pathologischer Hergang ist die Leberatrophie, die nach Rokitansky als gelbe, rothe und granulirte oder Lebercirrhose Gegenstand der Forschung und Beobachtung wird. Karlsbad ist hier nur unter besonderen Cautelen in der ersten oder gelben Leberatrophie, in der vollkommen granulirten aber gar nicht anwendbar. In der rothen Atrophie kann, sowie in der granulirten nur im Anfangsstadium von dem Gebrauche unserer Thermen die Rede sein, wenn sie ein kundiges Auge zu diagnosticiren bemüht ist. In der rothen Atrophie nur dann, wenn eine abnorme Blutkrase oder eine alienirte Gallensecretion zu verbessern ist. Wenn die Leberatrophie an Ausdehnung gewonnen, dann ist die Lebersubstanz auf einen kleinen Raum zusammengeschrumpft, der Percussionsschall ist leer, und zwar in einem kleinen Bezirke. Wenn der Dickdurchmesser der Leber zusammengeschrumpft ist, während der Längendurchmesser unverändert geblieben, so erhält man beim Percutiren in der ganzen Lebergegend keinen leeren Schall, wenn die darunter liegenden Gedärme Gas enthalten.

Veränderungen der Structur des Leberparenchyms ohne gleichzeitige Theilnahme der Durchmesser derselben können durch die Percussion schwer ausgemittelt werden.

Die gelbe Leberatrophie als ein rasches Schwinden und Plattwerden dieses wichtigen Organs und die davon abhängende gallige Dyschymose, *Icterus polycholicus*, ist durchaus kein Leiden für den Gebrauch selbst der sanft lösenden, milden Glaubersalzthermen. Alle Jahre langen derlei chronische Kranke zum Kurgebrauche in Karlsbad an, die weit hoffnungsloser die Rückreise antreten, da man ihnen die Anwendung untersagen muss und soll.

Die rothe Leberatrophie fällt mit den Merkmalen der atribilarischen Körperbeschaffenheit zusammen, nach Bock „meistens ein bei alten Individuen vorkommender Ausdruck des Marasmus, die Leber zeigt einen sehr mässigen Blutgehalt, hat eine blaurothe oder dunkelbraune Färbung, eine schwammig-elastische Consistenz, Mangel der Körnung und anscheinende Homogenität des Gewebes auf dem Durchschnitte; die Abnahme des Volumens ist mit einem Steigern und Zunehmen des Dickendurchmessers verbunden.“ In dem früheren Stadium dieser Lebermetamorphose, wo die Abdominalplethora das vorherrschende Symptom ist, mit torpider Verrichtung der Abdominalganglien, mit Ausscheidung schwarzbrauner oder dunkelgrüner Massen, theerähnlicher Gallen- oder Fäcalstoffe, wo gleichzeitig die Gemüthsstimmung gereizt und melancholisch ist, kann der Versuch von Karlsbads milden Thermen, Schloss- und Theresienbrunnen nicht nur nicht nutzlos, sondern die Metamorphose unter günstigen Aussenbedingungen: Gemüthsruhe, zweckmässiger Diät, Zerstreuung und Reisen, von grossem Vortheile sein, bei vorgerückter Krankheitsmetamorphose ist kein Versuch zu wagen.

Die Cirrhose oder Granularentartung der Leber, sehr häufig ein Folgeübel von Herzleiden; der gehemmte Kreislauf bildet oft das erste Moment zur Entwicklung der Leberverhärtung, die Laennec zuerst Cirrhose benannte, Cruveilhier aber für eine Atrophie des Lebergewebes erklärte. Der scharfsinnige Wunderlich meint: „durch Hemmung der Circulation durchs Herz wird Stockung des Blutes der Lebervenen herbeigeführt, die Gallensecretion muss gleichfalls ins Stocken gerathen, die Gallengänge werden ausgedehnt, daher sehen wir die Form der Muscatnussler niedern Grades sich entwickeln; das Pfortaderblut kann nicht mehr in der Quantität in die Leber eindringen, darum meint Wunderlich zumal, als durch den Druck, vielleicht auch durch Ausschwitzungen aus Lebervenencapillarität, durch plastische und fettige Ablagerungen obliteriren allmälig die kleinsten Pfortadergefässe und die Leberinseln werden in eine callöse Masse verwandelt, während andere in Atrophie zu Grunde gehen. Durch nichts wird ihr Entstehen mehr gefördert, als durch den Missbrauch

alkoholiger Getränke, weshalb die cirrhotische Leber auch als Säuferleber bezeichnet wurde."

In Bezug auf die Symptome bemerkt die percutirende Hand bald eine Volumenvergrösserung, wenn sie sich aus einer Fettleber entwickelt, oder wenn eine mechanische Hyperämie in Folge organischer Herzfehler die veranlassende Ursache bildete; die Leber selbst ist bald hart, der Rand wulstig und wund, und das Organ scheint nicht abgeplattet. Wo gleichzeitig Hyperämie der Leber und des Leberüberzuges zugegen sind, klagt der Kranke bei leichtem Drucke, wie ich mich oft bei derlei Kranken in Karlsbad überzeugte, über Schmerz, dieser Zustand ist nicht isolirt, auch die Milz nimmt daran Antheil, und diesen Erscheinungen gesellen sich noch bei: Appetitlosigkeit, Diarrhöe mit Stuhlverhaltung abwechselnd, beschränkte Urinabsonderung mit reichlich harnsaurem Sedimente und erdfahles Aussehen des Kranken, das gleichen Schritt mit der Abmagerung hält. Im höheren Grade entwickelt sich Ascites, der bald in *H. universalis* übergeht. Dass auch hier, wo der Symptomencomplex das vollendete Bild dieses Leidens darstellt, von Karlsbads Thermen nur Schädliches, die Beförderung der Hydrämie zu erwarten sei, leuchtet jedem denkenden Arzte ein. Im Beginn der Krankheit aber, nachdem die entzündlichen Zufälle durch Blutegel gehoben sind, kann, um die Hyperämie oder die krankhafte Blutkrase zu ändern, davon die Rede sein. Derlei Fälle eignen sich, wenn das Leiden im Winter sich rasch entwickelte, vorzüglich zu Frühlingskuren schon Anfangs Mai in Karlsbad. Es stellt sich in allen derlei Krankheitsformen eine elementäre, in allen Specialitäten sich wiederholende Form heraus, die in der Entwickelung von Neugebilden aus dem in parenchymatösen Organen enthaltenen und abnorm gewordenen flüssigen oder starren Blasteme besteht. Dieses normwidrige Verhalten des Blastems, wodurch eine Keimfähigkeit zu Neubildungen potenzirt wird, ist die alleinige Grundursache aller bisher so unwissenschaftlich benannten: Verhärtungen, Infarcten, Physeonien etc., und es ist daher einleuchtend, dass der rationelle Arzt gegen alle von der Norm abweichende Tendenzen des Blastemes zu agiren hat. Damit aber ein Blastem normwidrige Tendenzen äussern und seine Keimfähigkeit zu Neubildungen potenziren kann, sind gewisse Organisationsbedingnisse erforderlich, von denen zwei: ein gewisser Grad von Flüssigkeit und vermehrter Wärme-Influenzirung, sich als die wichtigsten herausstellen. Unter dem ununterbrochenen Einflusse der niedern Thermometerstände des Winters, werden nicht nur alle secernireuden Organe in ihrer Thätigkeit beschränkt, sondern weniger flüssiges Blastem pathologisch secernirt, und das etwa schon vorhandene flüssige Blastem zerfällt in ein starres, welches in seinem Gerinnsel kein flüssiges Blastem enthält. Daher parenchymatöse Organe im Winter der Untersuchung eine weit geringere Schwellung, aber desto grössere Resistenz bieten. Diese niederen Thermometerstände haben aber auch eine mächtige Wärmestoffentziehung aus sämmtlichen Territorien des Organismus, und diese wieder eine Depotenzirung der Keimfähigkeit der Blasteme zur Folge, woraus sich wieder die allgemein beobachteten Stillstände pathologischer Zustände parenchymatöser Organe des Unterleibs und vorzüglich der Leber im Winter sattsam erklären lassen.

Mit dem Eintritt des Frühlings feiern die Organisationsbedingungen für die Keimfähigkeit der Blasteme zu Neugebilden ihre Auferstehung. Die secernirenden Organe fördern mehr flüssiges Material und die höheren Thermometerstände mehr Wärmestoff; es wird also in den parenchymatösen Organen im Frühlinge nicht nur mehr flüssiges Blastem geschaffen, sondern die Zwischenräume des zerfallenen starren Blastems werden ebenfalls mit flüssigem Blasteme ausgefüllt, und die Keimfähigkeit des letzteren ungemein potenzirt.

Im Frühlinge findet wahrscheinlich die erste und zarteste Formation von Neubildungen aus den präexistirenden Blastemen statt. Werden also zu dieser Zeit Stoffe, welche hemmend auf die Keimfähigkeit der Blasteme und deren elementäre Neubildungen einwirken, wie die verschiedenen salinischen Bestandtheile des noch obendrein warmen Karlsbader Mineralwassers es erfahrungsmässig bisher geleistet, innerhalb der Gränzen des Organismus versetzt, so erhellt hieraus auf eine unläugbare logisch-motivirte Weise der grosse unerreichbare Nutzen der Frühlingskuren gegen innerhalb der Sphäre parenchymatöser Organe sich formirende Neubildungen, wie Hypertrophien und die hier bezeichneten Arten der entgegengesetzten Metamorphose der hochwichtigen Leberorgans-Atrophien. Ganz anders verhält es sich mit andern chronischen Unterleibsleiden, in welchen die Störungen der functionellen Verrichtungen nicht durch Neubildungen gesetzt sind, wie in den verschiedenen normalwidrig entwickelten Blutkrasen etc., wo im Gegentheile bald Sommer- bald Herbstkuren in Anwendung zu bringen sind.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der medicinischen Klinik des Dr. A. Siebert in Jena.

Milzanschwellung und Fieberkachexie.

Den 15. März 1851. Meine Herren! Ich stelle Ihnen ein Individuum vor (45jähriger Müllergeselle Gottlob Pechmann aus Birkhausen), welches seit 5 Jahren ein häufiger und Monate lang getreuer Hospitalgast ist, doch jedesmal wieder als so weit genesen entlassen werden konnte, dass er im Stande war, seiner Arbeit vorzustehen. Aber es dauerte kaum einige Monate, so war der Kranke wieder genöthigt, wegen des alten überhandnehmenden Uebels seine Zuflucht zu uns zu nehmen. Er bewohnt einen Ort, in welchem wegen seiner Lage und der vielen Fischweiher das Wechselfieber heimisch ist, und, ohne dass dasselbe bei ihm in seiner Heimath zum Ausbruch gekommen wäre, zeigt er die Symptome jenes Milzleidens, welches sich im Verlauf des Wechselfiebers erzeugt und als Residuum desselben zurückbleibt. Da jeder Beitrag zur Physiologie der Milz von Werth ist, und pathologische Beobachtungen den Anstoss zu mancher Erledigung in diesem noch etwas düsteren Thema geben können, so will ich Ihnen alle Erscheinungen, wodurch sich das Milzübel des Kranken kundgab, und welche Phasen die Krankheit durchschritt, in's Gedächtniss rufen.

Wenn Pechmann's Uebel seinen Höhegrad erreicht hat, wie es nun wieder am 16. Nov. v. J. der Fall war, dann ist sein Gesicht bleich mit einer schwärzlich grünen Färbung, das Auge glanzlos, die Züge hängend, der ganze Körper sehr matt, die Bewegung schleppend, die Temperatur geringer, die Stimmung trübe, melancholisch. Er leidet viel an dumpfem Kopfschmerz, der besonders die linke Seite einnimmt. In der Milzgegend hat er eine drückende brennende Empfindung. Die Zunge ist rein, der Appetit gering, öfters saures Aufstossen. Er behauptet mit grosser Bestimmtheit, vor seinem Eintritt einmal eine ziemliche Quantität schwarzes Blut erbrochen zu haben. Es wäre dies wohl möglich, und scheint damit die nachfolgende Blutleere in Harmonie zu stehen. Nasenbluten wurde in der Anstalt von uns selbst bei ihm beobachtet. Der Stuhl ist unordentlich, bisweilen Verstopfung, bisweilen Diarrhöe; das Ausgeleerte ist nicht normal pigmentirt, nicht in den Nüancen der Sepiafarbe, sondern des Ziegelrothbraunen spielend, manchmal auch hell chamois. Der obere, untere und vordere Rand der Milz lassen sich durch die Percussion gut umgrenzen. Sie fängt hoch oben schon unter der 7. Rippe an, sie ist $^2/_3$ Spanne lang und eine starke Hand breit; sie lässt sich auch bei ganz relaxirten Bauchdecken nicht fühlen und scheint daher von weicher Consistenz zu sein.

Als ich den Kranken vor einigen Jahren zum erstenmale sah, machte er auf mich den Eindruck eines Menschen, der an Fieberkachexie leidet, oder, was dasselbe ist, an jener fehlerhaften Blutmischung, welche sich im Gefolge permanenter Milzanschwellung stets einstellt. Chinin leistete nur einige Tage lang günstige Wirkung: es kam Appetit, etwas mehr Körperkraft, und das Volumen der Milz reducirte sich um einige Linien, aber dann blieb das Mittel wieder ganz und gar wirkungslos, man mochte damit anhalten und die Dosis steigern so viel man wollte, es berührte den Kranken nicht mehr, und die Milz hatte bald wieder ihre alte Ausdehnung. Doch gewann man dadurch so viel, dass man erkennen lernte, die Milz habe ihre Contractionsfähigkeit noch nicht ganz verloren, denn in manchen Fällen von längerer und bedeutender Anschwellung verliert das Gewebe der Milz seine Contractilität ganz und gar und ist durch kein Mittel mehr zu erwecken. Es ist oft eine grosse Neigung des Balkengewebes vorhanden, mit der Pulpa zu einem Brei zu zerfliessen, der sich flüssig in der Kapsel, wie Wagenschmiere in einem Beutel, vorfindet.

Auch die kalte Douche blieb bei P. ohne Wirkung, wie denn überhaupt alle äusserlich auf die Milz angewandten Mittel gewöhnlich erfolglos sind. Der Gebrauch des Eisens entsprach bei diesem Kranken unseren Erwartungen sichtlich so weit, dass er entlassen werden konnte, und auch heute, nachdem er jetzt über 8 Wochen täglich 10 Gran Eisensalmiak genommen hat, kehren Kraft, Lebendigkeit und Körperfülle zurück, die Wangen überziehen sich sogar mit Rosenroth, der Appetit ist vortrefflich, und täglich erfolgt ein geformter, normal gefärbter Stuhl, und was uns eine sichere Garantie der Wiedergenesung giebt, das ist die Reduction des Milzvolumens, welches rings herum an einen Zoll beträgt.

Es ist eines Umstandes, welcher unsere Ansicht über die Krankheitsursache bestätigt, Erwähnung zu thun. Als der Kranke sich vor 3 Jahren gebessert hatte und ihm schon die Entlassung in Aussicht gestellt wurde, bekam er plötzlich einen Fieberparoxysmus, der sich

mit Schweiss endigte, reine Apyrexie zurückliess und nach 48 Stunden mit derselben Stärke repetirte. Er nahm darauf Chinin, das Fieber blieb weg, und er befand sich nach einigen Tagen besser als vor den Fieberanfällen, welche sich somit verhielten, wie die sogenannte *Febris depuratoria* der Alten.

Der Aufenthalt unseres Kranken in seiner Heimath würde zur Folge haben, dass das Uebel alsbald mit neuer Stärke wiederkehren würde, und wir sähen uns nach einigen Wochen oder Monaten genöthigt, mit unserer Kur wieder von vorn zu beginnen. Am besten würde sich der Reconvalescent in Jena, wo Wechselfieber zu den unerhörten Krankheiten gehören, befinden. Vielleicht gelingt es, ihm hier dauernde Beschäftigung zu sichern. (Schluss folgt.)

Miscellen.

Personalien.

Personalveränderungen. Oesterreich. Befördert: Dr. Dietl, Director des Wiedener Bezirks-Krankenhauses in Wien, zum Prof. der spec. Path. u. Ther. nebst der med. Klinik an der Univers. zu Krakau; Dr. Havranek, Supplent des Lehramts der theor. Med. an der Univ. zu Lemberg, zum Prof. desselben. Ernannt: Dr. V. Ritter v. Mayrhofen zum Prof. der theor. und prakt. Geburtshülfe an der chirurg. Lehranstalt zu Innsbruck. Die Reg.-Aerzte DD. Baubelik von Erzherzog Karl Uhlanen und Zumsande bei Grossf. Constantin Infant., ferner Hammerschmidt von Giulay und Wank von Kaiser Franz Joseph Infant. tauschten ihre Dienstposten.

Kurhessen. Ernannt: Dr. Wiegand zum ausserord. Prof. der Botanik, Dr. Kolbe in Braunschweig zum Prof. der Chemie an der Univ. zu Marburg.

Würtemberg. Versetzt: Oberamtsarzt Dr. Reiffsteck in Spaichingen auf sein Ansuchen als solcher nach Ravensburg.

Todesfälle. Baden. Die Physikatsärzte DD. P. Ammann zu Ueberlingen, Braun (pens.) zu Freiburg.

Hannover. Dr. Langeheinecken zu Rethem a. d. Aller.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

(Fortsetzung aus No. 21.)

9. Specielle Pathologie und Therapie.

f. Krankheiten der Sehling- und Verdauungsorgane.

Albers, Bericht über 84 Leichenöffnungen (der Krebs der *Capsula Glissonii*). Deutsche Klinik No. 1.

Beneke, Beobachtung über die Bildung eines von aussen nach innen perforirenden tuberkulösen Magengeschwürs. Vierordt's Archiv 2.

Clemens, Perityphlitis mit Zellgewebsverjauchung. Deutsche Klinik No. 8.

Colton, Gastritis mit anomalen Symptomen in Folge des Genusses von Sodawasser. Dublin Press No. 627.

Cumming, Obstruction der Eingeweide durch eine verschluckte Bleikugel. Monthly Journ., April.

Filson, Fall von Kothbrechen und Verstopfung durch Carcinom des Colon. Dublin Press No. 631.

Hancock, Innere Einklemmung der Intestina. Lond. Journ., März.

Henrich, Fall einer *Angina gangraenosa Ludovici.* Casper's Wochenschrift No. 7.

Heschl, Fall von Compression des Duodenum gegen die Wirbelsäule durch ein übermässig langes *Mesocolon transversum.* Wiener Zeitschrift, April.

Heyseh, Ueber einen Leberabscess, der mit der rechten Lunge communicirte; nebst Bemerkungen über die Diagnose der chronischen Hepatitis. Rev. med.-chirurg., April.

Jobert, Hypertrophie der Mandeln. Gaz. des hôp. 7.

Küchenmeister, Kleinere helminthologische Mittheilungen. Vierordt's Archiv 2.

Lange, 1) Perforirendes Magengeschwür. 2) Brand des Magens. Deutsche Klinik No. 20.

Ormerod, Zwei Fälle von *Obstructio intestinalis,* zusammenhängend mit alten Hernien, beide tödtlich verlaufend durch Ruptur der Eingeweide. Lond. Gaz., Febr.

Robertson, Fall von Communication zwischen Magen und vorderer Bauchwand. Monthly Journ., Jan.

Rodrigues, Hypertrophie der Uvula. Gaz. des hôp. 11.

Schuermans, Ueber Complicationen der gastrischen Krankheiten. Journ. de Brux., Jan.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Spengler, Brandige Zellgewebsentzündung um die Unterkieferspeicheldrüse. Deutsche Klinik No. 4.

Taylor, Zwei merkwürdige Fälle von Enthaltung von Nahrung. Americ. Journ., Jan.

Ulrich, Perforation des Darmes (höchst wahrscheinlich des wurmförmigen Fortsatzes. Wiener Zeitschr., Jan.

Verger, Ueber epidemische Dysenterie. Rev. méd., Jan.

Vorfall der Intestina. Lond. Gaz., Febr.

Weise, Beobachtungen und Erfahrungen über die Ruhrepidemien im Jahre 1847, 1848 und 1850 im Friedländer Kreise. Pr. Vereinz-Ztg. No. 2.

Wengler, Ein Fall von Guineawurm in Europa. Schmidt's Jahrb. 3.

Williams, Die physikalische Untersuchung des Abdomen in gesundem und krankem Zustande. Lond. Journ., Jan., Febr., März.

g. Hautkrankheiten.

Biljarski, Ein Wort über die Behandlung der *Pustula maligna s. sibirica.* Med. Ztg. Russlands 6.

Brunzlow, Ausgedehnte Hautausschläge beim Gebrauche der grauen Salbe. Pr. Vereins-Ztg. No. 21.

Droop, Scharlach- und Speckeinreibungen. Hannov. Corr.-Bl. I., 20.

v. Breuning, Scharlachkrankheit ohne Hautausschlag. Deutsche Klinik No. 6.

v. d. Busch, Ueber eine im Jahre 1842 in Bremen beobachtete Rötheln-Epidemie; nebst einigen allgemeinen Bemerkungen über diese Ausschlagsform. Oppenheim's Zeitschr. Bd. 45. Heft 3.

Craigie, Fall von Molluscum. Edinb. Journ., Jan.

Fulloon, Fall von Scarlatina nach der Entbindung. Med. Times, Jan.

Gregory, Ueber Exantheme. Med. Times, Jan.

Griffith, Bemerkungen über den beim Favus vorkommenden Fungus. Lond. Gaz., Febr.

Guillaumot, Ueber das sporadische Schweissfriesel und seine Behandlung. Rev. med.-chirurg., Febr.

Hannon, Ueber die Natur und die Varietäten der Rötheln bei Masernepidemien. Presse méd. 6.

Itzigsohn, Die Behandlung des Kopfgrindes. Pr. Vereins-Ztg. No. 19.

Kerle, Die epidemische Scharlachkrankheit von 1848, 1849 und 1850. Hannov. Corr.-Bl. I., 19 u. 20.

Kersten, Mittheilungen über die bei der letzten Pockenepidemie auf dem Magdeburger Krankenhause behandelten Kranken. Deutsche Klinik No. 20.

Know, Ueber die Verwandtschaft der Exantheme. Lond. Journ., April.

Laycock, Ueber ein neues epidemisches Exanthem. Lond. Gaz., März.

Lilienfeld, Erfahrungen über den Seescorbut. Caspor's Wochenschrift No. 1. 2. 3.

Löwenstein, *Erythema psoriacum infantile.* Med. Ztg. Russlands 8.

Parum, Ueber die Art der Uebertragung der Roseola. Arch. gén., April.

Seitz, Vorträge über Scharlach. Deutsche Klinik No. 3—5.

South, *Erysipelas noscomial.* Lancet, Jan.

Turck, Ueber die Hämorrhagien der Haut. Rev. med.-chir., Febr.

Wissmond, Einige Bemerkungen über Scabies bei Pferden. Med. Ztg. Russlands 4.

h. Syphilis und Tripper.

Auzias-Turenne, Ueber Syphilisation. Gaz méd. de Paris 4.

Druste, Inoculation der Syphilis. Deutsche Klinik No. 18.

Hilton, Geschwür am After. Lond. Gaz., Jan.

Hunt, Der Mercur bei Syphilis. Lond. Journ., März.

Mayr, Erfahrungen über angeerbte Syphilis bei Kindern. Wiener Zeitschr., April.

Milton, Ueber Gonorrhöe. Med. Times, Jan.

Potain, Ueber syphilitische Gicht. L'Union 12. 14. 16.

Ressiguier, Behandlung des Trippers beim Mann. Gaz. méd. de Montp. No. 10 u. 11.

Richter, Ein Fall von Gonorrhöe bei vorhandener Hypospadie. Pr. Vereins-Ztg. No. 16.

Ricord, Briefe über Syphilis. L'Union 10.

Sablotzky, Pusteln oder Tuberkeln der Schleimhäute. Med. Zeitung Russlands 1. 2.

Sigmund, Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien. Deutsche Klinik No. 21.

— Impfung der Syphilis auf Thiere und Rückimpfung. Ibid. 17.

Solly, Fall von schleichendem Bubo. Lond. Journ., April.

Todd, Ueber syphilitische Krankheit der *Dura mater* und *Periostitis externa.* Lond. Gaz., Jan.

Waller, Die Contagiosität der secundären Syphilis. Prager Vierteljahrs-Schrift Heft 1.

Vicente y Hédo, *Tratado teoretico-practico de las enfermedades venéreas y sifiliticas.* Madrid, 1851.

Sonnabend, № 23. 7. Juni 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber Froschgeschwulst.

Von

Dr. Albert Haller.

(Fortsetzung aus No. 22.)

Betrachten wir nun noch die zur Heilung der Ranula angewandten Verfahren, wie sie weiter unten genauer auseinandergesetzt werden, so kann uns nicht entgehen, dass schon seit Alters eine nicht unbedeutende Zahl, ja wohl die Mehrzahl der Chirurgen im Eröffnen und Reizen des Sackes der Geschwulst, wodurch Verwachsung desselben zu Wege gebracht wird, das grösste Heil und oft mit Erfolg suchten. Wenn nun schon nicht zu leugnen ist, dass dieses Verfahren gegen eine Geschwulst durch primäre Speichelinfiltration mit späterer Sackbildung, wie wir sie indess nicht annehmen dürfen, wohl zu helfen vermöchte, so müsste es bei eigentlicher Dilatation durch Verstopfung des Wharton'schen oder eines Drüsenganges Obliteration desselben, also eine neue Ranula hervorrufen, keineswegs aber Heilung. Dennoch hat in vielen Fällen die genannte Verfahrungsweise Heilung gebracht. Dadurch wird also unwiderleglich bewiesen, dass wenigstens in vielen Fällen die Ranula keine Speichelgeschwulst ist. Was die Erfahrung von Louis [1]) betrifft, der in einem Falle von Ranula Heilung durch einfache Erweiterung der Mündung des Wharton'schen Ganges beobachtet haben will, so steht sie so vereinzelt da, dass man mir wohl das Recht zugestehen wird, eine Täuschung anzunehmen.

Auch die Aetiologie der Ranula liefert uns ein Bedenken. Eine Verengung oder Verstopfung des Wharton'schen Ganges könnte, ausser durch fremde Körper, Concremente und Geschwülste, hervorgebracht werden durch Entzündung der Wände, Aphthen, Geschwürbildung und spätere Vernarbung, und viele Schriftsteller geben solche Uebel auch als Veranlassung an. Aber nur in den seltensten Fällen bestätigt sich dieses; nur höchst selten haben wenigstens die Kranken irgendwelche Erinnerung von ähnlichen Uebeln, die vorhergegangen wären. Woher rührt das? Es ist kaum denkbar, dass das immer in Unaufmerksamkeit der Kranken begründet wäre; es wird vielmehr wahrscheinlich, dass solche Uebel wenigstens oft gar nicht dagewesen sind. Wie soll man sich aber dann die Krankheit des Wharton'schen Ganges erklären? Dieser Umstand mag wohl auf die Annahme von Secretion eines qualitativ abnormen Speichels bei gleichzeitiger Atonie des Wharton'schen Ganges geführt haben. Von einer fehlerhaften Beschaffenheit des Speichels aber wissen wir so wenig, dass wir sie nur dann annehmen dürfen, wenn erst der Sitz der Geschwulst bestimmt nachgewiesen ist und sich doch kein anderes ätiologisches Moment dafür finden lässt, damit wir nicht in den Fehler verfallen, eine Hypothese durch die andere stützen zu wollen.

[1]) Sabatier l. c. pag. 168.

Nach diesen mehr theoretischen Bedenken wende ich mich zu der Analyse der Erfahrungen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen.

Untersuchungen über die Ranula an Leichen besitzen wir von Palletta, Breschet, Bendz und Jobert; allenfalls wäre noch die von Redenbacher in dem von ihm als *Ranula congenita* bezeichneten Falle zu nennen. Sie Alle, wie auch alle neueren Chirurgen, welche eine Operation bei Ranula vollzogen haben, stimmen darin überein, dass die Geschwulst aus einem oder mehreren Säcken besteht, die von einem flüssigen, bisweilen aber auch zum Theil festen Inhalt erfüllt sind.

Palletta [1]) fand bei einem zweimonatlichen, mit Ranula behafteten Kinde eine Geschwulst, die sowohl unter der Zunge, als aussen am Halse erschien, zwischen dem *Musculus sternocleidomastoideus* und den Muskeln des Zungenbeins liegend, aus der nach dem Anstechen nur sehr wenig Lymphe ausfloss, da der grösste Theil derselben in einer grossen Anzahl kleiner Cysten, aus dicken, netzförmig verzweig-

[1]) J. B. Pallotta, exercitationes pathologicae. Mediolani, 1820. Cap. IX. art. 9. pag. 156. Pallotta nannte den Fall *hydroglossus*, welches Wort er neben dem Ausdruck *ranula* gebraucht; lässt sich daraus, wie Nuhn (l. c. Bd. II. pag. 236.) zu thun scheint, schliessen, er habe den Inhalt mehr wässariger Natur gefunden, da Palletta es doch nicht direct ausspricht?

Feuilleton.

Erwiederung auf Prof. Dr. Hohl's „unterbrochene Kritik" in No. 17 der deutschen Klinik.

Es liegt im Begriffe eines wissenschaftlichen Lehrbuches, dass alles wissenschaftlich und praktisch Werthvolle in demselben Beachtung und Würdigung finde, sowie auch an den medicinischen Lehrer die Forderung gestellt werden muss, dass durch ihn der Zuhörerkreis mit den Leistungen Anderer in dem Gebiete der Wissenschaft bekannt und *au niveau de la science* gestellt werde.

Eingedenk dessen, habe ich bei Ausarbeitung meines Lehrbuches auf die Leistungen Anderer Rücksicht genommen, und mich keinesweges bloss auf die Schriften derjenigen Männer beschränkt, welche nicht ignorirt zu haben der Halle'sche Mann mir gewissermaassen zum Vorwurfe machte. Um die Anklage einer unrichtigen Auffassung, wenn nicht gar Verdrehung, die auszusprechen Kritikaster so leicht bereit sind, von mir ferne zu halten, zog ich es vor, so weit als immer möglich, mich der eigenen Worte der Verfasser zu bedienen, und so dieselben gewissermaassen selbstredeud da anzuführen, wo ihren Beobachtungen und Forschungen Rechnung zu tragen, Pflicht schien.

In der Absicht, die Charybdis zu vermeiden, gerieth ich in die Scylla, und ich muss von einer geburtshülflichen Saalgrösse mich deshalb angegriffen sehen, dass ich die wissenschaftlichen Leistungen Anderer zu ignoriren verschmäht, und ihnen die verdiente Aufmerksamkeit gewidmet habe. Wo und von wem ich für mein Lehrbuch Rath mir erholt und Gedanken entlehnt, habe ich anzuführen nicht unterlassen, und so darf ich hoffen, dass unbefangene Leser in dieser durch Herrn Hohl erhobenen *cause célèbre* ein gerechtes und billiges Urtheil fällen und anerkennen werden, dass das *suum cuique* selbst dem Halleschen Professor der Geburtshülfe gegenüber von mir gewissenhaft beachtet worden ist.

Erlangen, den 16. Mai 1851. Dr. Rosshirt.

Dem Wunsche des Hrn. Professor Rosshirt gemäss, habe ich die obige Entgegnung in die deutsche Klinik aufgenommen, sehe mich aber um so mehr veranlasst, noch einige Worte hinzuzufügen, als Hr. Professor Hohl vor Uebersendung seiner „unterbrochenen Kritik", unter Anführung der Gründe, die ihn zum Niederschreiben einer solchen veranlassten, bei mir anfrug, ob ich sie aufnehmen würde, ich

ten Fasern gebildet, enthalten war. Er glaubt, die Geschwulst sei durch Erweiterung der Unterzungendrüse und ihres Ausführungsganges entstanden.

Breschet's[1]) Untersuchungen beziehen sich auf Neugeborene, bei denen er die Geschwulst aus serösen Cysten bestehend fand.

Auch Bendz[2]) hat eine doppelte Ranula bei einer alten an Marasmus Gestorbenen aus mehreren, knorplich fibrösen Säcken bestehend gefunden, die grünliches, albuminöses Fluidum und kleine Steine enthielten. Sie lagen an der Stelle der *Glandula sublingualis;* der *Ductus Whartonianus* war frei.

Auch in vielen anderen Fällen hat man bei der Ausführung der Operationen die Ranula aus einem mehrfächrigen Gewebe bestehend gefunden, so dass beim Einschnitt sich nur sehr wenig Flüssigkeit entleerte. Hierauf scheint sich auch Richter's[3]) Angabe zu beziehen, dass sich bei Ranula bisweilen die Geschwulst von einem infiltrirten Bindegewebe gefüllt zeige, welches das Ausfliessen der Flüssigkeit beim Einschnitt verhindere.

Besonders wichtig ist die Beobachtung von Jobert[4]) an einem 35jährigen Patienten, der, nachdem er etwa 6 Monate an einer doppelten Ranula gelitten, 6 Tage nach der von Jobert verrichteten Operation an einem hinzutretenden Fieber starb. Bei der Untersuchung an der Leiche zeigten sich die Drüsen und ihre Ausführungsgänge bis zum Grunde der durch die Operation geöffneten Ranula-Bälge auf beiden Seiten ganz normal; aber von diesem Punkte an konnte Jobert keine Spur der beiden Gänge mehr finden. Ob die Gänge indess in die beiden Säcke mündeten, oder davon abgeschlossen waren, giebt er nicht an. Ausser den beiden einfachen Säcken, aus denen die Ranula bestand, fand sich neben dem Wharton'schen Gange der rechten Seite in der Gegend der Sublingualdrüse eine an den Gang geheftete, durchscheinende Cyste, mit citronengelber, fadenziehender, dicklicher Flüssigkeit gefüllt; dieser Inhalt konnte weder durch den Wharton'schen Gang, noch sonst durch eine natürliche Oeffnung hervorgedrückt werden. Die beiden Bälge, welche ursprünglich die Ranula bildeten, bestanden aus einem harten, mit der Umgebung fest verbundenen Gewebe. Jobert hält jene Cyste neben dem Wharton-schen Gange für entstanden durch Obliteration eines Drüsenganges der Unterzungendrüse, weil er auf dem Grunde andere Gänge bemerkte, die der Cyste das Aussehen einer Erweiterung gaben, wie sie sich bisweilen an den Milchgängen in der Gegend der Brustwarze finden sollen. Dieser Grund scheint mir aber durchaus nicht zureichend; im Gegentheil scheint mir nichts dagegen zu sprechen, dass die Cyste, aus irgend welchem Grunde, sich neben der *Glandula sublingualis* bildend, durch Druck auf die Drüse und theilweise Atrophie derselben das beschriebene Aussehen gewonnen haben könnte. Halten wir aber für diese Cyste einen solchen Vorgang fest, so ist nicht abzusehen, warum die Bildung der beiden näher zum Frenulum gelegenen Bälge nicht auf ähnliche Weise sollte vorgegangen sein; es könnten sich auch hier Cysten gebildet und allmälig das vordere Ende des Wharton-schen Ganges durch Druck zur Atrophie gebracht haben, wo es dann der Beobachtung leicht könnte entgangen sein, was noch erklärlicher scheint, wenn wir bedenken, dass jenes Subject operirt war. Auch

[1]) Répertoire général d'Anatomie et de Physiologie pathologiques. T. V. p. 182. Dupuytren l. c. T. III. p. 300.
[2]) Bendz l. c.
[3]) Richter l. c.
[4]) Jobert l. c. Tom. I. pag. 418.

müsste sich bei Verstopfung des Wharton'schen Ganges die Erweiterung doch wohl immer weiter auf seine Wände ausgebreitet haben; es erscheint wenigstens durchaus nicht klar, warum sie sich in einem gewissen Punkte so scharf sollte begrenzt haben. Daher kann auch diese Beobachtung nicht für streng beweisend für die Entstehung von Speichelgeschwülsten angesehen werden.

Die Beobachtung von Redenbacher[1]), der das Innere seiner *Ranula congenita* aus einer Menge einzelner Zellen gebildet fand, ist hier in so fern nur flüchtig anzuführen, als Wernher[2]) schon überzeugend dargethan hat, dass sie unter die angeborenen Cystenhygrome des Halses zu zählen ist. Diese haben aber ihren ursprünglichen Sitz nicht unter der Zunge, sondern vielmehr aussen am Halse, und ragen nur zufällig bisweilen in die Mundhöhle hinein, indem sie die Theile des *Pavimentum linguae* auseinander drängen. Dass sich in dem genannten Falle keine Speicheldrüsen ausser den Parotiden fanden, will noch nichts beweisen, da die Beobachtungen von Hawkins[3]) es sehr deutlich machen, wie die Drüsen durch den Druck atrophisch werden und verschwinden können. Die dem Redenbacher'schen ganz ähnlichen Fälle von Völkers[4]), Droste[5]) und Hawkins[6]) scheinen schon von den Beobachtern selbst von Ranula unterschieden worden zu sein. Ob die genannten Untersuchungen von Palletta und Breschet sich auf Geschwülste derselben Art beziehen, lässt sich nicht sicher entscheiden, scheint aber wahrscheinlich.

Trotz diesen gar nicht sicher für Speichelgeschwulst sprechenden Beobachtungen berufen sich die neueren Vertheidiger derselben, namentlich Jobert, hauptsächlich auf ihre Beobachtungen, und wenn gleich dieselben, bis auf die schon erörterten, nur an Lebenden bei Gelegenheit von Operationen gemacht worden sind, daher also keineswegs die wünschenswerthe Genauigkeit zeigen, so werden wir sie doch einiger Kritik unterwerfen müssen.

Der Hauptpunkt bei denselben ist offenbar der, dass Jobert[7]) geradezu die Oeffnung des Wharton'schen Ganges in die Ranula und das Hervorspritzen des Speichels aus jener Oeffnung nach der Eröffnung der Geschwulst will gesehen haben. Ich kann mich indess nicht ganz erwehren, bei derartigen Beobachtungen an Täuschung zu denken; es könnte der Wharton'sche Gang durch die neben ihm liegende Geschwulst so dislocirt sein, dass, obgleich er sich an der vorderen Wand der Geschwulst an der Schleimhaut öffnet, er von hier aus in einem Bogen um einen Theil der Geschwulst herum liefe. Wenn bei einem solchen Verhältniss das Stück Schleimhaut, in welchem sich die Oeffnung des Ganges befindet, entfernt wird, wie es bei der Jobert-schen Operation[8]) geschieht, so könnte auch, ohne dass der Wharton-sche Gang mit dem Sack der Geschwulst communicirt, ein scheinbares Hervorquellen des Speichels aus der Tiefe des eröffneten Balges stattfinden. Ein ähnlicher Vorgang scheint noch besonders bei dem jungen Manne, Namens Dolabreuvoir, von dem Jobert[9]) erzählt,

[1]) Redenbacher, dissert. de ranula sub lingua speciali cum casu congenito. Monachi, 1828.
[2]) Wernher l. c.
[3]) Hawkins, on a peculiar form of congenital tumours of the neck. In: London medico-chirurgical transactions, 1839.
[4]) Völkers in: Casper's Wochenschrift, 1837. No. 44.
[5]) Droste in: Holscher's Hannov. Annalen, 1839. pag. 295.
[6]) Hawkins l. c.
[7]) Jobert l. c. Tom. I. pag. 412.
[8]) Siehe weiter unten.
[9]) Jobert l. c. Tom. I. pag. 413.

---

also durch die Bejahung dieser Anfrage sie mit zu vertreten noch mehr übernahm, als an sich schon ein Redacteur in gleichem Falle thut. Schwerlich ist es des Hrn. Hohl Ansicht, es solle eben der Herausgeber eines Lehrbuches lediglich eigene Ideen, ganz originelle Auffassungen etc. geben, als solle er, frühere Leistungen ganz ignorirend, nur aus dem Born seiner eigenen Erkenntniss und Erfahrung schöpfen. Es liegt vielmehr in der Natur der Sache, dass der Verfasser eines so umfangreichen Lehrbuches, wie das von Rosshirt, natürlich ohne seinen individuellen Standpunkt hintanzusetzen und zu verleugnen, in der Darstellung der von ihm für die richtigsten gehaltenen Lehren Akt von der allmäligen Entwickelung der behandelten Wissenschaft nimmt, dass er nicht bloss die eigenen, sondern auch die Ansichten Anderer, wie er sie in sich aufgenommen, *in succum et sanguinem* vertirt hat, vorführt, dass er kritisch sichtend den werthvollen Leistungen ihr Recht wiederfahren lässt, Unhaltbares aber, so weit es der Mühe verlohnt, als solches bezeichnet. Bei einer derartigen Behandlung des gegebenen Thema kann es freilich leicht vorkommen und gerathen erscheinen, die Meinungen Anderer, damit sie gewiss richtig aufgefasst werden, auch *verbotenus* anzuführen, indess hat man bei solchen Gelegenheiten bisher es meistens für angemessen gehalten, dem Leser auch speciell durch äussere Zeichen kund zu thun, dass man jetzt ein fremdes Ich redend einführe. Ich bezweifle, dass Hr. Hohl gegen ein solches Verfahren in Lehrbüchern zu Felde zu ziehen in No. 17 der deutschen Klinik beabsichtigte. Etwas ganz Verschiedenes ist es wohl, wenn man in grossem Umfange wörtlich die von Anderen ausgesprochenen Ideen dem Gange der eigenen einverleibt, und so für die der Literatur Unkundigen es zur Unmöglichkeit macht, zu unterscheiden, wo der Schriftsteller selbst redet, wo er Andere für sich reden lässt. Besonders auffällig erscheint ein derartiges Verfahren aber, wenn es sich um Citate eines Autors handelt, der, wie z. B. Litzmann, in der Auffassung und Bearbeitung seiner Themata viel Eigenthümliches und Neues geboten hat. Um hier vorzugsweise Studirenden, die mit der Literatur noch wenig vertraut sind, und für sie pflegen Lehrbücher ja besonders bestimmt zu sein, die Sache im rechten Lichte erscheinen zu lassen, genügt es wohl nicht, im Eingange eines Werkes allgemein anzugeben, aus welchen Quellen man nächst der eigenen Erfahrung geschöpft hat, gerade für sie ist es im Gegentheil von besonderem Interesse, von grossem Werth, zu erfahren, wer die und die neue Ansicht aufgestellt hat, wem man jene neue Anschauungsweise verdankt. Der Studirende wird auf solche Weise nebenher in die Literatur eingeführt, mit bedeutenderen Persönlichkeiten bekannt gemacht, erfährt, in welchem Grade der vor ihm liegende Schriftsteller andere Leistungen würdigt

stattgefunden zu haben, da hier im späteren Verlaufe der Ranula in den Nacken und das Kiefergelenk ausstrahlende, wahrscheinlich in den Drüsen sitzende Schmerzen auftraten, vermuthlich durch allmäliges Zusammendrücken des Lumens des Wharton'schen Ganges und dadurch hervorgebrachte Irritation der Drüse; wenigstens lässt sich das späte Auftreten der Schmerzen und ihr augenblickliches Schwinden nach der Operation auf diese Weise am besten erklären.

Noch eine Beobachtung ist hier anzuführen, von der man auf den ersten Blick glauben könnte, sie trage zur Bestätigung der Theorie von den Speichelgeschwülsten bei. Es ist eine von Prof. Hauser[1] in Olmütz gemachte Beobachtung, wo nach phlegmonöser Entzündung erst an der einen, dann an der anderen Unterkieferdrüse, erst rechts, dann links eine Ranula entstand. Die Ranula rechter Seits brach viele Male auf, füllte sich aber immer wieder, bis sie nach einer gemachten Incision endlich mit Zurücklassung einiger Intumescenz unter der Zunge schwand. Links dagegen wuchs sie immer mehr, so dass sie nach Verlauf von fast 2 Jahren sich bis zur Mitte des *Manubrium sterni* als schlaffe Geschwulst heraberstreckte, in der man durch Druck auf die äussere Geschwulst den Inhalt bis unter die Zunge aufsteigen lassen konnte. Hieraus will Hauser schliessen, dass die Ranula durch Erweiterung des Wharton'schen Ganges bei verschlossener Oeffnung desselben entstanden sei; rechts sei sie durch die Incision geheilt worden, während links der Gang sich immer weiter ausgedehnt habe. Es scheint indess vielmehr rechts die Heilung nicht auf diesem Wege stattgefunden zu haben; denn woher sonst die zurückbleibende Verhärtung und Intumescenz unter der Zunge? Sollte nicht vielmehr durch das vielfache Oeffnen der Geschwulst eine solche Verdickung ihrer Wandungen eingetreten sein, dass die Höhlung sich allmälig füllte und die nachbleibende Verhärtung darstellte? Mir erscheint das wahrscheinlicher, da es sonst nicht abzusehen ist, warum nicht schon gleich nach der ersten spontanen Eröffnung der Geschwulst radicale Heilung eintrat. Was aber die Ranula links betrifft, so scheint Prof. Hauser ganz zu übersehen, dass die von ihm angenommene Natur der Geschwulst noch durch nichts bewiesen ist, während es doch gewiss auch andere Geschwülste giebt, die uns dasselbe Bild darbieten können. Von einer genaueren Nachforschung nach dem Wharton'schen Gange spricht er gar nicht, sondern nimmt jene Erklärung ohne Weiteres als die richtige an. Doch bemerkt schon Wernher[2] mit Recht, dass ein Erscheinen des ausgedehnten Bartholin'schen Ganges unter dem Unterkiefer gar nicht denkbar ist, da er ganz auf dem *Musculus mylohyoideus* liegt. Fast dasselbe Verhältniss muss aber auch für den Wharton'schen Gang in Anspruch genommen werden, da es nur bei dem hinteren Ende desselben nicht statt hat; er wird sich daher nicht wohl, wie Hauser angiebt, in dem Zellgewebe unter dem *Platysma myoides* senken können. Was aber die von Hauser ausgeführte Operation betrifft, so öffnete er die Geschwulst am Halse und unter der Zunge, zog ein Band durch die ganze Geschwulst und unterband, nachdem er nach ein paar Tagen jenes Band weggenommen, den krankhaften Gang, und zwar ersteres in der Absicht, den falschen Speichelkanal zur Obliteration zu bringen, letzteres, um dem Wharton'schen Gange eine neue Mündung zu verschaffen. Wenn er nun schon ersteres mag erreicht haben, so möchte doch die Unterbindung eher adhäsive Entzündung und Obliteration des Kanals, als Ueberhäutung der durch das allmälige Durchschneiden der Ligatur angeblich entstandenen neuen Oeffnung hervorrufen; es trägt also auch seine Behandlungsart keineswegs zur Unterstützung seiner Ansicht bei, spricht vielmehr dagegen; daher jene Ansicht wohl zum Mindesten ein voreiliger Schluss genannt werden kann.

[1] Hauser l. c.
[2] Wernher l. c. pag. 56.

Endlich ist hier noch anzuführen, dass in neuerer Zeit in vielen Fällen nachgewiesen worden ist, dass der Wharton'sche Gang an der Krankheit keinen Theil hatte, wie das schon im erwähnten Falle von Bendz sich fand. Dieses beobachteten namentlich Reisinger[1], Berghem[2], Malcolmson[3] u. A.

Endlich haben wir noch über die Natur des Inhaltes die vorhandenen Untersuchungen zusammen zu stellen, um auch daraus die möglichen Schlüsse zu ziehen. Er wird von den meisten Autoren als eine zähe, klebrige, fadenziehende Flüssigkeit beschrieben, ähnlich dem Eiweiss, entweder, wie dieses, fast farblos, oder dunkler gelb von Farbe und meist ziemlich durchsichtig. Im späteren Verlauf soll die Flüssigkeit sich häufig trüben; auch ist sie häufig mehr gallertartig, so dass sie sich nach der Punction nur durch Druck entleeren lässt. Häufig soll indess der Inhalt der Ranula auch mehr eiterähnlich sein, flockig oder schleimig getrübt. Zugleich finden sich häufig steinige Concretionen in der Flüssigkeit, die oft sehr zahlreich, dabei weissgelblich von Farbe und von verschiedener Consistenz sind, und die man meist für Speichelsteine gehalten hat.

Genauere chemische Untersuchungen der Ranula-Flüssigkeit besitzen wir, ausser der in dem schon oben als nicht hierher gehörig angegebenen Falle von Redenbacher, zwei: die erste derselben ist von Gmelin[4] angestellt, die andere von Gorup-Besanez[5]. Beide stimmen im Wesentlichen überein, indem sie die alkalisch reagirende Flüssigkeit aus Wasser, Extractivstoffen, Albumin (das aber von ihnen für modificirt gehalten wird) und Salzen zusammengesetzt fanden. In Bezug auf das quantitative Verhältniss fand Gmelin in 100 Theilen: Wasser 94,6 und feste Theile 5,4, die aus Albumin, Spuren von talgartigem Fett, Osmazom, vielleicht auch Ptyalin und kohlensaurem und essigsaurem Natron bestanden. Das Albumin hält Gmelin für eigenthümlich modificirt, da er bei der kleinen Menge desselben die Consistenz der Flüssigkeit nur dadurch erklären zu können meint.

Nach Gorup-Besanez's Untersuchung löste sich die Flüssigkeit beim Schütteln in Wasser; durch Kochen der Lösung entstand weder Trübung noch Coagulum, nur Verlust der Opalescenz. In 100 Theilen fand er: 95,029 Wasser und 4,971 feste Theile, wovon Alkoholextract (Osmazom, Fett, Kochsalz) 1,062, Wasserextract (Gluten) 0,923 und eine eigenthümliche Proteinsubstanz, die er für Natronalbuminat hält, 2,986 ausmachten. Letztere Substanz wird indess von Scherer[6] nach den von Gorup-Besanez angegebenen Reactionen eher für Mucus gehalten, dessen Anwesenheit von Gorup-Besanez selbst ganz geleugnet wird. Die kohlensauren und essigsauren Salze, die Gmelin will gefunden haben, leugnet Gorup-Besanez.

[1] Reisinger in: Bair. Annalen, Bd. I. Stück 4.
[2] Berghem in: Annales de la société de Médecine d'Anvers. 1845. Sept. — Gazette médicale. 1846. No. 12. pag. 234.
[3] Malcolmson l. c.
[4] Gmelin in: Liebig's Annalen Bd. 34. pag. 93. und Bd. 41. pag. 301. — Chelius l. c. — Canstatt und Eisenmann, Jahresbericht von 1845. Bd. II. pag. 98. — Gmelin hat die Ranula-Flüssigkeit zweimal untersucht, doch stimmen die von ihm gewonnenen Resultate so überein, dass ich beide Untersuchungen füglich zusammenfassen kann.
[5] Gorup-Besanez l. c. — Canstatt und Eisenmann l. c.
[6] Canstatt und Eisenmann l. c.

---

und adoptirt u. s. f. Dass in dem Rosshirt'schen Lehrbuche so vielfach und in grosser Ausdehnung andere Schriftsteller mit ihren eigenen Worten, mit ihren Eigenthümlichkeiten, ihrer Ausdrucksweise etc. selbstredend in einer Weise eingeführt sind, als käme das Alles aus Herrn Rosshirt heraus, das hat Hr. Hohl tadeln wollen und getadelt, nicht dass Hr. Rosshirt auch andere Erfahrungen bei seinen Mittheilungen zu Rathe gezogen. Deshalb trifft die obige Entgegnung doch im Grunde genommen die von Hrn. Hohl angegriffene Sache nicht, und man sollte aus dem etwas persönlichen Ton, mit dem sie abgefasst ist, fast schliessen, dass Hr. Rosshirt das selbst gefühlt hat. Göschen.

Correspondenz.

Magdeburg. Der Anfang mit Aufhebung der medicinisch-chirurgischen Lehranstalten ist nun gemacht. Die unsrige ist bereits gänzlich aufgehoben. Damit ist denn auch die bisher von den beiden Lehrern dieser Anstalt, Medicinalrath Dohlhoff und Sanitätsrath Kersten, besorgte Behandlung Kranker, die im städtischen Hospital Aufnahme fanden, an die Stadt zurückgefallen. In Folge dessen haben die städtischen Behörden nun beschlossen, die beiden gedachten Herren, den ersteren für die äussere, den zweiten für die innere Station auf zehn Jahre zu Oberärzten des Magdeburger Krankenhauses zu ernennen, und ihnen in der Person der Chirurgen erster Klasse Heyde und Frantz zwei Unterärzte beizugeben, auch unter einem approbirten Apotheker, Dankworth, die Dispensiranstalt zu stellen.

Paris. Ein Schweizer Arzt, Namens Jecker, der in Mexiko ein Vermögen von zwei Millionen Francs erworben, und sich seit seiner Rückkehr von dort, d. h. seit dem Jahre 1845, in Paris niedergelassen hatte, hat am Tage vor seinem kürzlich erfolgten Tode grossartige Legate zum Besten öffentlicher Anstalten gemacht. Unter anderen hat er dem Musée de Paris und der grossen National-Bibliothek freie Auswahl unter seiner reichen Sammlung von Gemälden, Kupferstichen, Büchern etc. zugestanden. Unter den reichen Geldlegaten, die sich insgesammt auf 700,000 Fr. belaufen, sind die bedeutendsten: 200,000 Fr. an die Akademie der Wissenschaften zur Gründung eines Preises für die beste Abhandlung im Gebiete der organischen Chemie; 100,000 Fr. für die Hospitäler zu Paris; 100,000 Fr. für das Hospital zu Porentruy (Canton Bern), seiner Geburtsstadt. Wünschen wir ihm recht viel Nachfolger gleichen Sinnes in Deutschland!

Auch Prof. Ehrmann [1]) scheint die Ranula-Flüssigkeit untersucht zu haben (in dem oben besprochenen Falle von Hauaer), obgleich sie in seiner Arbeit atets Speichel genannt wird. Er fand sie schmutzig röthlich von Farbe, dicklich, von fadem Geruch, gering sauer reagirend, im Wasser unlöslich. Sie enthielt nach ihm kein Albumin, wohl aber eine gallertige Materie, viel Schleim, Speichelstoff und beigemengte Bluttheile, und nur durch diese soll sie sich vom normalen Speichel unterschieden haben. Doch vermissen wir bei ihm jede Angabe, wodurch sich die Verschiedenheit jener gallertigen Substanz vom Eiweiss offenbart habe; es fehlt die Untersuchung auf Schwefelcyankalium, das im Speichel doch vorkommt, und der Zweck der Untersuchung auf Quecksilber ist vollends unklar; alles Gründe, die mich Ehrmann's Resultat durchaus den früher angeführten unterordnen lassen, denen es übrigeus in wichtigen Punkten widerspricht.

Was die mikroskopische Beschaffenheit betrifft, so führt Gorup-Besanez an, er habe in der untersuchten Flüssigkeit weder Epithelium noch Speichelkörner gefunden, dagegen hätten sich grosse, den Glugo'schen Entzündungskugeln ähnliche Gebilde gezeigt.

Die Untersuchung der sich findenden Concremente ist zwar häufiger vorgenommen; sie werden aber meist mit den Speichelsteinen ohne Weiteres zusammengeworfen, und da meist die genauere Geschichte des Falles nicht angegeben ist, so kann diesen Untersuchungen nicht der Werth beigelegt werden, der ihnen sonst zukäme. Am ersten genügt mir noch die Untersuchung von Berghem [2]), wenigstens in so fern, als wir bei derselben doch einigermaassen gewiss sind, dass er es wirklich mit einer Ranula zu thun hatte. Er fand in dem von ihm erzählten Falle über 1000 kleiner, weisslich-gelber, zerreiblicher Concremente, die bei der Untersuchung sich aus Gelatina, Albumin, Mucua, Kalksalzen, so wie schwefelsaurem Natron und Kochsalz nebst etwas Chloreisen bestehend erwiesen.

Vergleichen wir diese Resultate mit der Zusammensetzung des Secrets der Submaxillardrüse, wie sie sich nach den Untersuchungen von Dr. Jacubowitsch [3]) herausgestellt hat; freilich ist der von ihm untersuchte Speichel nicht vom Menschen, sondern vom Hunde genommen, weil man sich vom Menschen das Secret der Submaxillardrüse nicht von dem der übrigen Speicheldrüsen gesondert verschaffen konnte; doch muss man wohl annehmen, dass sich zwischen gleichartigen Secreten ähnlicher Organismen eine hinreichende Uebereinstimmung finden muss, um vom einen wenigstens auf die qualitativen Verhältnisse des andern schliessen zu können, wenn schon sie quantitative Verschiedenheiten darbieten mögen.

Es ist vor allen Dingen darauf aufmerksam zu machen, dass eine längere Zeit in einem jedenfalls krankhaften Schlauche sich befindende Flüssigkeit natürlich einige Modificationen erleiden muss. Diese Modificationen werden sich zuerst namentlich auf die Concentration der Flüssigkeit beziehen; es ist begreiflich, dasa durch die Resorbtion der wässerigen Theile die Masse dickflüssiger werden kann; dass aber zugleich mit dem Wasser noch einzelne andere Bestandtheile resorbirt würden, die übrigen aber nicht, dafür existirt wohl kein Grund. Wenn also in der Ranula-Flüssigkeit einzelne Bestandtheile des Speichels sich nicht vorfinden, so werden wir mit Wahrscheinlichkeit schliessen können, die Flüssigkeit bestehe nicht aus Speichel. Nächstdem können aber auch leicht neue Bestandtheile in einer solchen eingeschlossenen Flüssigkeit auftreten, die von dem krankhaften Zustande der Wände herrühren. (Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der medicinischen Klinik des Dr. A. Siebert in Jena.

Milzanschwellung und Fieberkachexie.

(Schluss aus No. 22.)

Es knüpfen sich nun folgende Reflexionen an diesen und einige früher beobachtete Fälle:

1) Die Milzanschwellung beruht zwar nur auf passiver Congestion, auf Ueberfüllung der durch die Milzvene mit Pfortader und Magenvene frei communicirenden Sinuositäten, aber sie wird nicht durch den Frostanfall und directes Zurückdrängen des Blutes von der Körperoberfläche nach innen hervorgebracht; dies kann nur Anhäufung des Blutes im Herzen und in den Lungen, keineswegs aber in der Pfortaderblutbahn direct bewirken. Auch ist die Milz während des Frostanfalles contrahirt, wie es auch die Gefässe der Peripherie sind. Wenn nun in diesem Stadium die Venen, welche zur Pfortaderblutbahn gehören, ohnedies überfüllt sind, wie z. B. nach starker Mahlzeit, und es tritt plötzlich Contraction der Kapsel und des Balkengewebes der Milz ein, so kann die Milz durch diesen doppelten Druck bersten. Die Milz berstet dagegen nicht, wenn das contractile Gewebe nachgiebt, und verträgt eine bedeutende Blutanhäufung, wie man dies bei Pfortaderverstopfung sehen kann, wo sie in kurzer Zeit bis zur *Symphisis oss. pubis* herab anschwellen kann. Dauert dieser Blutdruck lange und erlahmt das contractile Gewebe ganz und gar, dann erweicht die Milz im Innern, aber sie berstet nicht. Im zweiten Stadium des Fieberparoxysmus schlägt die Contraction der peripherischen Gefässe in das Gegentheil um, sie erweitern sich, und so geschieht es auch mit der Milz. Nun schwillt dieselbe an, und bleibt in der Apyrexie entweder in mässigem Grade angeschwollen, oder, wenn eine lange Remission stattfindet, kann sie auch ganz abschwellen, um mit einem neuen Paroxysmus von Neuem sich zu vergrössern. Wiederholt sich dies öfter, so bleibt die Milz natürlich auf längere Zeit vergrössert, und es kann lange dauern, bis sie ihr Contractionsvermögen wieder zurückerhält.

2) In Gegenden, wo das Wechselfieber endemisch ist, kann die Milz unabhängig von Fieberparoxysmen, ehe dieselben eintreten, oder wenn auch gar keine eintreten, anschwellen (wie man dies auch an Thieren in solchen Gegenden beobachtet), und es muss sonach dieselbe Ursache, welche Intermittens erzeugt, lähmend auf das contractile Gewebe der Milz wirken können. Diese Lähmung kann man wohl nur einer mangelnden Energie der Milznerven zuschreiben, die ihrerseits unter dem Einflusse spinaler Alteration stehen. Die Neigung zum Schwindel während der Körperbewegung, die Schwäche in den unteren Extremitäten und das Formicationsgefühl in den Händen Solcher, die vom Fiebermiasma ergriffen sind, deuten auf eine Spinalaffection; auch sind alle fiebervertreibende Mittel solche, die im Stande sind, die Energie der Nerven überhaupt, nicht bloss in einzelnen Punkten, zu steigern, besonders Arsenik und Chinin. Nach dem Gebrauch dieser Mittel bemerkt man grössere Lebendigkeit, vermehrte Muskelkraft. Nach Chinin hat man die Empfindung von Wärme im Kopfe, Lichterscheinungen im Auge, Klingen in den Ohren; wo sich eine bereits leidende Stelle im Gehirn oder Rückenmark, oder in sensiblen Nerven der Peripherie befindet, wird dieselbe nach der Erstwirkung des Chinin lebhafter schmerzend.

Die Chlorose ist öfter von Milzanschwellung begleitet, was die Heilung dieser Krankheit ungemein erschwert; man wird aber immer finden, dass in solchen Fällen die nervösen oder hysterischen Erscheinungen hervortreten und den Spinalschmerz oder „Rückenstich" (welchen Einige mit der Grundursache der Chlorose in Zusammenhang setzen) nicht vermissen. Auffallend ist es, dass in einer Krankheit, wo die Gefässe ihre Contractilität so sehr verlieren, wie dies in der Chlorose der Fall, derselbe Verlust häufig auch das Gerüste der Milz trifft.

Nicht allein bei Mädchen, die an Genitalienstörungen leiden und besonders zur Zeit der Menstruation von Hyperästhesien und Neurospasmen heimgesucht werden, schwillt die Milz sehr gerne an, sondern auch bei Männern, bei welchen man die deutlichen Symptome jenes Spinalleidens findet, welches man Spinalirritation nennt, kann man dasselbe Phänomen beobachten. Wir hatten vor nicht langer Zeit zwei solche Individuen hier. Das eine, ein junger Mensch mit dem Aussehen eines Roué, hatte zur Zeit seiner Spinalanfälle — denn das Leiden trat in irregulären Paroxysmen auf — starke Reibungsgeräusche in allen oberflächlichen Gefässen, sogar in den Hautvenen des Rumpfes, und Anschwellung der Milz, welche sich in längeren Remissionen des Uebels wieder verlor. Das andere Individuum, ebenfalls ein blutarmer schwächlicher junger Mann, bekam mit Exacerbation seines Spinalübels irreguläre (erratische) Fieberanfälle, welche ebenfalls von Milzanschwellung begleitet waren.

3) Durch häufige und andauernde Milzanschwellung wird die Function dieses Organes gestört und hierdurch das Blut verändert. Diese Veränderung macht sich nach mehreren Richtungen geltend.

Vor allem bekömmt das Blut den melanotischen Charakter. Die Färbung der Haut wird eine andere; die Gesichtsfarbe sticht in das Graue oder Grünliche. Ich verweise Sie auf Meckel's vortreffliche Abhandlung über körnigen Farbstoff im Blute Wechselfieberkranker (in Nr. 50. der Deutschen Klinik 1850), woraus thatsächlich jener Zustand des Blutes, den man sich früher als solchen beiläufig gedacht hat, nachgewiesen ist. Das gelbe und schwarze körnige Pigment ist wohl im Stande, der Haut die genannte Färbung zu geben und erschwerte Circulation in den Capillaren hervorzurufen. Meckel findet in diesem Zustande des Blutes eine Grundursache des Wechselfiebers. Ich möchte die Sache umkehren: In der Spinalaffection liegt der Grund zur Milzanschwellung, und in dieser der Grund zur Pigmentbildung in der

[1]) Medicin. Jahrbücher des k. k. österreichischen Staates. 1843. Oct. pag. 53.
[2]) Berghem l. c.
[3]) Jacubowitsch, diss. inaug. de saliva. Dorpati Livon., 1848. p. 22 sqq.

Blutmasse ausserhalb der Milz. Dass die verbrauchten Blutkörperchen nicht in der im Organismus kreisenden Blutmasse zerfallen dürfen, wenn sie nicht einen pathologischen Zustand hervorrufen sollen, ist wohl einleuchtend, und die Entdeckung Kölliker's, wonach dies ordnungsgemäss in der Milz geschieht, kam der Pathologie sehr erwünscht. So lange uns die Physiologen die Sache nicht wieder umstossen oder nichts Besseres bieten, nehmen wir an, dass die verbrauchten Blutkörperchen ihr Ende in der Milz finden, indem sie daselbst, eingeschlossen in Bläschen, zerfallen: theils zu Pigmentkörnern, welche übergeführt in die Leber mit der Galle als nunmehriges Gallenpigment ausgeleert werden, theils zu den wieder zur Nutrition verwendbaren Proteinverbindungen, welche von den ausführenden Lymphgefässen der Milz aufgenommen und mit dem Chylus wieder dem *Ductus thoracicus* zugeführt werden. Daher ist der Inhalt des Milzlymphgefässes oft noch von Blutfarbstoff tingirt. Kann nun dieser Process nicht oder nicht vollständig in der Milz vor sich gehen, so geschieht er ausserhalb derselben in der Blutmasse. Daher dieses freie Pigment im Blute Milzkranker, und daher sieht man bei sehr intensivem Leiden der Milz, besonders wo wegen Erweichung ihr gar keine Function mehr zuzumuthen ist, die Fäces des Gallenpigmentes entweder beraubt, oder sie haben nicht die gewöhnliche Sepiafärbung, sie sind holzfarbig, oder rothbraun, selbst ziegelroth.

Bei etwas länger dauernder „Milzsucht" nimmt überdies die Zahl der rothen Blutkörperchen bedeutend ab, und man bekömmt ähnliche Erscheinungen wie in der Chlorose. Ich maasse mir darüber kein Urtheil an, ob die Regeneration der Blutkörperchen dadurch erschwert werde, weil die verbrauchten und zerfallenen mit dem Blute kreisen, sondern ich begnüge mich mit der Thatsache. Es scheint überhaupt, als ob das Blut in Milzkrankheiten seine festen Bestandtheile immer mehr und mehr verliere, was auf zweierlei Weise sein Extrem erreicht. Erstens ist es der skorbutische oder hämorrhagische Zustand, welchen man dem Mangel des gerinnbaren Faserstoffes zuschreibt; und zweitens ein so hoher Grad von Hydrämie, dass unter Orthopnöe und Cerebralzufällen plötzlich der Tod eintreten kann.

Fälle von Krankheiten des Rückenmarkes, beobachtet in der medicinischen Klinik in Giessen.

Von

Prof. Dr. Jul. Vogel, Director der Klinik, und **Dr. Dittmar,** Assistenzarzt.

Wenn ich gleich im Allgemeinen die Bekanntmachung einzelner Krankheitsfälle nicht für zweckmässig halte, weil ich glaube, dass der Arzt, und vor allen der Kliniker, nur dann mit seinen Beobachtungen hervortreten soll, wenn dieselben über viele Fälle ausgedehnt, zu allgemeineren Resultaten zu führen geeignet sind, so glaube ich doch, in diesem Falle eine Ausnahme machen zu müssen. Rückenmarkskrankheiten sind nicht so häufig, und es würden voraussichtlich noch Jahre vergehen, bis sich die Zahl meiner Beobachtungen auf diesem Felde so vermehrte, dass sie ein vollständiges Ganze bildeten. Ueberdies haben einige der hier mitgetheilten Fälle ein specielles Interesse, und können dienen, in Verbindung mit bereits bekannten Beobachtungen, unsere Kenntnisse in Bezug auf einzelne Punkte der Aetiologie und Diagnostik, weniger der Therapie der Rückenmarkskrankheiten zu erweitern.

Aus diesem Grunde, und um sie auch für künftige Bearbeiter dieses Theils der Pathologie nutzbar zu machen, wurden die Fälle möglichst vollständig mitgetheilt, da vielleicht mancher Umstand, der gegenwärtig ohne Bedeutung scheint, in der Zukunft eine solche gewinnt.

I. Fälle von *Meningitis spinalis.*

Von

Prof. Dr. Vogel.

Die Entzündung der Häute des Rückenmarkes für sich allein (*Meningitis spinalis*) oder mit gleichzeitiger Theilnahme der Gehirnhäute (*Meningitis cerebrospinalis*) ist keineswegs selten, ja man hat sie bekanntlich in den letzten Jahren in Frankreich und Irland massenweise, als epidemische Krankheit beobachtet. Und doch hat sie für die Nosologie, wie für die Diagnose und Behandlung noch manche dunkle Seiten. Es giebt Fälle, die acut und uncomplicirt verlaufen und leicht zu diagnosticiren sind, andere dagegen sind complicirt, haben einen sehr unregelmässigen Verlauf und sind schwer zu erkennen. Manche derselben werden erst bei der Section erkannt, noch mehr gar nicht und gehen unter der unbestimmten Benennung eines Typhus, Nervenfiebers, Schleimfiebers u. dgl. Von den 3 Fällen dieser Krankheit, die ich hier mittheilen will, gehört der erste zu den sehr complicirten und dunklen, wo die erst in den letzten Tagen des Lebens mit Sicherheit zu stellende Diagnose durch die Section bestätigt wurde. Der zweite, ebenfalls sehr dunkle, verlief relativ günstig, und die kaum zweifelhafte Diagnose konnte nicht durch die Section bestätigt werden. Der dritte gehört zu den reineren Fällen und wurde von Anfang an richtig gedeutet.

1) *Meningitis cerebrospinalis typhosa* (?) mit zahlreichen Complicationen und tödtlichem Ausgang.

Katharina Drescher, 23 Jahre alt, früher Dienstmagd, zuletzt Krankenwärterin an der hiesigen chirurgischen Klinik, litt vor $1\frac{1}{2}$ Jahren an Syphilis, die jedoch vollständig geheilt wurde. Bald darauf bekam sie die Varioloiden, welche noch sichtbare Narben im Gesicht zurückliessen. Ausserdem will sie immer wohl gewesen sein. Die Menses fliessen regelmässig, treten jedoch das letztemal 8 Tage zu spät ein unter Rückenschmerzen, angehaltenem Stuhl, schwachen Fieberbewegungen. Nach abgelaufener Menstruation fühlte sich die Kranke wieder wohl, 4 Wochen später kehrten jedoch dieselben Symptome wieder. Die Menses erschienen nicht, dafür Leibschmerz, Kreuzschmerz, angehaltener Stuhl. Nachdem diese Symptome ein Paar Tage angehalten hatten, ohne abzunehmen, wurde die Kranke auf die medicinische Abtheilung gebracht.

Bei der Aufnahme am 9. April 1850 war der *Status praesens* folgender: Die wohlgenährte, etwas pastöse, 154 Cm. lange Kranke hatte ein heisses, geröthetes Gesicht, klagte über starke Kopfschmerzen und heftige Kreuzschmerzen. Puls beschleunigt, Appetit schlecht, Zunge weiss belegt; Brechneigung, Stuhl angehalten. Druck auf das Epigastrium war nicht schmerzhaft, wohl aber tiefer Druck oberhalb der *Symphysis oss. pubis.* Lungen, Leber und Milz zeigten keine nachweisbare Abnormität. Die Urinabsonderung schien normal. Die Menses werden seit einigen Tagen vergeblich erwartet.

Die Krankheit wurde als Menstrualcongestion mit gastrischer Complication aufgefasst und bei der Behandlung vorzüglich Rücksicht genommen auf die Antreibung der zögernden Menses, Beförderung des angehaltenen Stuhles und Bekämpfung der Kopfcongestionen.

Ord. *Infus. Valerianae* mit *Natron sulf.* unc. $\frac{1}{2}$ und *Extr. Aloës* gr. iij. Warme Fomente auf den Unterleib. Kalte Aufschläge von Essig und Wasser auf den Kopf. Clysma, das mehrere dicke Stuhlentleerungen bewirkte.

In den nächsten Tagen blieben die Erscheinungen mit geringen Abweichungen dieselben: die Kopfschmerzen verminderten sich etwas, die Leibschmerzen nahmen zu, und es stellten sich von Zeit zu Zeit reissende Schmerzen in den unteren Extremitäten ein. Der Puls blieb immer beschleunigt, gegen 100, aber weich, mit Hinneigung zu *P. duplex*; der Stuhl war beständig angehalten.

Ord. Des weichen Pulses wegen wurde der Kranken eine bei ihrer Aufnahme in Aussicht gestellte Venäsection nicht gemacht, dafür 12 blutige Schröpfköpfe auf den Unterleib gesetzt. Die frühere Arznei wurde durch Zusatz von Senna verstärkt und wiederholt Klystiere gegeben.

13. April. Der von Anfang an vorhandene Katarrh der Mundhöhle hatte sich zu einer solchen Höhe gesteigert, dass er jetzt ein hervortretendes Symptom bildete. Die Kranke hatte starke Uebelkeit, dick graugelb belegte Zunge, üblen Geruch aus dem Munde. Ord. Brechmittel aus *Tart. stibiat.* und *Ipecac.*, worauf mehrmaliges Erbrechen und einige dünne Stuhlgänge erfolgten, die Erleichterung der gastrischen Beschwerden in ihrem Gefolge hatten.

Das Allgemeinbefinden besserte sich jedoch nicht in demselben Maasse, die Kranke schlief sehr unruhig, klagte über Eingenommenheit des Kopfes; der Puls war sehr beschleunigt (am 15. April 108, am 17. 116 Schläge in der Minute), deutlich doppelschlägig; die Milz war etwas angeschwollen (8 Cm. breit hinter der 7., 8., 9. und 10. Rippe, und ragte 8 Cm. vor die *Linea axillaris*); die Cöcalgegend erschien gegen Druck schmerzhaft. Roseola war nicht vorhanden, wohl aber einige kleine Pusteln auf der Stirn. Die Behandlung war in den nächsten Tagen eine mehr exspectative: eine Salmiakmixtur mit *Tinct. Rhei aquos.*

Gegen den 17. April trat eine Reihe neuer Erscheinungen hinzu: die Kranke klagte über erschwertes Urinlassen; der Urin war sparsam und bildete ein weissliches, eiteriges Sediment; dabei stärkerer Schmerz in der *Regio hypogastrica*, der durch Druck vermehrt wurde. Diese Symptome nahmen am nächsten Tage zu; ein dagegen verordnetes Bad brachte nur vorübergehende Erleichterung, so dass es am 19. April nöthig erschien, eine genauere Untersuchung des Urogenitalsystemes vorzunehmen. Diese ergab: die Schleimhaut des *Vestibulum* und *Introitus vaginae* sehr geröthet und empfindlich. Die Einführung des Fingers in die Scheide war so schmerzhaft, dass man nicht bis an die

Vaginalportion des Uterus vordringen und noch weniger an die Einführung des Speculum denken konnte. Die Scheide war sehr heiss und sonderte dicken Eiter ab. Die Untersuchung *per anum* ergab den Uterus nach hinten gegen den Mastdarm angedrückt, er war jedoch gegen Druck vollkommen unempfindlich, während Druck auf den Theil des Mastdarmes, welcher der Scheide entsprach, heftige Schmerzen hervorrief. Der Mastdarm war ungeachtet einer mehrtägigen Stuhlverstopfung ganz frei von Koth. Der Unterleib gegen Druck fast überall noch sehr empfindlich, das Urinlassen erschwert, der Puls beschleunigt (102), deutlich doppelschlägig.

Durch diese Untersuchung war die Gegenwart einer heftigen Entzündung der Scheide mit Theilnahme der Harnwege ausser Zweifel; wie lange dieselbe bestand, liess sich nicht ermitteln. Die Kranke hatte früher auf mehrmaliges Befragen die Gegenwart von *Fluor albus* immer geleugnet. Jedenfalls hatte sich die Elytritis erst in den letzten Tagen zur gegenwärtigen Höhe entwickelt.

Ord. 12 Blutegel an den Damm; *Oleum Ricini*, um den Darm zu entleeren. Da die Kranke sich gegen die weitere Anwendung von Bädern sträubte, so wurden lauwarme Fomente von *Inf. Herbae Belladonnae* auf den Unterleib und die äusseren Genitalien gemacht. Einspritzungen in die Scheide erschienen wegen der bedeutenden Schmerzhaftigkeit des *Introitus vaginae* nicht zulässig.

Am 20. April war nach den Blutegeln und den Belladonnafomenten ein bedeutender Nachlass der Schmerzen erfolgt, so dass ein mässiger Druck auf den Unterleib leicht ertragen wurde. Es stellte sich bei fortdauernder Erschwerung des Urinabflusses öfterer Drang zum Harnlassen ein; die Menge des entleerten Urines war ziemlich gross. Das Allgemeinbefinden hatte sich jedoch nicht gebessert, der Kopfschmerz bestand fort, der Schlaf war unruhig, der Puls doppelschlägig, 120; die Zunge noch stark weiss belegt, vollständiger Appetitmangel. Auf das *Oleum Ricini* war nur ein sparsamer Stuhl erfolgt.

Der Fall wurde in einem klinischen Vortrag näher erörtert; es wurde hervorgehoben, wie die örtlichen Erscheinungen, die Affection der Digestionsorgane und des uropoëtischen Systemes offenbar in einem tieferen Ergriffensein des Gesammtorganismus, wahrscheinlich einer Veränderung des Blutes, begründet seien; wie dieser Fall manche Analogien biete mit früher in der hiesigen Klinik beobachteten und auch von Anderen beschriebenen Typhusfällen, bei welchen ebenfalls eine heftige Entzündung der Scheide das gewöhnliche typhöse Krankheitsbild veränderte; dass jedoch hier manche Erscheinungen fehlten, welche bei unseren Typhen constant vorkommen, die Bronchialaffection, welche nie ganz fehlt; die Diarrhöe, die zwar im Anfang öfter vermisst wird, aber nie in einem so späten Stadium; der Meteorismus; die Milzvergrösserung, die zwar hier nicht ganz fehlt, aber doch viel unbedeutender ist, als bei den eigentlichen Typhusfällen; — dass demnach die Diagnose „Typhus mit heftigem Ergriffensein der Scheide und ihrer Umgebungen" zwar für den Augenblick die wahrscheinlichste, aber doch nur eine provisorische sein müsse, und vielleicht durch den weiteren Verlauf und die sehr wahrscheinliche Section noch abgeändert werden könne.

Ord. Ricinusöl und Belladonnafomente werden fortgesetzt.

21. April. Die Berührung der äusseren Genitalien noch immer empfindlich, das Innere der Scheide jedoch viel weniger; so dass man mit dem Finger bis an die *Portio vaginalis uteri* vordringen konnte. Die vordere Scheidenwand war halbkugelig nach hinten vorgetrieben, offenbar durch die ausgedehnte Harnblase, denn nachdem der Katheter applicirt und dadurch die Blase entleert worden war, verschwand die Vortreibung. Schon am Abend des 20. musste wegen vollkommener *Retentio urinae* und bedeutender Anfüllung der Blase der Katheter applicirt werden. Nachdem dadurch eine bedeutende Menge Urin entleert worden war, erschien der Unterleib gegen Druck nicht mehr empfindlich. Man konnte die Bauchdecken bis auf das Promontorium eindrücken, ohne dass die Kranke sich sehr beklagte. In dem Grade, als die Blase sich wieder füllte, wurde der Unterleib aufs Neue empfindlich. Die Empfindlichkeit verschwand wiederum nach Entleerung des Urins durch den Katheter so vollständig, dass man die Hand ganz tief in den Unterleib eindrücken, selbst die Pulsationen der *Aorta abdom.*, der *Iliaca dextra* und *sinistra* deutlich fühlen und sich überzeugen konnte, dass keine bedeutenden Kothanhäufungen im Mastdarm und *Colon descendens* bestanden. Der durch den Katheter entleerte Urin war feurig gefärbt, concentrirt, reagirte stark sauer. Der Puls doppelschlägig, 114. In der Nacht unruhiger Schlaf, Delirien, Harthörigkeit, Schmerzen in den beiden unteren Extremitäten, welche durch Berührung der Ober- und Unterschenkel so gesteigert wurden, dass die Kranke laut aufschrie.

Es waren also die Erscheinungen der Elytritis vermindert, dagegen die einer Lähmung des Mastdarmes und der Harnblase mehr in den Vordergrund getreten. Diese letzteren, in Verbindung mit den Delirien und der grossen Schmerzhaftigkeit der unteren Extremitäten liessen auf ein bedeutendes Ergriffensein der Centraltheile des Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) schliessen. Dieser Symptomencomplex kommt zwar bei Typhus häufig genug vor, da aber in den Fällen, wo ein hoher Grad von typhöser Blutzersetzung die Ursache jener Nervensymptome ist, reichliche Ausscheidungen durch Respirations- und Darmschleimhaut (Bronchitis und Diarrhöen) nicht leicht fehlen, so wurde es mir immer wahrscheinlicher, dass in unserem Falle im Gehirn und Rückenmark neben der gewöhnlichen typhösen Veränderung (Störung der Circulation und Ernährung) noch eine andere materiellere Abweichung von der Norm zugegen sein möchte, und ich dachte jetzt zuerst an *Meningitis cerebro-spinalis typhosa*, eine Vermuthung, die durch den Gang der Krankheit in den nächsten Tagen immer wahrscheinlicher wurde.

Ord. Trotz der Wahrscheinlichkeit einer Entzündung in den Centraltheilen des Nervensystems erschien mir bei dem schwachen, doppelschlägigen Pulse eine streng antiphlogistische Behandlung nicht angemessen, es wurde daher das frühere Verfahren im Wesentlichen beibehalten — lauwarmes Bad, *Oleum Ricini*, Klystier.

Nach dem Bade, das gut vertragen wurde, trat Schlaf ein, in der Nacht jedoch wiederum Delirien.

Am 22. April war der Zustand wenig verändert, nur hatte sich die Empfindlichkeit der unteren Extremitäten noch gesteigert und erstreckte sich über den ganzen Unterleib nach aufwärts bis an die Rippen. Die Zunge wurde trocken, der Appetit mangelte vollständig. Jetzt zuerst trat unbedeutender Husten ein. Die Leber war von normaler Grösse, die frühere unbedeutende Vergrösserung der Milz hatte nicht zugenommen. Die Herztöne waren etwas unrein.

Ord. Bad, Klystier, Application des Katheter.

Von nun an nehmen die Krankheitserscheinungen allmälig, aber stetig zu. Die früheren Delirien machten einem mehr soporösen Zustande Platz. Lippen und Zunge wurden trockener, mit russigem Schwand belegt. Der Unterleib trieb sich meteoristisch auf. Stuhl und Urin gingen unwillkürlich ab. An den Hinterbacken bildete sich ein grosser brandiger Decubitus. Der Puls wurde immer kleiner und schneller. Chinin mit Säuren und *Tinct. Cinnamomi*, Wein, Aether, Campher und andere Analeptica wurden vergebens angewandt, und die Kranke erlag am 25. April gegen Mittag. Die unteren Extremitäten blieben bis zum Tode sehr schmerzhaft, und eine Berührung derselben genügte, die Kranke aus ihrem tiefen Sopor zu erwecken und Schmerzensäusserungen hervorzurufen.

Section 24 Stunden nach dem Tode. Die 154 Cm. lange Leiche ist etwas abgemagert, zeigt an den hinteren Theilen schwach livide Todtenflecke, ist übrigens blass. Am Kreuzbein ein grosser brandiger Decubitus. Das Blut der Leiche überall flüssig, dunkel gefärbt, zeigt nirgends Coagula und ist vorzugsweise in den tiefer gelegenen Körpertheilen, namentlich den Nieren- und Beckenvenen angehäuft.

Das fast leere Herz ganz normal.

In beiden Lungen an den Spitzen melanotische Verdichtungen (Tuberkelnarben), in deren Umgebung alte Verwachsungen der Pleura. In der Nähe jener Narben kleine, zerstreute frische Tuberkelablagerungen. Der Rest der oberen Lappen und der übrige Theil der beiden Lungen mit Ausnahme von schwacher Hyperämie ganz normal. Larynx und Trachea normal. Bronchialdrüsen schwach angeschwollen, melanotisch.

Mund, Pharynx und Oesophagus normal, nur ihr Epithel durch Galle stark gefärbt. Im Oesophagus 2, im Magen mehrere Spulwürmer. Die Magenschleimhaut stellenweise ecchymotisch, ausserdem durch Galle gefärbt. Das Jejunum zeigt in seiner ganzen Ausdehnung Hyperämie der Schleimhaut und der grösseren Venen in der *Tunica intermedia*. Im Ileum ist die Hyperämie auf einzelne Stellen beschränkt, dagegen finden sich hier mehrere Geschwüre bis zur Grösse eines Halbenguldenstückes. Es sind sogenannte Macerationsgeschwüre, d. h. sie bestehen in einem Substanzverlust der Schleimhaut ohne sichtbare Ablagerung, ohne speckigen Grund u. dgl. Im Dickdarm feste Kothmassen. Seine Schleimhaut zeigt weder Hyperämie noch Geschwüre.

Die Leber, 1156 Gms. wiegend, zeigt keine Abnormität, nur enthält die Gallenblase zahlreiche grosse und kleine Gallensteine.

Milz 12 Cm. lang, 8 Cm. breit, wiegt 172 Gms., erscheint übrigens ebenso wie das Pancreas vollkommen normal.

Die Nieren, abgesehen von Hyperämie, normal. Die Beckenvenen mit dunklem, flüssigem Blute überfüllt. Die Schleimhaut der Blase, besonders aber die der Harnröhre, hyperämisch. Die Schleimhaut der Scheide intensiv graubraun gefärbt, namentlich am Introitus; am äusseren Muttermund, der durch einen Pfropf von glasigem Schleim verstopft ist, hört die Röthe auf und der Cervicalkanal ist normal gefärbt; am inneren Muttermund wieder etwas mehr Röthe. Die Uterussubstanz in ihren äusseren, dem Bauchfell zugekehrten Schichten, namentlich oben und hinten hyperämisch. Tuben und Ovarien normal.

In der Schädelhöhle erschienen die Sinus der *Dura mater* mit

dunklem, flüssigem Blute erfüllt. Die weichen Hirnhäute waren an dem oberen convexen Theile des Gehirnes nicht hyperämisch und eher trocken; unten dagegen an der *Basis cranii*, so wie im Rückenmarkskanale hatte sich eine grosse Menge seröser Flüssigkeit angesammelt. Ausserdem befand sich an der *Basis cranii* eine ziemliche Menge Faserstoffexsudat, das flockig in die weichen Hirnhäute abgelagert erschien und sich von der *Medulla oblongata* an nach vorne bis ans *Chiasma nervi optici* erstreckte, wo es verhältnissmässig am dicksten war. Alle Nerven, welche von der Basis des Gehirns, *Pons* und *Med. oblong.* entspringen, waren von diesem weichen flockigen Exsudat umgeben. Die Oberfläche der genannten Gehirntheile erschien nach Wegnahme des ihnen nur locker anhängenden Exsudates normal, ebenso normal erschien im Ganzen die Substanz des Gehirnes. In allen Ventrikeln jedoch, namentlich im 3., war viel seröse Flüssigkeit angehäuft, und die Wände dieser Höhlen waren zum Theil oberflächlich erweicht. Der *Aquaeductus Sylvii* stand offen.

Die *Dura mater* des Rückenmarkes vollkommen normal; unter der Arachnoidea dagegen ein sulziges, stellenweise hämorrhagisches Exsudat mit vielen hirsekorngrossen, weisslichen, derben Faserstoffcoagulis durchsäet. Die abgezogene Arachnoidea war zwar im Ganzen noch durchsichtig, erschien aber gegen das Licht gehalten an vielen Stellen getrübt. Die Exsudatablagerungen waren am stärksten auf der hinteren Fläche, etwas schwächer auf der vorderen und erstreckten sich durch das ganze Rückenmark, von der *Medulla oblongata* bis zur *Cauda equina*. Das Exsudat erschien unter dem Mikroskop körnig amorph, frischen Tuberkeln ähnlich.

Werfen wir einen kurzen kritischen Rückblick auf den vorliegenden Fall.

Die Section bewies unzweifelhaft das Bestehen einer *Meningitis cerebro-spinalis*, aber diese erklärt nicht alle Krankheitserscheinungen, war offenbar nicht von Anfang an vorhanden und vielleicht nicht einmal die Hauptursache des Todes (vergl. deshalb den folgenden Fall). Sie war überdies vielfach complicirt, und wir finden neben ihr namentlich noch eine heftige Entzündung der Scheide, Katarrh der oberen Portion der Digestionsorgane, Geschwüre im Ileum, dabei alle Erscheinungen von Dissolution des Blutes in der Leiche.

Wie hängen diese Erscheinungen zusammen und lassen sie sich vielleicht auf eine gemeinsame Ursache zurückführen?

Das Gebiet der Nosogenie und Aetiologie ist ein höchst dunkles, namentlich da, wo es sich um die praktische Anwendung auf einzelne Fälle handelt. Es kann hier in der Regel nur von mehr oder weniger wahrscheinlichen Hypothesen die Rede sein. Auch die folgende Betrachtung macht keinen höheren Anspruch.

Der Verlauf unseres Falles bot, wie schon in der Krankheitsgeschichte hervorgehoben wurde, viel Analoges mit Typhus dar. Beim Typhus beruhen die örtlichen Veränderungen offenbar auf einer gemeinsamen Ursache, die uns in manchen Fällen, beim *Typhus contagiosus*, wenn auch nicht palpabel, doch sicher nachweisbar, als Contagium entgegentritt. Diese Ursache bewirkt zunächst eine Veränderung des Blutes, welche als die eigentliche Quelle der übrigen Erscheinungen zu betrachten ist. Aber auch diese Blutveränderung ist mit unseren jetzigen Hülfsmitteln nicht sicher nachweisbar, wir können sie meist nur vermuthen und wissen nicht, worin sie eigentlich besteht. Daher ist die Diagnose des Typhus häufig so unsicher, namentlich in Fällen, die vom gewöhnlichen Verlaufe abweichen. Ich glaube, dass auch bei unserer Kranken eine typhöse Blutentmischung die Grundlage der Krankheit bildete: sie machte ihre Wirkung, wie gewöhnlich, zuerst im Nervensystem und Gefässsystem geltend (Fieber, *Pulsus duplex*, allgemeine Abgeschlagenheit). Dann aber vorzüglich im Genitaliensystem, das vielleicht schon längere Zeit ein *Locus minoris resistentiae* war. Gegen die Regel wurde der Darmkanal nur wenig, die Bronchien fast gar nicht afficirt. Im weiteren Verlauf der Krankheit trat nun zu der Functionsstörung, welche die Blutentmischung in den Nervencentren hervorrief, auch eine exsudative Entzündung der Meningen, daher das heftige Ergriffensein der sensiblen sowohl als motorischen Nerven, welche vom unteren Theile des Rückenmarkes abgehen, und zwar zu einer Zeit, wo dieses bei gewöhnlichen Typhusfällen nicht in so hohem Grade der Fall zu sein pflegt. Von diesem Standpunkte aus erscheint die Auffassung unseres Falles als *Meningitis cerebro-spinalis typhosa* gerechtfertigt.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien.

Von

Professor Dr. Sigmund.

(Fortsetzung aus No. 21.)

Hinsichtlich der Zeitdauer des Aufenthaltes im Krankenhause stellen sich heraus:

	Männer	Weiber	zusammen
3 Tage . .	8	4	12
4 „ . .	8	4	12
5 „ . .	6	2	8
6 „ . .	11	6	17
7 „ . .	70	35	105
2 Woch. . .	113	55	168
3 „ . .	174	67	241
4 „ . .	252	132	384
6 „ . .	113	81	194
8 „ . .	127	139	266
12 „ . .	67	106	173
16 „ . .	29	50	79
20 „ . .	19	35	54
24 „ . .	13	10	23
28 „ . .	6	12	18
32 „ . .	3	5	8
36 „ . .	5	6	11
1 Jahr . . .	2	8	10
Mehrere Jahre	—	1 (Wolf)	1
Summe	1026	758	1784

Es starben von sämmtlichen Kranken 8 (6 Männer, 2 Weiber), die in der Statistik fehlen.

Hinsichtlich der Zahl vorausgegangener syphilitischer Erkrankungen wurde angegeben die gegenwärtige als:

	von Männern	Weibern	zusammen
die 1. . .	633	535	1168
die 2. . .	272	163	435
die 3. . .	72	32	104
die 4. . .	34	18	52
die 5. . .	8	3	11
die 6. . .	4	5	9
mehr als die 6.	3	2	5
Summe	1026	758	1784

Die Uebersicht der Nationalität der Kranken ist von keiner Bedeutung in einer Anstalt, welche aus einer grossen, sehr gemischten Bevölkerung der Hauptstadt eines gleichen Reiches die Kranken erhält, zumal solche aus allen Theilen der Provinz und der Monarchie herbeiströmen, oft bloss deshalb, um hier geheilt zu werden. Auch die Uebersicht der Beschäftigung der Kranken hat nur einen untergeordneten Werth, indem nicht alle Gewerbe ihre Angehörigen in diese Anstalt senden, auch viele Eintretende unter der Benennung Fabriksarbeiter, Taglöhner, Handarbeiterin, Magd die eigentliche Beschäftigung oft absichtlich verbergen. Bei Weibern insbesondere wäre die genauere Kenntniss des Wohnortes, der Beschäftigung und Lebensweise, der Fähigkeiten und der Dauer ihres Aufenthaltes in der Residenz von wesentlichem Belange; vielfache Versuche, hierüber Aufschlüsse zu erlangen, führten bisher zu keinem zuverlässigen Ergebnisse, da die Mehrzahl mit der, auch den dümmsten Mitgliedern dieses Geschlechts, eigenen Schlauheit die Wahrheit bemäntelte. Bemerkenswerth ist es übrigens, dass $^3/_4$ aller weiblichen Kranken freiwillig in der Anstalt Hülfe suchen, hier allerdings sehr häufig bei der Aufnahme andere Leiden vorschützen, und erst bei genauerer Untersuchung als der Abtheilung für Syphilis angehörig erkannt werden. Die meisten Weiber geben an, von Soldaten angesteckt worden zu sein.

Die Tabellen *A. B.* liefern eine Uebersicht der in den öffentlichen Heilanstalten des Bürgerstandes aufgenommenen syphilitischen Kranken. Es liesse sich vielleicht die Gesammtzahl aller Syphilitischen daraus in Wien auf 50,000 jährlich annäherungsweise bestimmen, wenn man annimmt, dass von 30 Erkrankten etwa einer in den Spitälern Unterkunft sucht — eine aus der täglichen Erfahrung von mir geschöpfte Thatsache. Diese gewinnt andererseits an Wahrscheinlichkeit durch die Ergebnisse der Privatpraxis, auf die deshalb hinzuweisen mir hier erlaubt sei. Ich sah im Jahre 1850 in meiner Privatpraxis 1196 Syphilitische, von denen 504 durch mich bis zu ihrer Genesung behandelt wurden, die übrigen aber entweder in Berathungen mit Collegen, oder bei einigen einzelnen Besuchen in und ausser Hause von mir gezählt worden sind. Nehme ich an, dass von jedem meiner 500 Collegen nur 100 Kranke während des Jahres behandelt werden, rechne

ich dazu die zahlreichen Wundärzte und die Militärärzte, ferner die ungesetzlich — jedoch sehr zahlreich und gerade bei ungemein vielen Syphilitischen — thätigen Afterärzte und Quacksalber in und um Wien[1]), so ist die Angabe, dass in Wien im Jahre 1850 an 50.000 Kranke an Syphilis gelitten haben, wohl nicht übertrieben. Das Militär der Garnisonsspitäler ist hier nicht eingerechnet, obgleich deren Contingent kein geringes sein mag. Schlägt man die Bevölkerung Wiens auf 400,000 bis höchstens 450,000 an, so ist die oben bezeichnete Zahl eine immerhin sehr bedeutende, und zeigt die allgemeine Verbreitung einer Seuche an, vor der man sich vor dem Beginn der französischen Kriege nicht weniger als vor der Pest zu fürchten pflegte.

Die entlassenen Kranken wurden an folgenden Krankheitsformen behandelt:

A. Männer an:

I. *Blennorrhoea balani*	15
„ *urethrae*	110
„ „ mit Phimose	10
„ „ mit Paraphimosis	11
Epididymitis rechts 68, „ links 60, „ beiderseits 2	130
Stricturae urethrae	25
Adenitis inguinalis, bei oder nach *Blennorrhoea urethr.*, rechts 13, links 21, beiderseits 11	45
Condylomata acuminata	26
„ *lata*	29
Summe	401
II. *Ulcera syphilitica primaria* an den Geschlechtstheilen	133
mit Phimosis	63
mit Paraphimosis	11
auf breiten Condylomen	25
mit Gangrän der Vorhaut	10
Adenitis inguinalis bei und nach primären Geschwüren rechts 79, links 96, beiderseits 47	222
supra symph. oss. pubis	3
mit gangrän. Zerstörung der umgebenden Gewebe	16
Summe	483
III. *Ulcera syphilitica secundaria*	
am Gaumen und an den Rachentheilen	50
auf der Nasenschleimhaut	1
auf der äusseren Haut	5
Exantheme, secundär syphilitische: Flecken (Roseola)	21
Schuppen	23
Knötchen	6
Hauttuberkeln	1
Knochen- und Beinhautentzündung	9
Iritis syph.	2
Summe	118
Gesammtsumme der Männer	1002

B. Weiber wurden behandelt an:

I. *Blennorrhoea clitoridis* allein	1
„ *urethrae*	5
„ *vaginae*	5
„ *urethrae et vaginae*	25
„ *vaginae et uteri*	2
„ *urethrae, vaginae et uteri*	49
Condylomata acuminata	88
„ *lata*	97
Adenitis inguinalis bei oder nach Blennorrhöen rechts 7, links 3, beiderseits 1	11
Summe	283
II. *Ulcera syphilitica primaria* an den Geschlechtstheilen (Davon 25 Mal an der *Portio vag. uteri* und 12 Mal am Anus.)	156
Ulcera syphilitica primaria auf breiten Condylomen	94
Latus	250
Transport	250
Adenitis inguinalis neben und nach Geschwüren rechts 24, links 20, beiderseits 18	62
mit gangrän. Zerstörung des umgebenden Gewebes	8
Summe	320
III. *Ulcera syphilitica secundaria*	
am Gaumen und an den Rachentheilen	57
auf der äusseren Haut	8
Exantheme: Flecken	11
Schuppen	24
Pusteln	8
Knötchen (Papeln)	4
Beinhaut- und Knochenentzündungen	11
Summe	123
Gesammtsumme der Weiber[1])	726

Nicht syphilitische Formen kamen vor bei Männern als:

Phimosis und *Paraphimosis congenita*	4
Herpes praeputialis	1
Eczema scroti et praeputii	1
Oedema scroti (bei Herzfehler)	1
Adenitis ohne Syphilisspuren	7
Fistula intestini recti	2
Catarrhus in faucibus	1
Ptyalismus ex abusu Mercurii	1
Morbus imaginarius	6
	24

Bei Weibern als:

Ulcera scrophulosa in collo	1
Fistula recto-vaginalis	4
Abscessus labiorum (ohne Syphilis)	27
	32
Gesammtsumme	56

Die Zahl der blennorrhagischen Krankheitsformen beträgt (401 M. + 283 W.) zusammen 684, also über ein Drittel aller Erkrankungen (1784). Die Mehrzahl dieser Kranken suchte nur sehr spät in der öffentlichen Anstalt Hülfe, und ein Blick auf die Privatpraxis lässt uns schliessen, dass die grösste Mehrzahl solcher Kranken ausser derselben behandelt und geheilt werden. Auf primär syphilitische Geschwüre und deren nächste Folgeleiden entfallen (483 M. + 320 W.) zusammen 803 Personen, nahe an die Hälfte aller Kranken; auf secundäre Formen aber (118 M. + 123 W.) zusammen 241 Individuen. Bei der Betrachtung der einzelnen Gruppen finden sich über diese Zahlen weitere Erörterungen.

I. Blennorrhöen mit ihren Folgeleiden (401 M. + 283 W. = 684 Kranke).

A. Bei den Männern wurden behandelt 401 Individuen, und zwar:

An *Blennorrhoea balani* allein	15
„ *urethrae*	110
„ „ mit Phimosis	10
„ „ mit Paraphimosis	11
Epididymitis rechts 68, „ links 60, „ beiderseits 2	130
Adenitis inguinalis bei und nach *Blennorrhoea urethrae* rechts 13, links 21, beiderseits 11	45
Strictura urethrae	25
Condylomata acuminata	26
„ *lata integra*	29
Summe	401

Die *Blennorrhoea balani* allein, gewöhnlich verbunden mit gleicher Erkrankung eines Theiles oder der ganzen inneren Fläche der Vorhaut, war zunächst durch vermehrte Absonderung der Talgdrüsen an dem Grund der Eichel bedingt, und hatte sich durch Vernachlässigung der Reinlichkeit gesteigert. Reinigung und Verband mit Lösungen von *Acet. plumb. basicus* (ʒj *Acet. pl.* in ℥vj *Aq. dest. s.*) oder *Sulphas Zinci* (gr. ij auf ℥j *Aq. dest.*) reichten zu rascher Herstellung hin. In einzelnen Fällen waren die Talgbälge dergestalt ausgedehnt und verlängert, zugleich so härtlich anzufühlen, dass sie von minder

[1]) Mir ist keine Residenz Europa's bekannt, in welcher und um welche die Zahl der ärztlichen Kurpfuscher und Marktschreier so gross ist, als in und um Wien, wo dieselben, gerade von Syphilitischen häufig gesucht, ihren Unfug bekannter und gemüthlicher Weise unbeirrt forttreiben.

[1]) Die auf der Abtheilung für Weiber vor sich gehenden Versetzungen, besonders Schwangerer und einzelner anderweitig schwer Erkrankter, würden eine Abweichung in der Gesammtzahl bedingen, wir haben solche Fälle bloss einfach gezählt.

geübten Untersuchern für spitze Warzen gehalten wurden. Die *Blennorrhoea balani* begleitete übrigens die grössere Zahl von heftigeren Urethralblennorrhöen, von spitzen Warzen und von Geschwüren an dem inneren Blatte der Vorhaut oder an der Eichel.

Von den 110 Fällen mit *Blennorrhoea urethrae*, welche allein als solche vorkam, traten ein:

2 Tage nach wahrgenommener Krankheit	10 Kranke
3 „ „ „ „	5 „
4 „ „ „ „	4 „
5 „ „ „ „	1 „
6 „ „ „ „	2 „
7 „ „ „ „	3 „
8 „ „ „ „	2 „
9 „ „ „ „	1 „
10 „ „ „ „	2 „
14 „ „ „ „	11 „
21 „ „ „ „	13 „
28 „ „ „ „	10 „
42 „ „ „ „	24 „
Nach dieser Zeit	22 „
Summe	110 Kranke.

Aus dieser Uebersicht ergiebt sich, dass der grösste Theil der Tripperkranken nur sehr spät (beinahe die Hälfte Aller erst nach vier- bis sechswöchentlicher Dauer ihrer Krankheit) im Spital Hülfe sucht, und zwar gewöhnlich, nachdem mehr oder minder fruchtlose oder geradezu nachtheilige Versuche zur Heilung derselben gemacht worden waren; nicht wenige Kranke geben ferner an, dass sie auch noch während ihrer Erkrankung den Beischlaf gelegenheitlich fortgesetzt haben, wodurch allerdings manche neue Ansteckung bei Frauenzimmern bedingt worden ist.

Es litten am Tripper von 110 Kranken zum 1. Mal . . .	41
„ 2. „	37
„ 3. „	20
„ 4. „	9
„ 5. „ u. darüber	3
Summe	110

Bis zu erfolgter Heilung verstrichen	7 Tage bei	3 Kranken
	9 „ „	17 „
	11 „ „	19 „
	13 „ „	27 „
	15 „ „	21 „
	17 „ „	10 „
	19 „ „	2 „
	21 „ „	3 „
	25 „ „	2 „
	29 „ „	1 „
	33 „ „	3 „
	35 „ „	2 „
	Summe	110

Zwei Drittel der Tripperkranken wurden binnen der ersten 15 Tage ihrer Behandlung geheilt entlassen, und auch von diesen waren einzelne nur einer genaueren Beobachtung halber etliche Tage länger zurückbehalten worden, sonst würde die grössere Zahl der Entlassungen auf den 13. Tag entfallen sein.

Die chemischen und physikalischen Untersuchungen des Trippersecretes haben auch in diesem Jahre kein positives Ergebniss geliefert; wir haben namentlich die bekannten Formbestandtheile des Secretes immer, und niemals irgend einen besonderen vorgefunden. Die Fälle, in denen wir Eiter und Bellinische Epithelien, dann Eiweiss im Urin beobachteten, erwähnen wir bei den Pyorrhöen und Stricturen.

Die Behandlung des Trippers war am häufigsten und hauptsächlich eine örtliche. Neben der sorgfältigen Reinigung wurden, dem Grade der Entzündung der Harnröhre und der Eichel angemessen, kalte (selten eiskalte) Ueberschläge gemacht, und, wo diese Entzündung nur in geringem Grade bestand, sofort zu der Anwendung von Einspritzungen[1]) geschritten, welche man täglich 3 bis 4 Mal wiederholte. Am häufigsten — weil am erfolgreichsten — zog man *Sulphas* und *Acetas Zinci* (2-4-6 Gr. auf 1 Unze destillirtes Wasser) *Nitras argenti crystall.* ($^1/_4$-1 Gr. auf 1 Unze dest. W.), *Protojoduretum ferri recens* (1-3 Gr. auf 1 Unze dest. W.), *Alumen crudum* (1 Dr. auf 6 Unzen W.) in Gebrauch; nur bei sehr empfindlichen Kranken kamen das essigsaure Blei (*Acet. plumbi basicus* $^1/_4$-1 Drachme auf 6 Unzen dest. W.), vegetabilische Adstringentien (Tannin, Catechu, Gummi Kino, *Extr. r. Ratanh.*, *Extr. r. Torment.*) in Gebrauch. — Den schon in früheren Jahren — bereits seit dem Jahre 1842 auch im hiesigen Krankenhause — gesammelten sehr zahlreichen Erfahrungen zufolge, verdienen die Zinkpräparate zu Einspritzungen beim Tripper die nachdrücklichste Empfehlung; sie leisten wenigstens eben so viel, als die Lösungen des salpetersauren Silbers, sie zersetzen sich nicht, sind minder schmerzhaft, beschmutzen die Wäsche nicht, und kosten namhaft weniger, als jedes andere Präparat.

[1]) Die Einspritzungen werden meistens mittelst gläserner Spritzen, und zwar nur von Aerzten der Anstalt gemacht, niemals dem Kranken oder einer minder geübten Hand überlassen. Die Erfahrung lehrt täglich, dass nur so gemachte Einspritzungen zuverlässig sind.

Bei Trippern ohne Entzündungserscheinungen schickte man eine concentrirte Einspritzung des gewählten Mittels einmal voraus (*Sulphas* oder *Acetas Zinci* 1 Dr. auf *Aq. dest. simpl.* 1 Unze, *Nitras arg. crystall.* 10-20 Gr. auf 1 Unze dest. W., *Protojodur. ferri recens* 1 Scrupel bis $^1/_2$ Drch. auf 1 Unze Wasser) und liess dann die oben bezeichneten verdünnten Lösungen nach und nach steigend anwenden. Nur in einzelnen veralteten und sehr hartnäckigen Fällen wurden solche concentrirte Lösungen, in Pausen von 8 zu 8 Tagen, wiederholt eingespritzt und zugleich mit dem zeitweisen Einlegen von Bougies verbunden.

Innerliche Mittel wurden verhältnissmässig nur sehr selten gereicht, weil die Anwendung der gewöhnlichen, auch dem Volke bekannten Copaiva- und Perubalsame, Cubebenpfeffer und Terpenthin, rother Wein und Fenchelsamen-Absud u. s. w. schon vor dem Eintritt in die Anstalt erfolglos stattgefunden hatte und weil die Beobachtungen früherer Jahre überhaupt nicht zu Gunsten dieser Mittel sprechen, zumal gegenüber den Einspritzungen. Versuchsweise, und namentlich der klinischen Belehrung halber, verschrieb man einzelnen Kranken Copaivabalsam, Cubeben, *Extr. Cubeb. aethereum*, Terebinthina, Tolu- und peruvianischen Balsam, war aber in den meisten Fällen genöthigt, zu den örtlichen Mitteln zurückzukehren. Uebrigens ertragen die an die Wiener Lebensweise gewöhnten Männer auch in der Regel die hohen Gaben jener balsamischen scharfen Mittel nicht, welche zur Unterdrückung der Blennorrhöen erforderlich sind. — Die Dauer der Behandlung ergiebt sich aus der oben gelieferten Uebersicht.

Die örtliche Behandlung des Trippers ist, wie erwähnt, die wesentliche, und seit dem Jahre 1842 wenden wir hauptsächlich Einspritzungen an.

Wir sahen nicht wenige der an Blennorrhöe mit Einspritzungen Behandelten später — selbst nach Jahren — mit Tripper oder mit anderen Leiden wiederkehren, haben jedoch keinen dadurch bedingten Fall von Verengerung der Harnröhre bei denselben wahrgenommen; eben so wenig entwickelten sich in Folge der Einspritzungen Nebenhoden- oder Vorsteherdrüsen-Entzündungen, geschweige denn Blasen- oder Nierenentzündungen. — Unter den aufgezählten schon lange bestehenden Fällen von Tripper waren nur sehr wenige (7) mit einer genau zu erkennenden Anschwellung der Vorsteherdrüse eingetreten; einer derselben war begleitet von ausgebreiteter Zellgewebsentzündung im Mittelfleische und um den After herum; der später gebildete Abscess wurde geöffnet und schloss sich in wenigen Wochen vollständig, während die vergrösserte und härtere Vorsteherdrüse nur wenig im Umfang abnahm. — Die Pyorrhöen werden bei den Stricturen der Harnröhre eine besondere Erwähnung finden.

Die durch entzündliche Anschwellung bedingte Phimose der Vorhaut bei Tripper wich der einfachen Antiphlogose — kalte Gliedbäder und kalte Ueberschläge — gewöhnlich rasch. Bei der Paraphimose gelang die Zurückführung der Vorhaut über die Eichel, selbst nach mehrtägigem Bestehen, entweder sofort, oder nach vorausgegangener Antiphlogose allein oder verbunden mit der Punction der ödematös angeschwollenen Wülste, und zuweilen mit Durchschneidung des straff angezogenen Bändchens der Vorhaut. — Auch bei Phimose ist es nützlich, das Bändchen durchzuschneiden; oft reicht dieses hin, die Vorhaut weich und nachgiebig genug zu machen.

Die Nebenhoden-Entzündung betraf in 130 Fällen 68 Mal die rechte, nur 60 Mal die linke und 2 Mal beide Seiten; einzelne unserer früheren Jahrgänge geben ebenfalls eine Mehrzahl für die rechte Seite ab, während einzelne wieder für die linke Seite mehr zählten; doch hat die Gesammtzahl aller Beobachtungen binnen 10 Jahren die einmal angenommene Ansicht des Vorwiegens dieser Entzündung auf der linken Seite ebenfalls bestätigt. Nur in 5 Fällen konnte der Tripper nicht mehr nachgewiesen werden, war jedoch zufolge der zuverlässigen Angabe der Kranken lange vorhergegangen und nicht plötzlich verschwunden. In den übrigen 125 Fällen bestand der Tripper noch, und zwar meistens in sehr mässigem Grade, und deshalb von einzelnen Kranken ganz übersehen und in Abrede gestellt.

Von 91 Fällen gaben die Kranken an, die Nebenhoden-Entzündung sei entstanden:

seit dem Bestehen des Trippers am 9. Tage	13 Mal
10. „	7 „
13. „	5 „
14. „	15 „
16. „	9 „

seit dem Bestehen des Trippers am 19. Tage 7 Mal
21. „ 26 „
28. „ 3 „
35. „ 5 „
42. „ 1 „

In 37 Fällen brachten die Kranken die Entstehung des Leidens in ursächlichen Zusammenhang mit den eben genommenen balsamischen Mitteln (meistens Copaivabalsam), in 12 Fällen mit dem Tragen schwerer Lasten, in 7 Fällen mit Quetschung, in 22 Fällen mit Erkältung. Bemerkenswerth bleibt es, dass bei kühler, regnerischer Witterung (im Herbst und im Frühjahr) und unter Umständen, welche die Erkältung in den einzelnen Aufenthalts- und Wohnorten der Kranken begünstigen, die Nebenhoden-Entzündung allerdings häufiger und heftiger auftrat.

Bei den meisten Kranken bestand die Entzündung in höheren Graden, und es waren hauptsächlich der Schmerz und die Fiebererscheinungen der Anlass zum Eintritt in die Anstalt. Der Schmerz erstreckte sich häufig bis in die Nierengegend, bisweilen die entsprechende Hüfte und den Schenkel entlang; bei einzelnen Kranken gesellten sich Schüttelfröste, Erbrechen, Diarrhöe und grosse Ermattung neben sehr beschleunigtem Pulse anfangs hinzu, während sich rasch reichliches Exsudat in der Scheidenhaut des Hodens ansammelte, mitunter auch Oedem des Scrotums sich bildete, und dadurch die Anschwellung und entzündliche Spannung ungemein zunahm. In allen diesen Fällen war auch der Samenstrang mit viel rasch geronnenem Exsudate umkleidet, daher namhaft dicker und härter geworden.

Die Behandlung war — mit wenigen Ausnahmen — strenge antiphlogistisch, jedoch ohne Blutentziehungen: horizontale Lage, Entblössung des entsprechenden Körpertheiles, ununterbrochene Anwendung kalter Ueberschläge auf den mässig in die Höhe gezogenen Hodensack und die Leistengegend, Abführmittel, Wasser zum Getränk, leere Spitalsuppen. Eine solche, den Grad der Entzündung im Grade der anzuwendenden Kälte genau bemessende, dann aber mit Ernst und Ausdauer durchgeführte Behandlung gab weit günstigere Erfolge, und zwar binnen kürzerer Zeit, als jede andere; der Schmerz wird dadurch am schnellsten und sichersten beschwichtigt, die Erscheinungen der Entzündung heben sich dadurch rascher als nach den stärksten Blutentziehungen. Nur sehr wenige Kranke — mit blasser, zarter Haut und sehr empfindlichen Nerven — vertrugen sehr kalte oder kalte Ueberschläge überhaupt nicht, während bei Solchen kühle und laue [1]) dem Zweck entsprachen. Bei einzelnen von überaus grossem Schmerze gepeinigten Kranken kamen in den ersten Tagen — zumal für die Nacht — gereichte Narcotica (Opium in voller Gabe 1-3 Gran, Morphium $\frac{1}{4}$-$\frac{1}{2}$ Gran) in Anwendung. Bloss zweimal musste eben solchen Kranken der Katheter der Urinverhaltung wegen gesetzt werden.

Mit Rückfällen des Trippers kamen 9 Kranke wieder in die Anstalt; es war mässige Absonderung einer, grösstentheils aus Epithelialzellen und zerfallenen Eiterkörperchen zusammengesetzten, dünnen Flüssigkeit zugegen, ohne Schmerz, ohne Beirrung der Harnentleerung. Die kaustische Einspritzung, in zwei Fällen die Aetzung mit dem Höllenstein in Substanz, vorzüglich an der hinteren Hälfte der Harnröhre, und darauf folgende zusammenziehende Einspritzungen (*Nitr. arg., Acetas plumbi, Alumen, Jodur. ferri, Liq. natri muriat.*) beseitigten allmälig auch jene Absonderung, jedoch meistens unter Zurückbleiben einer sehr geringen, wässrigen, mitunter tropfenförmigen Absonderung an der Spitze der Harnröhre, deren Mündung davon verklebt wurde.

Nur in wenigen Fällen torpider — meistens älterer — Epididymitis kam die Compression nach Fricke's Methode, und ebenso nur bei sehr wenigen Kranken mit längere Zeit unverändert bleibenden reichlichen Exsudaten in der Scheidenhaut des Hodens die Paracentese dieser (mit dem Messer) in Anwendung. Gegen die — namentlich bei Skrophulösen und nach öfteren Entzündungen — bleibenden Ausschwitzungen in der und um die Epididymis, in der Form kleiner, harter, schmerzloser Knoten, wurde nichts angewendet, weil zahlreiche Versuche in früheren Jahrgängen die Erfolglosigkeit aller gewöhnlich gerühmten inneren und äusseren Heilmittel dargethan hatten.

Leistendrüsen-Entzündungen begleiteten heftig auftretende Tripper, zumal bei jüngeren und insbesondere bei skrophulösen Individuen, nicht selten (45:261), und zwar auch hier — wie bei den Geschwüren der Männer — auf der linken Seite häufiger als auf der rechten. Kam es zur Eiterbildung, so war der Verlauf ein träger. Die Behandlung wurde nach denselben Grundsätzen geleitet, die bei Adenitis in Folge von Geschwüren beobachtet wurde und dort näher bezeichnet worden.

[1]) Seit 10 Jahren wenden wir Kataplasmen nur sehr selten an: unsere „warmen Ueberschläge" bestehen aus einer in laues Wasser getauchten, sechsfach zusammengelegten Compresse, über welche ein gleich grosses Stück Wachstuch oder Wachstaffet gelegt wird: wir sind dadurch der Unzuverlässigkeit der Breiumschläge und des unvermeidlichen Gestankes los und doch gleicher Wirkung sicher.

Die Verengerungen der Harnröhre kamen vor:
am vorderen Drittheil derselben . . . . 3 Mal
in der Mitte . . . . 1 Mal
an dem hinteren Drittheil . . . . . . 21 Mal

Sie waren bedingt:
durch wiederholte, mitunter jahrelange Tripper 19 Mal
durch die Narbe eines Geschwürs . . . 1 Mal
durch die Narbe einer Operationswunde (Cystotomie) . . . . 1 Mal
durch Knochenbildung in dem Penis . . . 1 Mal
nicht zu ermittelnden Ursprungs . . . . 3 Mal

Bei den Tripperkranken (19) gaben 17 an, niemals durch Einspritzungen behandelt worden zu sein.

Mit Harnblasenkatarrh verbunden waren 5 Fälle, mit diesem und Harnröhrenfisteln 3 Fälle, mit Albumin- und Pyurie 4 Fälle.

Die örtliche Behandlung bestand vorzüglich in der mechanischen temporären Erweiterung durch Bougies (aus Gummi elasticum, Wachsleinwand, seltener Gutta percha [1]); nur in sehr wenigen Fällen breiterer und härterer Verengerungen kam die Aetzung mit *Nitras arg.* in Anwendung. Der vorsichtig eingebrachte Katheter diente bei weicheren, nachgiebigen Verengerungen zu deren Erweiterung (durch Zerreissung), statt des Messers. Bei Fisteln folgte der allmälig erzielten Erweiterung die Einlegung eines bleibenden Katheters, und diese bewirkte — namentlich in primären Fällen — die sehr rasche Heilung der Fistel. — Der Harnblasenkatarrh hob sich nach beseitigten Verengerungen, während die Albumin- und Pyurie fortbestanden, und die Kranken nur gebessert entlassen werden konnten, indem Versuche mit bitteren, mit eisen-, chinin-, natrum- und kalkhaltigen Mitteln, neben Fleischnahrung, erfolglos blieben.

Die spitzen Warzen, *Condylomata acuminata* (26 Fälle), kamen vor am Grunde des inneren Blattes und neben dem Bändchen der Vorhaut (16 Fälle), auf der Eichel gleichzeitig oder allein (5 Fälle), in der Harnröhre allein (3 Fälle), am vorderen Rande und auf dem äusseren Blatte der Vorhaut allein (1 Fall), und in ungeheuren Massen gruppirt auf allen erwähnten Theilen (1 Fall). In 19 Fällen war erwiesenermaassen Tripper der Harnröhre vorhergegangen oder bestand noch; in 7 Fällen war hierüber nichts sicher auszumitteln, aber auch kein Geschwür vorhanden. In 3 Fällen hatten sich die spitzen Warzen zu solchen Massen unter der Vorhaut angehäuft, dass diese ungeheuer ausgedehnt und an ihrem vorderen Rande verengert war; in einem dieser Fälle war die Vorhaut an einer der am stärksten gespannten Stellen bereits gangränös durchbohrt. — In 5 Fällen hatten sich die Kranken mehrere Jahre mit den Warzen umhergeschleppt, sehr verschiedene örtliche (meist Aetz-) Mittel angewendet, sowie auch allgemeine Jod- und Mercurialmittel, letztere bis zur Salivation angewendet, ohne dass diese den geringsten günstigen Einfluss auf den örtlichen Krankheitsprocess genommen hätten.

Der Form und der Zahl, der Ausdehnung und dem Vorkommen nach bestand die Behandlung in der Abtragung der Warzen sammt dem Mutterboden durch die Scheere, in der Zerstörung derselben durch Aetzmittel (am häufigsten *Acid. nitr. com.*, *Kali caust.* und *Hydrarg. muriat. corros.* in Weingeist gelöst) und in der Zerstörung durch wasserfreie Essigsäure. Als deckenden Verband auf die eiternden Flächen zog man häufig Lösungen von *Acetas cupri* (1-2 Gr. auf die Drachme dest. W.), *Sulphas Zinci* (5 Gr. auf 1 Drachme dest. W.), *Nitras argenti* (1 Gr. auf 1 Drachme dest. W.) und *Acetas plumbi basicus* in Gebrauch.

Unter die Rubrik *Condylomata lata* haben wir bloss die nach oder bei Blennorrhöe allein vorkommenden Erkrankungen des Warzenkörpers der Haut zusammengefasst, bei denen übrigens auch die Erscheinungen der secundären Syphilis mangelten. In den hierher gezogenen 29 Fällen sah man dieselben:

auf der Vorhaut . . . . 7 Mal
auf der Eichel, am Grunde . . . . . 2 Mal
auf dem Hodensack allein . . . . . . 3 Mal
auf diesem und um den Mastdarm . . . 13 Mal
um den Mastdarm allein . . . . . . 2 Mal
auf dem Hodensack und im äussern Gehörgang 1 Mal
auf dem Hodensack und an den Lippen . . 1 Mal
Summe 29 Fälle.

Um Wiederholungen zu vermeiden, sollen die breiten Condylome bei den Krankheiten der Weiber, bei welchen sie ungleich häufiger vorkommen, umständlicher besprochen werden.

[1]) Bei dem Bekanntwerden der Gutta percha haben wir viele Versuche mit Bougies aus derselben gemacht, sind aber zu den glatteren, dauerhafteren und zuverlässigeren aus Gummi elasticum zurückgekehrt.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Einladung zu der XXVIII. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Gotha.

Zufolge des im September v. J. zu Greifswald von den Mitgliedern der 27. Versammlung gefassten Beschlusses, wird die 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte vom 18. bis 24. Septbr. d. J. in Gotha abgehalten werden.

Die unterzeichneten Geschäftsführer beehren sich daher, sämmtliche Herren Naturforscher und Aerzte Deutschlands, sowie Freunde der Naturwissenschaften zu dieser Versammlung so freundlich als ergebenst einzuladen. Kann auch Gotha weder die grossartigen Institute, noch den sonstigen Reiz grosser Städte bieten, so enthalten doch die Friedensteinschen Sammlungen des Interessanten und Sehenswerthen viel, und werden, bei der Nähe des Thüringerwaldes, nach dessen interessantesten Punkten einige Fahrten von uns veranstaltet werden sollen, sowohl Forscher als Freunde der Natur und ihrer Reize Befriedigung finden.

Wir werden passende Wohnungen in Bereitschaft halten, und können unsere werthen Gäste im Voraus einer freundlichen Aufnahme von Seiten unserer Mitbürger versichern. Wenn wir daher, durch verschiedene Gründe veranlasst, hier die Bitte aussprechen, dass **Bestellungen auf Wohnungen** an uns Unterzeichnete **recht bald und zahlreich eingesendet werden möchten**, so geschieht dies nur, weil wir wünschen, allen Anforderungen unserer geehrten Gäste **bestmöglichst** entsprechen zu können. Desgleichen ersuchen wir **alle diejenigen, welche in den öffentlichen Versammlungen einen Vortrag zu halten gedenken**, uns dies wo möglich einige Wochen vorher, mit Angabe des zu behandelnden Gegenstandes, anzuzeigen.

An die verehrlichen **Redactionen der Zeitungen** und wissenschaftlichen **Journale**, sowie an die der **Lokalblätter**, ergeht von uns die ergebene Bitte, durch Aufnahme dieser Einladung in ihre Spalten zur möglichsten Verbreitung derselben beizutragen.

Gotha, den 28. Mai 1851.

Die Geschäftsführer der XXVIII. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Dr. E. Buddeus. Dr. H. Bretschneider.

Notiz zur Therapie des Typhus.

von

Dr. Schweich in Creuznach.

Der lehrreiche Aufsatz des Hrn. Prof. **Albers**: „Darmblutungen im Typhus", der sich in No. 4 der „deutschen Klinik" befindet, ist die Veranlassung zur nachstehenden Notiz:

Darmblutungen in der **Genesungsperiode** des Abdominaltyphus habe ich bisher nur bei jüngeren Subjecten beobachtet. Das Blut war ebenfalls stets theerschwarz und aashaft stinkend, jedoch nicht klumpig, sondern vollkommen aufgelöst, und, so weit ich dies unterscheiden konnte, ohne Beimischung von Darmexcret. Die Blutungen folgen sich in Intervallen von 1—6 Stunden, und das jedesmalige Quantum differirt von einigen Unzen bis zu 2 Pfund. Gegen diese Blutungen habe ich früher die *Mixt. sulph.-acida* und ebenso das *Ferrum carbonic.*, beides ohne sichtlichen Nutzen, in Anwendung gezogen. In einem verzweifelten Falle dieser Art nahm ich aus der gänzlich dissoluten Beschaffenheit des unerträglich stinkenden Blutes Veranlassung, bei eben stattfindender Blutung citissime das Chlor zu versuchen. Schon wenige **Minuten** nach dem ersten Löffel voll der verschriebenen Arznei (*Rp. Aq. chlor.* ℥j, *Aq. dest.* ℥v, *Syr. spl.* ʒvj) stand die Blutung vollkommen und sie kehrte bei dem zweistündlichen Fortgebrauche des Mittels nicht wieder. Dieser sowohl, als alle früheren Typhuskranken, bei denen Blutung eingetreten war, hatten in ihrer Krankheit kein Chlor genommen. Da dieser letztere Umstand den Gedanken nahe legt, dass das Chlor vielleicht gegen jenen Zustand des Blutes präservire, welcher, da diese späten Blutungen nicht aus Darmgeschwüren erfolgen, als die nächste Ursache dieser Blutungen angesehen werden muss, so habe ich seit dem erwähnten Falle das Chlor bei jedem Abdominaltyphus, sobald es sich thun liess, in Anwendung gezogen, und eine Darmblutung seitdem nicht wieder beobachtet. — So vereinzelt der vorerwähnte Fall auch dasteht, so liegt doch in ihm wohl um so mehr genügender Grund, das Chlor in ähnlichen Fällen zu versuchen, da, selbst nach dem Geständnisse des vielerfahrenen **Albers**, diese Blutungen in der Reconvalescenzperiode zu den lebensgefährlichsten Zufällen des Typhus gehören, die oftmals nach anscheinend überstandener Gefahr im Zeitraume weniger Stunden unerwartet ihr Opfer hinwegraffen.

Rivallié's Aetzmittel.

von

Dr. Kleefeld in Görlitz.

In einer deutschen Bearbeitung der französischen Schrift von **Rivallié** über seine Behandlung krebsartiger und anderer Geschwülste durch Aetzmittel, bestätigt der Amtsphysikus Dr. **Schwab** die guten Erfolge, die **Rivallié** an seinem neuen Aetzmittel rühmt, so entschieden, dass es hier wohl am Orte sein möchte, die Kliniker auf dies neue Aetzmittel aufmerksam zu machen, und sie zu veranlassen, dasselbe anzuwenden und ihre Erfolge darüber mitzutheilen.

Zu dem Ende soll das Verfahren hier genau angegeben werden.

Man lässt in der Apotheke höchst concentrirte Salpetersäure bereiten, die auf ein At. Salpetersäure nur ein At. Wasser enthalten darf und ein spec. Gew. von mindestens 1,36 haben muss (die officinelle hat nur ein spec. Gew. von 1,20), und tröpfelt diese auf trockene Charpiebäuschchen, die in eine irdene Schale gelegt waren, wodurch die Charpie in eine gallertartige Masse verwandelt wird, die man nun (etwa mittelst Glasstäbchen) in die entsprechende Form und dann auf die zu ätzende Stelle bringt, welche zuvor mit nassen Compressen umgeben wurde. Ueber das Ganze legt man Compresse und Rollbinde an. Gewöhnlich lässt man diese Paste 15—25 Minuten einwirken (doch hat R. sie unter Umständen auch 24 Stunden liegen lassen), entfernt dann dieselbe und macht 24 Stunden lang kalte Umschläge mit einer Alaunlösung (ʒj auf ℥ij Wasser). Nach 24 Stunden ist der gelbliche Brandschorf mürbe und weich wie fauler Schwamm, und lässt sich bequem mit einem Spatel schichtenweise abschaben. Er wird aber nur bis zu etwa ¾ seiner Dicke entfernt, und eine neue Paste wie vorher applicirt, womit man je nach Bedürfniss täglich fortfahren kann.

Die gerühmten Vorzüge dieser Behandlungsart lassen sich in Folgendem zusammenfassen:

1) Man hat nicht nöthig, auf das Abfallen des Brandschorfes zu warten, dies Verfahren ist also ungleich schneller.

2) Es tritt niemals, auch bei den gefässreichsten Geschwülsten, Blutung ein, wenn man nur beim Entfernen des Schorfes vorsichtig ist, im Gegentheil stillt die Paste sogleich eine sonst eingetretene Blutung.

3) Das Verfahren ist bei weitem weniger schmerzhaft, als ein ähnliches mit anderen Aetzmitteln, besonders sind die wiederholten Applicationen auf den Schorf fast ganz schmerzlos.

Im Uebrigen verweisen wir, sowohl in Betreff der neuen Paste, als auch der sehr gerühmten Behandlung eiternder Wunden mit Alaunsolution, auf die erwähnte Schrift, die zwar an mancherlei Wiederholungen und Längen leidet, doch aber in Betreff der grossen praktischen Wichtigkeit des behandelten Stoffes die Aufmerksamkeit der Praktiker verdient.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baden. Dem pens. Stabsarzt **Boch** das Ritterkreuz des grossh. hess. Verdienstordens Philipps des Grossmüth.

Hannover. Dem k. Leibmedikus Dr. **Baring** der R. Adler-O. 2. Kl.

Oesterreich. Dem Stadtphysikus zu Zangg Dr. N. **Clementschitsch** das goldene Verdienstkreuz.

Preussen. Dem prakt. Arzte Dr. **Vehsemeyer** zu Berlin das Ritterkreuz des Sachsen-Ernestinischen Hausordens.

Personalveränderungen. Baden. Hausarzt **Fuesslin** ist zum Vorsteher des neuen Männerzuchthauses in Bruchsal befördert.

Oesterreich. Befördert: Kreisarzt Dr. K. v. **Fradeneck** in Klagenfurt zum Kreis-Med.-Rathe für das Kronland Kärnthen. Zu Bezirksärzten: Kreisarzt Dr. V. **Erschen** in Villach, die Districtsärzte DD. A. **Ritter v. Kaschberg** zu Klagenfurt, K. **Moro** zu St. Veit, F. **Hafner** zu Völkermarkt, K. v. **Stur** zu Wolfsberg, J. **Maier** zu Spital, Secundararzt Dr. K. **Russheim** in Hermagor. DD. W. v. **Well**, Sectionsrath im Unterrichts-Ministerium, zum Ministerialrathe; W. **Treiz**, Assist. der path. Anatomie an der Univ. zu Prag, zum path. Prosector an der Univ. zu Krakau.

Preussen. Ernannt: Geh. Sanitätsrath Dr. **Mayer** und Medicinalrath Dr. **Quinke** zu Mitgliedern der Armen-Direction zu Berlin. Niederlassungen: Die prakt. Aerzte und Wundärzte DD. **Tornauer**, **Stühing**, **Raimann**, **Adler**, **Lamby**, **Kressler** und **Glupe**, sowie der Wundarzt 2. Kl. **Letter** haben sich in Berlin, und der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. **Klein** in Hausen, Kreis Schleiden, niedergelassen. Der prakt. Arzt Dr. **Löwenstein** ist von Marienburg nach Schwetz gezogen. Versetzt: Der Kreisthierarzt **Beck** zu Steinau als Rossarzt an das k. Gestüt zu Neustadt a. D.

Todesfälle. Preussen. Kreisphysikus Dr. Samberger zu Buck. Kreiswundarzt Schwill zu Willenberg und Wundarzt Weidehase zu Berlin sind gestorben.

Würtemberg. Der prakt. Arzt Dr. Fries zu Adolzfurth.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

(Fortsetzung aus No. 22.)

10. Staatsarzneikunde.

Andreae, Ueber die Dauer der täglichen Arbeitszeit in den Rübenzuckerfabriken. Henke's Zeitschr. 1.
Bayard, Gerichtlich-medicinische Bemerkungen über den Einfluss der psychischen und moralischen Eindrücke während der Schwangerschaft. Ann. d'Hyg., Jan.
Becquerel, Ueber Privat- und öffentliche Hygieine. Paris, 1851.
Beiträge zur Lehre von der Beurtheilung der Kunstfehler von Aerzten. Henke's Zeitschr. 2.
Bierbaum, Die Verblutung aus der Nabelschnur in rechtlicher Beziehung. Pr. Vereinz-Ztg. No. 10. 11. 12.
Braun, Das Medicinalwesen in Baiern und die Abstimmung des ärztlichen Congresses in München gegen die freie Praxis. Henke's Zeitschr. 1.
Brierre de Boismont, Ueber Selbstmord im Alterthum, im Mittelalter und in der Neuzeit. Ann. méd.-psych., Jan.
Brunet, Zur criminellen Statistik. Ann. d'Hyg., Jan.
Casper, Gerichtliche Leichenöffnungen, 1. Hundert. 2. Aufl. Berlin, 1851.
Cattell, Formeln von Mischungen des Arsenik mit anderen Substanzen, in denen er sich selbst anzeigt. Lancet, Jan.
Chevallier, Die Erkennung der Flecke auf Wollenzeugen. Ann. d'Hyg., Jan.
— Beaufsichtigung und Vertheilung des Wassers in Paris. Ibid.
Devergie, Statistik der Morgue während 10 Jahren. Ibid.
Dugniolle, Medicinischer Bericht über die Prostitution in Brüssel. Journ. de Brux., Jan.
Ebel, Ueber den Einfluss der Phosphorzündholz-Fabrication auf die Gesundheit der Arbeiter. Casper's Wochenschrift No. 10 u. 11.
Flügel, Zur Lehre vom Kindermorde. Ibid. No. 15.
Fourcoult, Ueber Einzelhaft. Gaz. méd. de Paris 5.
Friedreich, Blätter für gerichtliche Anthropologie. Erlangen, 1851. Heft 1 u. 2.
Gaultier de Claubry, Verbessertes Verfahren beim Räumen der Gruben. Ann. d'Hyg., Jan.
Giftverkauf, über den, in den englischen Besitzungen und die dadurch veranlassten Todesfälle. Lond. Exam., Jan.
Göschen, Medicinal- und Universitätsreform. Deutsche Klinik No. 10.
Guy, Vorlesungen über öffentliche Gesundheitspflege. Med. Times, Febr.
Jochner, Untersuchung wegen eines an einer gegen Ende der Schwangerschaft verstorbenen Frau unterlassenen Kaiserschnitts. Henke's Zeitschr. 2.
Kesteven, Ueber die Zeichen der Jungfrauschaft. Lond. Gaz., Febr.
Kersten, Ueber die Einrichtung der Gesinde-Krankenkasse zu Magdeburg. Deutsche Klinik No. 15 u. 16.
König, Untersuchung und Gutachten über die einer Kranken von Seite einer Pfuscherin angerathenen sogenannten „privilegirten blutreinigenden Kaiserpillen". Henke's Zeitschr. 2.
Liman, Oeffentliche Bäder und Waschhäuser. Deutsche Klinik No. 10.
— Ueber die Ursachen der Entwickelung des Typhus in Oberschlesien im Jahre 1847, als ein Beitrag zur Feststellung der Frage, ob und was zur Verhütung solcher Epidemie gethan werden kann. Henke's Zeitschr. 1.
Lion, Ueber Selbstverbrennung und Liebig's Kritik derselben. Casper's Wochenschrift No. 18.
Müller, Zur Bordell-Frage. Pr. Vereins-Ztg. No. 13.
Pfeufer, Sind bei dem J. A. P. aus Th., der gewaltsamen Tödtung seiner Frau beschuldigt, die Hallucinationen als wirklich vorhanden anzunehmen, oder sind sie simulirt, und ist im ersteren Falle der Inculpat für geisteskrank zu erklären? Henke's Zeitschr. 2.
Prinz, Ueber die Verpflichtung der Aerzte, arme Kranke unentgeltlich zu behandeln. Wiener Zeitschrift, März.
Ritter, Der Milzbrand in seinen Beziehungen zur Staatsarzneikunde. Henke's Zeitschr. 1 u. 2.
Roth, Hat die Dienstmagd H., welche in ihrem verschlossenen Koffer erstickt gefunden worden, einen Selbstmord begangen, oder ist sie durch fremde Hand getödtet worden? Ibid. 2.
Schneider, Beiträge zur gerichtlichen Medicin. Ibid. 2.
— Cerebral-Congestionen beim Henken. L'Union 4.
Siebert, Differentes gerichtsärztliches Gutachten über die Todesart eines neugeborenen Kindes. Henke's Zeitschr. 1.
Suckow, Hat A. v. F. seinen Vater in Schlaftrunkenheit erschossen? Ein Gutachten des königl. Medicinal-Collegiums zu M. Ibid. 2.
Tardieu und Rota, Medicinisch-gerichtliche Relation über die Ermordung der Gräfin Görlitz, nebst Bemerkungen über Selbstverbrennung. Ann. d'Hyg., Jan.
Vogler, Forensische Streitpunkte, verhandelt vor den Assisen zu Wiesbaden. Pr. Vereins-Ztg. No. 6. 7. 8. 9.

11. Medicin im Allgemeinen.

Albers, Die neuere englische Literatur der praktischen Medicin. Neue med.-chir. Ztg. 18.
Arnold, Das rationell-specifische oder idiopathische Heilverfahren als naturgesetzliche Heilkunst dargestellt. Heidelberg, 1851.
Barclay, Ueber die Sterblichkeit im St. George's Hospital. Lond. Gaz., Jan.
Dietl, Kritische Darstellung europäischer Krankenhäuser nach eigenen Beobachtungen. Wiener Zeitschr., Jan., Febr., März, April.
Dougall, Mac, Die Temperatur Malaga's. Med. Times, Febr.
Friedemann, Zur geographischen Verbreitung der Krankheiten. Deutsche Klinik No. 13.
Gallwey, Ueber bösartige Entzündungen. Lond. Gaz., Jan., Febr., März.
Glover, Vorlesungen über die Philosophie der Medicin. Lancet, Jan.
Gustorf, Die Kuren der Alten zur Zeit der Frühjahr- und Herbst-Tag- und Nachtgleichen, des Paracelsus Ansichten über Frühjahrs- und Herbstkrankheiten und die *dies critici* in der Weltgeschichte. Casper's Wochenschr. 8.
Häser, Ueber den diagnostischen Werth der Spirometrie. Günzburg's Zeitschr. II. 2.
Hirschel, Die Homöopathie. Eine Anleitung zum richtigen Verständniss und zum Selbststudium derselben. Dessau, 1851.
Hooper, Physician's Vade-Mecum. New edit. by Guy. 8. 576 S.
Junge, Rademacher's Erfahrungs-Heillehre. Deutsche Klinik No. 2.
Lang, Jahresbericht über das See-Hospital in Kronstadt. Med. Ztg. Russlands 3 u. 4.
Macgregor, Fälle aus der klinischen Medicin. Lond. Gaz., März.
Mayo, *On the Truths contained in popular superstitions. With an account of Mesmerism.* 2. edit. Edinburgh. 8. 196 S.
Moll, Beobachtungen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche Klinik No. 5.
Nasse, Fr., Acut und Chronisch. Rhein. Monatsschrift, Jan.
Naumann, Pathologisches über Schlaf und Traum. Deutsche Klinik No. 1 u. 2.
de Neufville, Notizen über medicinische Verhältnisse in Texas, nach brieflichen Mittheilungen bearbeitet. Vierordt's Archiv 2.
Ninth Report of the Secretaries and Treasurer of the Birmingham Counties Pathological Society. Birmingham. 8. 46 S.
Pollock, Ueber das Klima von Italien mit Rücksicht auf seinen Einfluss auf chronische Krankheiten. Lond. Gaz., Jan.
Puchelt, Jahresbericht aus der inneren Abtheilung des akademischen Hospitals zu Heidelberg vom Jahre 1849. Deutsche Klinik No. 9.
Richardson, Ueber den Tod. Lond. Gaz., Febr.
— Ueber die verschiedenen Todesarten. Ibid., März.
Richter, H. E., Ein Blick auf die neueste medicinische Volksliteratur. Schmidt's Jahrb., Jan.
Simon, Ueber den Gebrauch des Aderlasses in einer vorgerückten Periode der Krankheit. Bull. de Thérap., Jan.
Simpson, Notizen über altrömische medicinische Inschriften, die in England aufgefunden sind. Monthly Journ., März u. April.
Speyer, Jahresbericht aus dem Landkrankenhause der Provinz Niederhessen. Deutsche Klinik No. 15—17.
Tardieu, *Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine français et étrangers.* Paris, 1851.
Thompson, Statistisches über Klima und Krankheiten, nebst Bemerkungen über die Lebensdauer und über die vorwiegenden Krankheiten in den englischen Colonien, im Vergleich zu denen in Europa, Asien, Afrika, Amerika. Lond. Gaz., Febr. u. März.
Todd, Vorlesungen über den Puls. Ibid., März.
Transfusion, über dieselbe. Gaz. des hôp. 15.
Wegg, *Observations relative to the Science and Art of Medicine.* Lond. 8. 233 S.
Williams, Physikalische Untersuchung des Unterleibes im gesunden und krankhaften Zustande. Lond. Journ., Jan.
Wunderlich, Ein Plan zur festeren Begründung der therapeutischen Erfahrungen; Antritts-Vorlesung, gehalten zu Leipzig den 12. März 1850. Schmidt's Jahrb., April.
Zimmermann, Ueber das Fieber und die Temperatur der Gesunden und Kranken. Zimmermann's Archiv 1.
— Zur Lehre vom Aderlass. Ibid.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 24. 14. Juni 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Fälle von Krankheiten des Rückenmarkes, beobachtet in der medicinischen Klinik in Giessen.

Von

Prof. Dr. Jul. Vogel, Director der Klinik. und Dr. Dittmar, Assistenzarzt.

(Fortsetzung aus No. 23.)

2) Wahrscheinliche *Meningitis cerebro-spinalis typhosa* mit Erhaltung des Lebens, aber nachbleibenden Functionsstörungen in den Centraltheilen des Nervensystems.

Jos. Schett, 28 Jahre alt, Maurer aus Hainzell, kam am 11. Juli 1848 in meine Klinik.

Der Kranke, früher vollkommen wohl, von kräftigem Körperbau, wurde vor 2 Tagen in der Nacht von heftigem Schüttelfrost befallen, zu dem sich bald betäubender Kopfschmerz gesellte. Am Tage darauf war der Kranke so müde und zerschlagen, dass er sich nicht aus dem Bette erheben konnte, dabei hatte er grossen Durst, Appetitlosigkeit, angehaltenen Stuhl, heftige Schmerzen im Epigastrium, Uebligkeit. Die folgende Nacht verbrachte der Kranke wieder schlaflos unter heftigen, die Besinnung raubenden Kopfschmerzen; am Morgen wurde er taumelnd ins Hospital geführt.

Status praesens bei der Aufnahme. Das gesammte Nervensystem bot die Erscheinungen einer heftigen Reizung dar, gemischt mit Erscheinungen von Depression in einzelnen Theilen, heftiger Kopfschmerz, pulsirend, über den ganzen Kopf verbreitet; Schwindel, sich zeitweise bis zur Bewusstlosigkeit steigernd; Empfindlichkeit gegen Licht; Schwerhörigkeit. Die Carotiden pulsiren heftig. Reissende Schmerzen im ganzen Körper, besonders in den unteren Extremitäten, auf welche Druck wie Bewegung keinen Einfluss ausübte. Druck auf die Wirbelsäule war schmerzlos. Grosse Müdigkeit und Abgeschlagenheit, so dass sich der Kranke kaum im Bett zu erheben und aufrecht zu sitzen vermochte.

Die Kopftemperatur erhöht, Wangen und Stirn geröthet.

Verdauungsorgane. Die Zunge roth, breit, trocken, schwer beweglich. Appetitlosigkeit, Durst, häufiges Aufstossen, Uebligkeit, welche sich einmal bis zu heftigem galligen Erbrechen gesteigert hatte; starke Schmerzen im Epigastrium und, wiewohl weniger heftig, im übrigen Abdomen. Stuhl seit 2 Tagen angehalten.

Leber etwas grösser als die Norm (*Lin. mammalis* 14 Cm., *Lin. med.* 10 Cm., reicht nach links von der Mittellinie 8 Cm.), gegen Druck nicht empfindlich.

Milz von normaler Grösse (7 Cm. breit, ragt einige Cm. vor die Spitze der 11 Rippe).

Der Unterleib etwas meteoristisch aufgetrieben; namentlich das Epigastrium gespannt, gegen Druck schmerzhaft.

Respirationsorgane. Das Athmen etwas beschleunigt (28 Athemzüge in der Minute), übrigens unbehindert. Der Kranke kann ohne Gêne die tiefste Inspiration vollziehen. Husten, Dyspnöe, Auswurf fehlen durchaus.

Die Inspection des Thorax ergiebt, abgesehen von einer geringen Depression der *Regio supraclavicularis sinistra* keine Abnormität. Die Percussion links oben etwas tympanitisch gedämpft. Die Auscultation ergiebt an den Lungenspitzen beiderseits unbestimmtes Athmen. Ausserdem Alles normal.

Kreislauforgane. Das Herz von normaler Grösse, die Töne laut, der Impuls nicht übermässig stark. Puls 80, voll, weich, mit Hinneigung zum *Pulsus duplex.*

Der Urin sparsam, von fast normaler Farbe.

Diagnose. Das heftige Fieber mit dem *Pulsus duplex* und der so heftigen Nervenaffection liess einen beginnenden Typhus vermuthen, der gerade um diese Zeit hier sehr häufig war.

Behandlung. Kalte Aufschläge auf den Kopf — Klystiere bis Oeffnung erfolgt — 12 Schröpfköpfe in's Epigastrium — innerlich *Acid. sulfur.* (ʒij *pro die*) in Gummischleim.

12. Juli. Ungeachtet der kalten Aufschläge Kopfschmerz und Eingenommenheit des Kopfes ungebessert; furibunde Delirien während der Nacht; rothes Gesicht. Sehr grosse Mattigkeit und Schwäche. Heftige reissende Schmerzen in den unteren Extremitäten, ohne dass die geringste Veränderung an denselben sichtbar wäre. Der Kranke klagt ferner über Schmerz im oberen vorderen Theil des Halses. Druck auf diese Gegend erregt heftige Schmerzen, ebenso die Berührung und Verschiebung des Kehlkopfes, jedoch ist eine Veränderung an diesen Theilen nicht sichtbar, weder Röthe noch Geschwulst.

Zunge dürr, braun, heftiger Durst. Während des gestrigen Tages mehrmaliges galliges Erbrechen. Meteorismus mässig, die Palpation des Epigastrium kaum mehr empfindlich. In Folge der Klystiere mehrere Stühle. Am Morgen ein freiwilliger Stuhl, der etwas dünn.

Puls 80, deutlich duplex. Respirationsorgane wie gestern. Die Hauttemperatur gleichmässiger vertheilt.

Ord. Die kalten Ueberschläge fortzusetzen. 16 blutige Schröpfköpfe in den Nacken. Grosse Dosen Calomel (zweimal in 24 Stunden, jedesmal 10 Gr.).

Darauf in den nächsten Tagen Nachlassen der Erscheinungen; weniger Delirien, Schlaf ruhiger, Zunge feuchter. Dagegen zahlreichere flüssige Stühle, mehr Meteorismus; die Cöcalgegend gegen Druck sehr empfindlich.

Behandlung exspectativ: schleimiges Getränk.

17. Juli. Unter Zunahme der Darmerscheinungen: grössere Empfindlichkeit der Cöcalgegend, mehr Meteorismus, stärkere Milzanschwellung — wieder stärkeres Fieber: Puls 95, doppelschlägig, heisser Kopf, stärkere Delirien, namentlich während der Nacht; heisse, trokkene Haut.

Ord. Wiederum eine Gabe von 20 Gr. Calomel. Essigwaschungen.

In den folgenden Tagen wenig Veränderung, aber zunehmende Schwäche, Zittern der Glieder, der Stuhl, auch der Urin, wird bisweilen (nicht immer) unwillkührlich entleert. Beginnender Decubitus am Kreuzbein.

Ord. Essigwaschungen, *Mixtura gummosa;* Ueberschläge von Bleiwasser mit Campherspiritus auf die Kreuzbeingegend.

Vom 25. Juli an bessert sich allmälig das Befinden; das Sensorium wird freier, der Kranke schläft viel und ruhig, klagt jedoch über Schwerhörigkeit. Puls langsamer, kräftiger (25. Juli 92, am 29. 72). Schwacher Husten, mit leicht löslichem schleimigen Auswurf dauert fort, aber auch die Respiration wird langsamer (25. Juli 28, am 29. 24 in der Minute). Die Zunge reinigt sich; die Stuhlentleerungen bleiben zwar noch vermehrt und diarrhöisch, werden aber nicht mehr unwillkührlich entleert; der Meteorismus nimmt ab; die Empfindlich-

keit der Cöcalgegend beim Druck verliert sich. Der Appetit besser. Die Milz bleibt vergrössert. Der Sacraldecubitus heilt.

Der Kranke bekommt nahrhaftere Kost und Chinin (dreimal täglich 2 Gr.). Das Chinin wird jedoch nicht vertragen; es soll jedesmal heftige Kopfschmerzen hervorrufen. Es wird daher ausgesetzt, und der Wiederersatz der Kräfte des Kranken ohne Arznei, bloss durch kräftigere Kost und Wein vermittelt.

In den nächsten 14 Tagen erholt sich Schett langsam, das Bewusstsein und die Geisteskräfte nehmen zu, ebenso die Körperkräfte. Er fängt an, das Bett zu verlassen. Aber es tritt nun eine Reihe von neuen Erscheinungen hervor.

Am 15. Aug. beklagt sich der Kranke über heftige Bauchschmerzen, namentlich in der *Reg. iliaca* und *lumbalis dextra*, sie werden durch Druck sehr gesteigert. Eine Veranlassung liegt nicht vor.

Ord. Bettarrest; warme Tücher; Einreibung von *Liniment. volatile*. Darauf Nachlass der Schmerzen.

Tags darauf am Morgen ein neuer heftiger Anfall von Leibschmerzen, die diesmal in der *Reg. mesogastrica* ihren Sitz haben, und wieder durch Druck sehr gesteigert werden.

Der Kranke ist fieberfrei; die genaueste Untersuchung des Abdomen zeigt keine Anomalie. Die Stuhlentleerung noch etwas diarrhöisch, aber nicht anders als früher. Auf Senfteige, Ueberschläge von Belladonna, Einreibungen von *Lin. volatile* verlieren sich die Schmerzen, es bleibt aber ein Paar Tage lang Neigung zur Verstopfung, die durch *Oleum Ricini* beseitigt wird.

Gegen den 20. Aug. klagt der Kranke, dass bei sonst leidlichem Befinden seine beiden Unterschenkel heftig schmerzen, und zwar beim Aufsein mehr als im Bette. Eine genaue Untersuchung weist an ihnen keine objective Veränderung nach, die Palpation derselben ist nicht schmerzhaft. Diese Schmerzen in den Unterschenkeln steigern sich in den nächsten Tagen, sind reissend, besonders in dem rechten sehr stark, und erstrecken sich bis in die *Reg. lumbalis dextra*. Sie wechseln ab mit einem Gefühl von Kälte, Eingeschlafensein, Müdigkeit.

Reizende, spirituöse Einreibungen, reizende Fussbäder lindern sie nicht.

Am 1. Septbr. wiederum sehr heftige Schmerzen in den Unterschenkeln, namentlich dem rechten; Druck in der *Reg. poplitaca* sehr schmerzhaft, so dass der Gedanke an eine *Phlebitis adhaesiva* auftauchte, wie sie öfters als Nachkrankheit bei Typhus vorkommt. Eine Hämospasie brachte vorübergehende Erleichterung, die jedoch bald wieder verschwand. Kataplasmen, Fussbäder blieben ohne Wirkung. Auch ein *Infus. Arnicae* mit *Liq. ammonii anis.* mehrere Tage fortgebraucht, hatte keinen günstigen Erfolg.

In den nächsten Wochen steigerten sich die Schmerzen in den unteren Extremitäten, und es gesellten sich periodisch auftretende klonische Krämpfe der Wadenmuskeln hinzu. Auch andere Körpertheile wurden schmerzhaft. Der Kranke fühlte heftige, reissende intermittirende Schmerzen in der Lumbalgegend, den beiden Hypochondrien, im Kopfe, wo namentlich in den Bahnen der Gesichtsäste des Trigeminus und des *Nerv. occipitalis* öfters heftige Schmerzen empfunden wurden. Dazu gesellte sich Empfindlichkeit der Wirbelsäule gegen Druck, erst in den Lenden- und Brust-, später auch in den Halswirbeln, ferner allgemeine Beängstigungen, so dass der Kranke öfters laut aufschrie und behauptete, er müsse im nächsten Augenblicke sterben. Bei dieser immer steigenden Hyperästhesie der gesammten sensiblen Nervensphäre liess eine oft wiederholte Untersuchung in den vegetativen Organen keine Veränderungen von Bedeutung erkennen. Die Respirationsorgane waren bis auf einen ganz unbedeutenden Bronchialkatarrh normal; das Herz normal, der Puls ruhig, keine Spur von Fieber vorhanden; auch die Digestionsorgane normal, der Appetit, trotz der heftigen Schmerzen im Epigastrium, sehr gut, der Stuhl regelmässig, breiig, Leber und Milz normal.

Gegen die allgemeine Hyperästhesie wurden während dieser Zeit verschiedene Behandlungsweisen eingeschlagen: Narcotica (Morphium), laue Bäder — Schröpfköpfe, Hämospasien — Sinapismen, Blasenpflaster — Tonica, wie *Decoct. Chinae, Spirit. ferri chlorati aether.* — Alles ohne, oder mit sehr vorübergehendem Erfolg.

Der Zustand des Kranken blieb nun Monate lang mit geringen Veränderungen derselbe. Fast der ganze Körper war schmerzhaft, bei jeder Berührung schrie der Kranke laut auf und er vermied ängstlich jede Bewegung, weil sie ihm nach seiner Versicherung heftige Schmerzen veranlasste. Von Zeit zu Zeit wurden einzelne Körpertheile der Sitz stärkerer, von selbst eintretender Schmerzanfälle. So klagte der Kranke gegen Mitte October eine Zeit lang über vorzugsweise Schmerzen im Halse, der linken Schulter und dem linken Oberarm. Anfang November stellte sich ein schmerzhafter Harndrang ein, der einige Tage anhielt, dann wieder verschwand. Dazwischen heftige Schmerzanfälle über den ganzen Körper mit tetanischem Steifwerden der Extremitäten.

Der Kranke bekam wochenlang täglich Strychnin, darauf wochenlang Einreibungen von Veratrinsalbe, und später wochenlang täglich ein Bad mit *Kali carbonicum*, Alles ohne wesentlichen Erfolg.

Er trat ungebessert in's Jahr 1849 hinüber. In diesem wurden während dreier Monate nach einander methodisch angewandt: Jodkalium innerlich, täglich ℈j, mehrere Wochen lang; — der Electromagnetismus, der nach mehrmaliger Anwendung wieder ausgesetzt werden musste, weil er jedesmal heftige Schmerzen hervorrief — Bäder, mit kalten Begiessungen — eine Schmierkur. Dabei die nöthige symptomatische Behandlung und Sorge für gehörige Ernährung.

Am 19. April wurde er auf sein Verlangen ganz ungebessert in seine Heimath entlassen. Er war gut genährt, hatte volle Wangen, aber der ganze Körper war bei Berührung und Bewegungen schmerzhaft, die Beweglichkeit der unteren Extremitäten war fast ganz aufgehoben, so dass Schett weder stehen noch gehen konnte, auch die Beweglichkeit der oberen war sehr beschränkt. Das Sensorium des Kranken hatte gelitten, er war kindisch geworden. Stuhl- und Urinentleerung unregelmässig, angehalten.

Werfen wir einen Blick rückwärts auf den vorliegenden Fall.

Das ursprüngliche Leiden des Kranken war offenbar ein Typhus, ausgezeichnet durch sehr intensive Nervensymptome. Er nahm den gewöhnlichen Verlauf. Aber zur Zeit der Reconvalescenz entwickelten sich allmälig die Symptome eines intensiven Leidens des gesammten Nervensystemes. Das constante Vorhandensein dieser Symptome, ihre beständig zunehmende Steigerung schliesst jeden Gedanken an eine blosse Functionsstörung, etwa abhängig von einer Blutveränderung, aus, und macht die Annahme einer materiellen Veränderung im Gehirn und Rückenmark unzweifelhaft. Diese Veränderung muss bei der grossen Ausbreitung der Symptome und bei dem Schwanken derselben eine sehr ausgebreitete gewesen sein. Der ganze Verlauf macht es wahrscheinlich, dass die Ursache aller dieser Erscheinungen in einer weitverbreiteten (allgemeinen) *Meningitis cerebrospinalis exsudativa* zu suchen sei, deren Exsudat in dem Maasse, als es sich organisirte oder verschrumpfte, vielleicht auch verkalkte, durch Druck entweder auf Gehirn und Rückenmark unmittelbar oder wahrscheinlicher auf die davon abgehenden Nerven an der Stelle ihres Durchtrittes durch die Meningen Functionsstörungen (Reizung und Lähmung nebeneinander) in den sensiblen und motorischen Fasern veranlasste. Die sympathischen Fasern blieben ausserhalb des Bereiches der Einwirkung, daher auch Gefässthätigkeit, Ernährung und Stoffwechsel trotz der langen Dauer des Leidens nicht gestört wurden.

Eine weitere Frage ist die, ob die Meningitis in unserem Falle erst als Nachkrankheit des Typhus auftrat, oder bereits von Anfang an vorhanden war? Mir ist letzteres wahrscheinlicher. Die heftigen Nervenerscheinungen, welche den Typhus von Anfang an begleiteten, sprechen dafür. Dass der Kranke mehrere Wochen lang, von Mitte Juli bis Mitte August keine bedeutenden Nervenerscheinungen darbot, widerspricht dieser Annahme nicht und erklärt sich leicht aus dem Umstand, dass das Exsudat, so lange es noch weich war, wenig störte und erst mit zunehmender Consolidation schädlicher wirkte.

Für die Therapie lehrt unser Fall, die Richtigkeit der eben gestellten Diagnose vorausgesetzt, dass auch ein sehr energisches Eingreifen (wiederholte örtliche Blutentziehungen, grosse Gaben Calomel) die Resorbtion des noch flüssigen Exsudates nicht vermitteln konnte, so wie alle später angewandten Mittel vergebens waren, die Rückbildung der einmal festgewordenen Ablagerungen zu bewirken.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien.

Von

Professor Dr. Sigmund.

(Fortsetzung aus No. 23.)

B. Blennorrhöen mit ihren Folgeleiden bei Weibern wurden behandelt an 283 Individuen, und zwar an:

Blennorrhoea clitoridis allein	1
„ *urethrae* allein	5
„ *vaginae* allein	5
„ *urethrae* und *vaginae* allein	25
„ *vaginae et uteri* allein	2
„ *urethrae, vaginae et uteri*	49
Adenitis inguinalis bei oder nach Blennorrhöen: rechts 7, links 3, beiderseits 1	11
Latus	98

	Transport	98
Condylomata acuminata	. . . .	88
„ *lata*	. . . .	97
	Summe	283

Die Blennorrhöe an der und um die Clitoris herum kam in verschiedenen Graden häufig vor als Folge der grossen Unreinlichkeit, und bestand wesentlich in der gesteigerten Absonderung des Hauttalges, gemengt mit etwas Schleim und Epithelien. In dem aufgezählten Falle war nur diese Absonderung allein, jedoch sehr reichlich vorhanden, begleitet mit sehr namhafter ödematöser Anschwellung der grossen Clitoris und ihrer Vorhaut. Kalte Umschläge und fleissige Reinigung der Theile mit Wasser genügten zur Herstellung.

Der Harnröhrentripper fand sich zwar nur 5 Mal allein vor, aber unter den 758 behandelten Weibern sah man denselben gleichzeitig mit anderen Formen 476 Mal, mithin nur bei 282 Individuen nicht. Dieses häufige Vorkommen des Harnröhrentrippers ist immerhin bemerkenswerth *), weil das häufige Vorkommen der übrigen Blennorrhöen und der Warzen und der Rückfälle in diese Leiden theilweise sich daraus erklärt. Harnröhrentripper mit heftigen entzündlichen Erscheinungen (Anschwellung der Lippen der Harnröhre, Abschürfung der Epithelien, Blutungen, reichliche Pyorrhöe, namhafte Schmerzen beim Urinlassen, öfterer, ja fast beständiger Drang dazu, mit Verhaltung desselben) sahen wir nur sehr wenige; die meisten bestanden in der Absonderung einer geringen, durch Welzen mittelst des Zeigefingers vom Blasenhalse gegen die Mündung der Harnröhre hin reichlicher zu entleerenden Menge graulichweissen oder gelblichen Eiterschleims. — Die acute Blennorrhöe der Harnröhre wurde örtlich mit kalten Ueberschlägen, kalten Sitzbädern und kalten Einspritzungen in die Scheide behandelt; nur bei sehr heftigen Schmerzen gebrauchte man zuweilen Narcotica (Opium, Morphium), denn die Kälte reichte hin, den Schmerz rasch zu mindern. Bei Blennorrhöe ohne bedeutende Entzündungserscheinungen kam sofort die Aetzung mit *Argent. nitric. fusum*, die ganze Harnröhre entlang, in Anwendung; den darauf folgenden Tag begann man (neben den kalten Einspritzungen in die Scheide) dieselbe Behandlung, welche bei dem Tripper der Männer bezeichnet worden ist.

Der Scheidentripper, allein sehr selten (5), begleitete beinahe alle übrigen Krankheitsformen (590), war mithin noch häufiger als der Harnröhrentripper; da uns gegenwärtig die zuverlässigen Kennzeichen eines ansteckenden Scheidentrippers mangeln, da ferner die meisten Frauen, welche wir bisher untersucht haben, mehr oder minder reichliche Scheidenflüsse darboten, und viele solcher Frauen den ihnen beiwohnenden Männern dennoch weder Tripper noch Warzen beibrachten, da endlich sehr reichliche, eiterähnliche Absonderungen, auf dem unteren Drittheil der Scheide so gut als auf der ganzen Ausdehnung derselben, der genau durchgeführten Reinigung nicht selten rasch wichen, so haben wir auf die ganz allein vorkommende Blennorrhöe der Scheide kein besonderes Gewicht gelegt, desto mehr aber auf die in Verbindung mit Blennorrhöen der Harnröhre und mit Warzenbildung verbundenen Fälle, welche häufig sich gegenseitig bedingten. Die Beseitigung des Scheidentrippers gelingt gar nicht oder nicht auf die Dauer, so lange auch noch so geringfügiger Harnrörentripper fortbesteht.

Die Absonderung, welche die Scheidenschleimhaut lieferte, hatte meistens die Aehnliehkeit mit leichtflüssigem, graulichweissem, gelblichem, grünlichem, seltener bräunlichem Schleim oder Eiter, und oft eine rahmartige Consistenz; dieselbe röthete meistens — nicht immer — das blaue Papier, und bestand aus Eiterzellen, die zum Theil morsch, aus Epithelialblättchen, Emulsionskugeln und formlosen Bröckchen und Körnchen; in diesem Jahrgange fanden wir keine Infusorien, dagegen zuweilen Blutkügelchen (von der Abschürfung der Schleimhaut und nach den Menstruis). Der Zustand der absondernden Schleimhaut bot alle Abwechselungen einer acuten und chronischen Entzündung derselben dar; in vielen Fällen war kaum ein einziger Schleimbalg sichtbar, die Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung blass, flach und glatt, gleich einer serösen Haut, und dennoch ein reichliches, dichtes, eiterähnliches Secret vorhanden. Nur wenige Kranken boten eine wie mit rothen Hirsekörnern übersäete, gesättigt rothe, geschwellte Schleimhaut dar, auf welcher eine dichtere, gelbliche oder grünliche, eitrige Schicht abgesondert wurde. Bei Schwangeren trug die Schleimhaut, oft sogar auch an den kleinen Lippen, die bekannte venöse Färbung. — Vorfall der vorderen oder hinteren Scheidenwand, oder beider zugleich, sind bei öffentlichen Mädchen sehr gewöhnliche Zustände.

*) Oft wird der Harnröhrentripper von den Kranken übersehen, weil er ihnen keine oder nur sehr geringe Beschwerden verursacht; nicht selten wird er (namentlich bei polizeilichen und gerichtlichen Untersuchungen) von gewandten Weibern dadurch verheimlicht, dass sie kurz vor denselben Urin lassen oder mit ihrem Finger das Secret ausstreifen und wegwischen; bisweilen übersehen auch Aerzte den Tripper, weil sie gar nicht oder unzweckmässig untersuchen, wie wir uns oft genug überzeugten bei Kranken, welche von Amtsärzten den Tag vorher untersucht und an der Harnröhre gesund erklärt worden waren.

Ueber die Dauer ihrer Scheidentripper geben die Frauen meistens ungenügende Auskunft; selbst die Veranlassung derselben wurde gewöhnlich auf Unregelmässigkeiten der Menstruation, auf eine Entbindung, auf erlittene Unterleibskrankheiten (z. B. Typhus) geschoben. In einzelnen Fällen kamen Frauen gleichzeitig mit den Männern in Behandlung, denen jene die Ansteckung zuschrieben; in solchen Fällen sahen wir Scheiden- und Harnröhrentripper vereinigt. — Rückfälle sind bei dem Scheidentripper ungemein häufig, und standen bei unseren Kranken in geradem Verhältnisse zu der Vernachlässigung aller (obwohl dringend empfohlenen) Reinlichkeitsmaassregeln, welche hier zu Lande oft genug üblich ist. Allerdings überlassen sich auch die meisten Kranken, kaum aus dem Spital entlassen, neuerdings vorsichtslos dem Beischlafe.

Die Behandlung des Scheidentrippers beruhte auf denselben leitenden Ansichten, nach denen die des Harnröhrentrippers stattfand, jedoch nur mit sehr seltener Anwendung concentrirter kaustischer Mittel auf die Schleimhaut der Scheide. Als allgemeinste Regel galt es, den Kranken wenigstens zweimal täglich ausgiebige Einspritzungen mit kaltem Wasser zu machen; diese Einspritzungen geschehen mittelst eines Douche-Apparates, nachdem vorher ein entsprechender Spiegel in die Scheide eingeführt und das Rohr des Schlauches in den Spiegel eingeschoben worden war; ehe das so bis an den Scheidentheil der Gebärmutter dringende Wasser aus der Scheide ausfliesst, umspült es den Scheidentheil selbst, dehnt das Scheidengewölbe aus und rinnt dann erst zwischen Spiegel und Scheide ab. Um diese Ausdehnung und Berührung möglichst vollständig zu erzielen, sind die sonst üblichen „Mutterspritzen" beseitigt worden, und nur ausnahmsweise zu besonderen Einspritzungen in Anwendung geblieben. Diese Spritzen werden überdies von den wenigsten Kranken passend gehandhabt, sind sehr häufig verunreinigt und werden oft verdorben; die Anwendung der Mittel kann bei ihrem Gebrauche nur sehr ungenügend beaufsichtigt und sie können bisweilen eine Quelle der Ansteckung für andere Kranke werden; daher unser Misstrauen gegen dieselben in einer grossen Anstalt. — Das Einführen von Charpie, allein oder getränkt mit Arzneistoffen, fand nur sehr selten — bei Aetzungen und heftigen Entzündungen — auf einige Stunden statt; in die Scheide eingeführte Tampons, Ballen, Cylinder, Bäuschchen u. dgl. m. bleiben nicht an der Stelle haften, auf welche sie hingeführt wurden; die oberhalb derselben angesammelten Flüssigkeiten erweichen desto rascher die Epithelien der Schleimhaut der Scheide und der Vaginalportion, und machen diese oft kranker als sie bereits sind. Die Wirkung aber jener Mittel, mit denen die eingeführten Stoffe belegt sind, hört als solche (z. B. von Adstringentien) schon nach wenigen Minuten auf, und es bildet sich eine Zwischenschicht, — Gerinnsel des Secrets und neues Secret — welche jede fernere heilkräftige Einwirkung der Arzneistoffe aufhebt. Abgesehen von dieser Thatsache, sind wir auch misstrauisch gegen die innige Berührung und das längere Verweilen von Stoffen, z. B. Charpie in der Scheide, deren Ursprung wir nicht kennen, deren Einführung nicht immer vorsichtig genug gehandhabt werden kann, deren Einflusse wir aber bei Wunden und Geschwüren bisweilen sehr nachtheilige Wirkung zuzuschreiben veranlasst worden sind.

Den häufigsten Gebrauch für Einspritzungen machten wir von Zinksalzlösungen (schwefelsaures, essigsaures, selten salzsaures, $\frac{1}{4}$-1-2 Drachmen auf 6 Unzen Wasser); von rohem Alaun (1-4 Dr. auf 6 Unz. Wasser); von basisch-essigsaurem Blei (1-6 Dr. auf 6 Unz. Wasser); schwefelsaurem Cadmium (nutzlos); *Joduret. ferri* (2-24 Gr. auf 6 Unz. Wasser) und *Nitr. argenti* (1-3 Gr. auf 6 Unz. Wasser), beide mit sehr günstigem Erfolge, aber von Nachtheil für die Leib- und Bettwäsche, daher selten in Anwendung gezogen. Eben dieses gilt auch von den Eisen- und Kupfersalzen (Sulphas, Acetas und Murias), deren Wirksamkeit den oben bezeichneten Mitteln gleichsteht. Die Lösungen von *Kali* und *Natrum caustic.* (1-5 Gr. auf die Unze Wasser) und *Chloras Natri* (nach Labarraque's Formel) verdienen eben so warme Empfehlung, fallen aber für grosse Anstalten zu kostspielig aus, und blieben bloss für klinische Belehrung — mit sehr günstigem Erfolge — im Gebrauch.

Die durchschnittliche Dauer der Behandlung betrug in 371 genauer bezeichneten Fällen 14 Tage; der längere Aufenthalt der Kranken war durch andere gleichzeitig vorhandene Krankheitsformen bedingt; jedoch blieben die Einspritzungen von kaltem Wasser auch nach der Beseitigung der Blennorrhöen während der übrigen Behandlung in Anwendung.

Die Blennorrhöe des Scheidentheiles des Uterus war wohl häufig; so lange dieselbe nur als Absonderung einer mässigen Menge vollkommen durchsichtigen, zähen Schleimes dastand, fand sie keine besondere Berücksichtigung als ansteckende Krankheit, denn sie ist, den Erfahrungen aus früheren Jahren zufolge, ohne Nachtheil für den Scheidentheil und die Scheide, weicht auch sehr oft der emsig gehandhabten Reinigung. Grössere Mengen eines gelblichen, grünlichen, graulichweissen, dicken, sehr zähen, oder im Gegentheil dünnflüssigen,

eitrigen Secretes, wobei gleichzeitig der Scheidentheil oft geröthet, einzelne Papillen vorragend oder lochförmig ausgefallen, angeschwollen, seine Epithelien abgeschürft, leicht blutend bei Berührung mit dem Charpiepinsel dastand, wiesen allerdings zunächst auf Erkrankung der Schleimhaut hin, welche diesen Theil bis zur Einmündung in den Uterus überkleidet, aber sehr häufig war damit Blennorrhöe und Pyorrhöe des Uterus (nach Entbindungen, besonders vorzeitigen, nach Metritis, nach partieller Peritonitis) zugegen; in einzelnen Fällen bestanden Oophoritis und Seitwärtslagerungen des Uterus schon längere Zeit hindurch. In den meisten Fällen aber konnte man mit gänsefederkieldicken Sonden (Aetzmittelträgern) in den Kanal des Scheidentheiles leicht eindringen.

Die Behandlung war zunächst auf oft wiederholte und vollständige Reinigung des Scheidentheiles und der Scheide gerichtet, weshalb die kurz vorher erwähnten Einspritzungen am häufigsten Anwendung fanden; bei mässigen Entzündungserscheinungen wurde sofort der Kanal des Scheidentheiles kauterisirt, meistens mit *Argent. nitric. fusum*, seltener mit *Sulphas cupri*; längerwährende Abschürfungen der Vaginalportion selbst betupfte man mit *Argent. nitric. fusum, Sulphas cupri, Nitras hydrarg.* oder *Tinct. Jodii* (gewöhnlich 3 Mal wöchentlich). Zu Einspritzungen schritt man nur selten, schon deshalb, weil man mit dem eben berührten bequemen und schnell ausführbaren Verfahren meistens ausreichte; bekanntlich sind aber diese Einspritzungen auch kein gefahrloses Mittel und stehen in dieser Hinsicht in gar keinem Verhältnisse zu der Bedeutenheit des Leidens selbst [1]. Nur in sehr hartnäckigen Fällen (Skorbut, Skrophulose, zahlreiche vorausgegangene Leiden desselben Theiles) kam das Glüheisen und das Aetzkali (mit sehr günstigem Erfolg) in Anwendung.

Von dem in neuester Zeit wieder gerühmten Gebrauche balsamischer, dann speeifisch auf das Uterinalsystem wirkender innerer Mittel, sowie von jenem der Epispastica und „Revulsiva" auf Kreuz-, Becken- und Schoossgegend sind wir auch in diesem Jahre wieder abgestanden, nachdem mehrere Versuche theils fruchtlos, theils sehr ungünstig, gegenüber der örtlichen Behandlung, ausgefallen waren. — Verhältnissmässig weit häufiger als bei Männern, mussten bei den Blennorrhöen der Weiber Abführmittel gereicht werden. — Auffallend gering war die Zahl von Katarrh der Blase (2 Fälle, in einem Fall sehr reichliche Menge kohlensauren Ammoniaks) und von Pyorrhöe aus der Harnröhre mit Albuminurie (1 Fall), wobei die Quelle des Eiters höchst wahrscheinlich in der linken Niere zu suchen war.

Die Blenno- und Pyorrhöe aus dem Mastdarme, bei Männern höchst selten, kam bei Weibern wohl nicht sehr selten, aber immer in Verbindung mit Blennorrhöe der Genitalien, und hier oft mit Condylomen zusammen vor. Der *Coitus per anum* ist bekanntlich in Wien schon lange, durch die freundnachbarlichen östlichen Länder, eingebürgert worden. Die Behandlung ist nicht verschieden gewesen von jener der Vaginalblennorrhöe; man legte übrigens Charpiebäuschchen, zumal mit Kupfersalzlösungen, häufig ein; solche gefärbte Mittel dienen zur entsprechenden Ueberwachung ihrer wirklichen Anwendung.

Condylomata acuminata (88 Fälle unter 758 Kranken) bildeten eine sehr zahlreiche und meistens schon sehr lange bestehende Krankheitsform, immer begleitet von Scheiden- und (nur 9 Mal nicht) von Harnröhrentripper. Man fand die Warzen in Gruppen 31, zerstreut 41, vereinzelt 16 Mal, und zwar in Gruppen gewöhnlich auf den grösseren und kleinen Lippen, auf der Falte zwischen diesen und dem Schenkel; zerstreut auf eben denselben Stellen, mitunter ausgebreitet bis an die Mitte der inneren Schenkelfläche, rings um den After bis in die Falte oberhalb demselben, einmal bis in die Leistengegend, endlich rings um die Clitoris und die Harnröhre, am Scheideneingang und auf den noch vorhandenen Fransen des Hymens, einmal das untere Drittel der Scheide selbst wie besäet damit; vereinzelt und allein in der Harnröhre, mitunter sehr tief verborgen; an der Vaginalportion (1 Mal); zwischen und auf den Falten der Mastdarmmündung, bisweilen auch tief versteckt, auf den grossen Lippen zwischen den Haaren und auf der Schenkelfläche, hier als sogenannte *Condylomata subcutanea* (4 Mal).

Die Beseitigung der bestehenden Blennorrhöen war die erste Aufgabe der Behandlung, und derselben folgte, wo der Ort und die Zahl es eben nur zuliessen, die Ausrottung der Warzen sammt ihrem Mutterboden; die Schnittflächen wurden entweder sofort mit *Nitras arg. fus.* betupft, oder Lösungen von *Acetas* und *Sulphas cupri* oder *Zinci* (2–4 Gr. auf 1 Drachme destill. Wasser) mit Charpiebäuschchen darauf gelegt und dieser Verband täglich zweimal wiederholt. Als Aetzmittel substituirt man der Scheere das *Acid. nitric., sulphuric.* oder *acet.*; dann *Nitras mercurii solutus, Murias hydrarg. corros.* (1 Dr. auf 1 Unze *Spirit. vini rectificatus*). Die sogenannten *Condylomata subcutanea* wurden ausgedrückt und ihre Ursprungsstätten cauterisirt.

[1]) In mehreren Fällen haben wir selbst nach vorsichtiger Aetzung in dem Scheidentheile des Uterus leichtere Anfälle von Peritonitis und Oophoritis wahrgenommen.

Bei Schwangeren und sehr empfindlichen Kranken bestreute man in Gruppen gehäufte Warzen mit dem bekannten Gemenge von *Alum. usti* und *Pulv. frond. Sabinae subtiliss.* āā; dieselben schrumpften bisweilen wenigstens ein, und der Rest konnte dann durch die Corrosivlösung manchmal ganz beseitigt werden. Einzelne Kranke indessen (zumal Schwangere) verliessen die Anstalt nur noch mit einzelnen Warzen, und kehrten schon nach wenigen Wochen mit ungemein zahlreichen und ausgebreiteten Warzen wieder zurück. — In 2 Fällen widerstanden die Warzen auf den Lippen und Schenkelfalten allen Heilungsversuchen hartnäckig und wurden nur mit vollständiger Zerstörung der Haut (durch Salpetersäure und Schwefelsäure) endlich mit vertilgt.

Condylomata lata, welche mit gleichzeitigen Blennorrhöen, ohne ein Geschwür oder eine Narbe auf denselben oder an den Geschlechtstheilen überhaupt und um den After herum, ohne Erscheinungen der secundären Syphilis vorkamen, wurden unter die Gruppe blennorrhagischer Erkrankungen eingereiht und als rein örtliche Krankheitsprocesse — Folgeleiden von Blennorrhöen — angesehen. Ebenso waren wir bei den breiten Condylomen der Männer verfahren. Der gegenwärtige, noch unzureichende Stand unserer zuverlässigen Kenntnisse von den sogenannten breiten Condylomen rechtfertigt wohl diesen Vorgang. Es ergaben sich solche Formen 97 Mal unter 758 Fällen, und zwar:

auf den grossen Schamlippen hauptsächlich	31
auf den grossen und kleinen Lippen	9
auf den Lippen und um den Mastdarm herum	20
um den Mastdarm herum allein	5
an den Falten zwischen Lippen und Schenkeln allein	6
auf den vorerwähnten Theilen und an den Schenkelflächen	11
auf den vorerwähnten Theilen und dem Nabel	1
auf den Lippen und unter der Achsel	3
auf den Lippen und zwischen den Zehen	4
auf den Lippen und in dem äusseren Gehörgange	3
auf den Lippen, hinter dem Ohre und in der Nackengegend	2
auf den Lippen, um den Mastdarm, an der innern Schenkelfläche und an den Nasen- und Mundwinkeln	2
Summe	97

Niemals sahen wir das breite Condylom an Stellen, wohin die Hand, der Finger mit dem Nagel nicht gelangen konnte, am üppigsten ausgebreitet da, wo dasselbe von schärferen Flüssigkeiten (Eiter, Schleim, Hauttalg, Schweiss, Urin u. s. f.) ununterbrochen benetzt wurde. Alle Fälle breiter Condylome waren begleitet von Vaginalblennorrhöe; Urethralblennorrhöe aber fehlte nur bei 13 Fällen. Ein und dasselbe Individuum bot bisweilen alle Entwickelungsstufen des breiten Condyloms dar, an den Geschlechtstheilen beinahe immer die Entstehung von den berührenden älteren und grösseren Formen aufweisend.

Solche Condylome haben wir beobachtet bei Individuen fast aller Lebensalter, bei Individuen, an denen keine Narbe und kein Geschwür wahrnehmbar, bei denen ferner keine secundären Leiden in irgend einem System aufzufinden waren, die gewöhnlich schon mehrere Monate an diesen Condylomen litten, dann längere Zeit in bloss örtlicher Behandlung standen und dennoch keine Erscheinungen secundärer Syphilis erlitten, die später endlich wiederholt — in einem Falle binnen $2^1/_4$ Jahre fünf Mal — nur mit Blennorrhöen und Condylomen bloss an den und um die Lippen zur Behandlung gekommen waren. Mehrfache, auf sehr verschiedene Weise wiederholte Versuche, die Condylome — zumal die des Epitheliums beraubten, weichen, nässenden, eiterähnlichen, Schleim absondernden — durch Impfung auf entfernte Stellen zu übertragen, gelangen uns in diesem Jahre nicht, obwohl wir die Verbreitung derselben um Schamlippen und After herum genau in den Marken der Berührungsgegensätze oft genug wahrnahmen. Ueber die Dauer der Condylome geben die meisten Kranken keine befriedigenden Aufschlüsse; sehr viele hielten sich wegen derselben gar nicht, sondern nur der Blennorrhöen halber krank. Es ist kaum glaublich, zu welcher Ausbreitung einzelne Kranke breite Condylome über Geschlechtstheile, Schenkel, Gesäss u. s. f. gelangen lassen, ehe sie passende Hülfe suchen.

Das Heilungsverfahren bestand in örtlichen Mitteln; obenan die strengste Reinlichkeit und die Beseitigung der oft überaus profusen Blennorrhöen, dann häufige Benetzung der Condylome mit Aetzmitteln, unter denen wir am häufigsten von der Lösung des *Murias hydrarg. corros.* in *Spirit. vini rectific.* (1 Drachme in 1 Unze) wöchentlich 3—7 Mal Gebrauch machten. Bei härteren, derberen, diesem Mittel längere Zeit widerstehenden Condylomen wurden *Acid. nitric., Acid. sulphur., Nitras hydrarg., Kali caust., Murias zinci*, in einzelnen Fällen die Ausrottung durch schneidende Werkzeuge in Anwendung gezogen, letztere immer von sehr rascher Heilung der Schnittwunden gefolgt. Die hartnäckige Dauer und die Rückfälle in die Leiden bedingten einen verhältnissmässig längeren Aufenthalt der weiblichen Kranken in der Anstalt, wie denselben die Statistik nachweiset.

(Fortsetzung folgt.)

Das medicinisch-chirurgische Poliklinikum des Hrn. Prof. Dr. Burow in Königsberg, nebst einer Mittheilung über die in demselben beobachtete Wirkung des Collodium.

Von
Dr. Oscar Saemann,
praktischem Arzte zu Königsberg in Pr.

Das Poliklinikum des Hrn. Prof. Dr. Burow ist eines der segensreichsten Institute unserer Stadt. Segensreich ist es einmal dadurch, dass jährlich gegen 6000 Kranke in ihm bereitwillig ihre unentgeltliche Behandlung finden, dann dadurch, dass den hiesigen Studirenden ein grosses Feld für die Beobachtung eröffnet wird. Und doch wieviel grösseren Vortheil könnten beide Theile aus ihm schöpfen, wenn es unter günstigeren Verhältnissen bestände, als es bis jetzt der Fall gewesen ist. Während des achtjährigen Bestehens dieser Anstalt hat Hr. Prof. Burow seine Privatwohnung zur Abhaltung des Klinikum eingeräumt, ohne irgend eine Entschädigung seine ihm knapp zugemessene Zeit den Kranken gewidmet, und selbst bedeutende Geldopfer zur Beschaffung von Medicamenten und Verbandstücken für die gänzlich Unbemittelten nicht gescheut, um ein Institut zu erhalten, dessen Nothwendigkeit ausser allem Zweifel steht, und dessen heilsame Wirkungen wohl kein Unpartheiischer abzuleugnen vermag. Um so auffallender muss es erscheinen, dass dieser Anstalt von Seiten des Staates eine so geringe Aufmerksamkeit zu Theil geworden ist, und dass sie sich erst seit 2 Jahren einer jährlichen Unterstützung im Betrage von 200 Thlrn. zu erfreuen hat, einer Unterstützung, welche jedoch zu kärglich ist, als dass aus ihr ein wesentlicher Nutzen entspringen könnte.

Königsberg zählt ausser dieser Anstalt nur noch 3 Kliniken, ein medicinisches, ein chirurgisches Klinikum und ein medicinisches Poliklinikum; rechnen wir nun noch die grosse Entfernung unserer Stadt von anderen Universitätsstädten und die Armuth unserer Studirenden, welche ein Uebersiedeln nach einer andern Universität, auch selbst für eine kurze Zeit, erschweren, ja fast unmöglich machen, hinzu, so können wir begreifen, in welchem Nachtheil die hiesigen Mediciner sich befinden. Die geringe Zahl der Kliniken, in welchen der Studirende während seiner ganzen Studienzeit nur einen und denselben Lehrer hört, seine Theorien in sich aufnimmt und kein Kriterium für dieselben an Gegentheorieen gewinnt, müssen die Bildung desselben im höchsten Grade vereinseitigen und unselbstständig machen. Hr. Prof. Burow hat diese Mängel herausgefühlt, und mit seltener Aufopferung sein Poliklinikum gegründet, — man frage die Studirenden, wie dankend sie es ihm anerkennen! Sein umfassendes Wissen, seine praktischen Kenntnisse als Arzt wie als Operateur, sein unermüdlicher Forschungstrieb, neben einer grossen Neigung, dieses Alles zur Belehrung für die Jugend zu verwenden, befähigen wohl gerade ihn vorzüglich, jenen Uebelständen entgegenzuwirken. Wie sehr muss man es daher bedauern, dass seiner vollen ungetrübten Wirksamkeit sich so viele Hindernisse in den Weg stellen, deren Hinwegräumung ausser seiner Macht steht und nur von aussen her bewerkstelligt werden kann.

Hr. Prof. Burow hält das Poliklinikum in seiner Wohnung ab. Ist die Einräumung der Privatwohnung zu diesem Zwecke schon an und für sich ein Opfer, dessen Last man ihm wohl schwerlich länger aufbürden dürfte, so erwachsen auch noch eben aus diesem Umstande der Anstalt wesentliche Nachtheile. Denn erstens verliert sie hierdurch sowohl in den Augen des Publikums, wie besonders der Studirenden, das Ansehen eines Lehrinstitutes, und sinkt zu dem einer blossen gesellschaftlichen Zusammenkunft herab, bei welcher man gleichzeitig auch hier und dort etwas Gutes lernen kann, und zweitens muss eine Privatwohnung durch die Mannigfaltigkeit der in ihr befindlichen Gegenstände und Berührungspunkte die Aufmerksamkeit der Lernenden wie des Lehrenden theilen und vom eigentlichen Zwecke ablenken.

Noch viel fühlbarer als der Mangel eines besonderen Lokales, macht sich der eines Assistenzarztes. Während es sonst in Polikliniken so gehalten wird, dass aus der ganzen Summe von vorhandenen Krankheitsfällen nur die wichtigsten, für den klinischen Vortrag geeignetsten, vorher ausgewählt werden, die gewöhnlichen Fälle dagegen mehr eine cursorische Berücksichtigung erfahren und theilweise den Studirenden unter Leitung des Assistenzarztes anheimfallen, so muss in dieser Anstalt die ganze Masse der Kranken ohne Unterschied allein durch die Hände des einzigen Dirigenten gehen. Es bedarf keiner weiteren Erörterung, dass die wichtigen Fälle hierbei weniger ausführlich besprochen werden können, und dass eine Menge Zeit auf die Abfertigung ganz unwesentlicher Fälle verschwendet werden muss. Oberflächlichkeit ist eine unausbleibliche Folge hiervon. Auch gestattet die hierdurch sehr beschränkte Zeit es nur selten, dass das Krankenexamen von den Studirenden selbstständig angestellt werde, was durchaus nothwendig erscheint. Die Behandlung der vorgeführten Kranken zu Hause durch die Studirenden, sowie die Führung vollständiger Krankengeschichten, wird ebenfalls nur in einzelnen Fällen möglich, da der Dirigent allein unmöglich ohne Hülfe eines Assistenzarztes die Controlle darüber führen kann. Rechnen wir nun noch die geringe Dotation im Betrage von 200 Thlrn. neben der grossen Anzahl bedürftiger Kranken hinzu, wodurch oft die interessantesten Fälle der Beobachtung vollständig entzogen werden, so wird man zugeben, dass die Anstalt sich in den misslichsten Verhältnissen befindet. Eine unversiegbare Quelle werthvoller Beobachtungen könnte aus ihr fliessen, welche unter solchen Umständen der Wissenschaft vollständig verloren gehen.

Möge es mir vergönnt sein, aus den für das Jahr 1850 geführten Krankenregistern einen kurzen statistischen Bericht in runden Zahlen zu liefern. Unter den 6000 vorgeführten Fällen finden sich ausser den Tageskrankheiten, wie Chlorosis, Rheumatismus, Intermittens, Catarrhus, Gastricismus u. s. w.:

1500 Augenkrankheiten,
800 chronische Exantheme,
400 chirurgische Krankheiten, von welchen
150 der Operation anheimfielen,
300 Lungenkrankheiten,
200 syphilitische und gonorrhoische Krankheiten,
100 Nervenkrankheiten.

Schon vor 2 Jahren sind dem Hrn. Prof. Burow die Beschaffung eines klinischen Lokales, wie die Anstellung eines Assistenzarztes von der Regierung versprochen worden, sind jedoch bis zum gegenwärtigen Momente immer nur Gegenstände seiner Hoffnung geblieben.

Die Absicht des Referenten mit diesem Artikel war einmal, das Interesse für diese wichtige Anstalt auch in entfernteren und höheren Kreisen rege zu machen, dann aber auch durch ihn eine Reihe von Artikeln einzuleiten, welche Beobachtungen enthalten, gestützt theils auf gefällige Mittheilungen des Prof. Burow gegen mich, theils auf eigene Anschauungen in seinem Institute, dessen Schüler ich bin und dessen Beförderer ich sein möchte.

Das Collodium.

Das Collodium, dessen Entdeckung wir der neueren Zeit verdanken, gehört zu denjenigen Mitteln, welche in kurzer Zeit eine sehr ausgebreitete Anwendung gefunden haben. Versuchen wir uns zuerst seiner Eigenthümlichkeiten bewusst zu werden. Die Haupteigenschaften des Collodium bestehen darin, dass es stark klebt, aus dem hermetisch verschlossenen Glase an die Luft gebracht und etwa auf die äussere Haut aufgetragen noch vor Ablauf einer Minute durch Verdunstung des Aethers erhärtet, für die Athmosphäre eine impermeable Decke bildet und in sich eine starke Contraction erleidet, so dass an seinen Grenzen die Haut sich in kleine Fältchen legt. Alle diese Eigenschaften verliert es jedoch, wenn die äussere Haut nass ist. In diesen Eigenthümlichkeiten müssen wir nun auch den Grund finden, warum das Mittel sich in vielen Fällen vortrefflich bewährt, in anderen jedoch seine Wirkung versagt.

Bald nach Entdeckung glaubte man in ihm ein ausgezeichnetes Blutstillungsmittel gefunden und durch dasselbe die Ligatur der Gefässe fast überflüssig gemacht zu haben. Allein man hatte sich getäuscht, denn diesen Zweck erfüllt es gerade am wenigsten; ja eine noch vorhandene Blutung macht sogar seine anderweitige Anwendung z. B. zur Vereinigung von Wundrändern unmöglich, wie Herr Prof. Dr. Burow häufig zu erfahren Gelegenheit hatte. Selbst bei den oberflächlichsten Schnittwunden, die nur wenige Linien die äussere Bedeckung durchdrangen, gelang es nur sehr selten, durch Auftragen des Collodiums auf die vom Blute gesäuberte Stelle die unbedeutende Blutung zu stillen, weil das Blut schneller aus den Gefässen hervorquoll, als die Erhärtung des Collodium erfolgt war und auch selbst nach seiner Erhärtung, ein etwa sich bildender Bluttropfen die Decke abhob. Zur Stillung parenchymatöser Blutungen also zeigt sich das Collodium ganz unbrauchbar. Allein man könnte glauben, dass es wohl tauglich wäre, das Lumen spritzender Arterien zu verschliessen, da man diese ja isolirt hervorziehen und nun durch Compression mit den Fingern oder einer Pinzette dem andringenden Blute den Weg versperren könne, bis die Erhärtung des Collodium erfolgt sei. Auch hierzu zeigte es sich jedoch theils unbrauchbar, theils überflüssig. Kam die Blutung aus einer kleinen Arterie, so reichte die Compression oder Torsion vollständig aus, kam sie aus einer geöffneten Arterie, so riss die gegen den Collodiumpfropf drängende Blutsäule denselben los. Am wenigsten scheint es rathsam zu sein, bei tiefliegenden grösseren Arterien das Collodium als Blutstillungsmittel anzuwenden, da ausser der Gefahr einer wiederkehrenden Blutung noch der Umstand hinzukommt, dass der Collodiumpfropf als fremder Körper in der Wunde zurückbleibt, während die Ligatur später entfernt werden kann.

Keineswegs also könnte das Collodium die Ligatur ersetzen oder überflüssig machen, vielmehr ist seine Anwendung als Blutstillungsmittel auf wenige Fälle beschränkt, wie z. B. auf den Fall, dass Blut-

egelsticlie bei Kindern oder überhaupt bei leucophlegmatischen Subjecten zu lange bluteten, in welchem Falle man es jedoch auch ohne Nachtheil entbehren könnte.

Den ausgedehntesten Gebrauch vom Collodium macht Herr Prof. Burow bereits seit einem Jahre zur Vereinigung von Wundrändern, und zwar in der Weise, dass er nach Anlegung der umwundenen Naht dasselbe mit einem Pinsel in der ganzen Länge der Wundspalte und in der Breite vom Ein- bis zum Ausstichpunkte der Nadeln auf die Haut und den sie bedeckenden Faden aufträgt und sogleich nach Erhärtung des Collodium die Nadeln entfernt. Das Collodium hält durch seine Fähigkeit sehr stark zu kleben die Wundränder fest zusammen, bringt sie dadurch, dass es sich in sich noch contrahirt, in die innigste Berührung zu einander und fällt sammt dem Faden nach Verlauf von etwa 7—8 Tagen von selbst ab.

Der Hauptvorzug dieser Collodiumnaht vor der einfachen umwundenen Naht besteht darin, dass eben die Nadeln, welche als fremde Körper in der organischen Substanz mehrere Tage liegen, nicht selten zur Eiterung Anlass geben und so der beabsichtigten *prima intentio* entgegenwirken, häufig auch z. B. an den Augenlidern, an dem Nasenwinkel für den Kranken höchst belästigend sind, hier sogleich entfernt werden können. Hierzu kommt noch, dass die Collodiumdecke dem Staube oder anderen äusseren schädlichen Potenzen ein undurchdringliches Hinderniss setzt, dass durch die innige und an allen Punkten gleichmässige Berührung der Wundränder eine äusserst feine Narbe erzielt wird, die sonstige Anwendung von Heftpflasterstreifen sowohl vor, als nach Entfernung der Nadeln gänzlich überflüssig ist, dass man der Ungewissheit aus dem Wege geht, ob am 3. oder 5. Tage die Vereinigung bereits eine so vollkommene sei, dass man die Nadeln entfernen könne, ohne befürchten zu müssen, die Wunde werde wieder aufplatzen, und dass man endlich den Kranken nöthigenfalls sogleich sich selbst überlassen kann. War der Substanzverlust zu gross, die Spannung der Wundränder nach ihrer Vereinigung durch die umwundene Naht eine zu bedeutende, so begnügte sich Hr. Prof. Burow damit, einen Theil der Nadeln zu entfernen, und nur an den Stellen, welche der Spannung am meisten ausgesetzt waren, hier und dort eine Nadel stecken zu lassen, welche er jedoch auch dann schon am folgenden Tage entfernte. Bei der grossen Anzahl von Fällen, in denen ich die Collodiumnaht anlegen sah, war der Erfolg mit sehr wenigen Ausnahmen der günstigste. Selbst bei Kindern, an denen die Operation der Hasenscharte, oder die Exstirpation eines Atheroms oder Hygroms an den Lippen gemacht war, hielt die Collodiumnaht die Wundränder zusammen, trotzdem sich diese Kinder sehr unruhig geberdeten. Eiterung trat nur in den Fällen ein, in welchen die Wunde nicht mehr frisch war und mit der Vereinigung *per primam intentionem* eigentlich nur ein Versuch gemacht worden war. Man könnte glauben, dass die Collodiumdecke, falls Eiter sich bilden sollte, diesem den Weg nach aussen versperre und so zur Eitersenkung Veranlassung gebe, allein diesen Einwand widerlegte die Erfahrung, dass der sich bildende Eiter, so wie jede andere unter der Collodiumdecke befindliche Flüssigkeit, diese von selbst abhob.

Folgende Momente verdienten bei der Anwendung der Collodiumnaht noch besondere Berücksichtigung. Die Blutung in der Wunde musste vollkommen gestillt sein, bevor die umwundene Naht angelegt wurde, die Wundränder mussten accurat abgetrocknet, so wie etwa aus den Stichpunkten hervorquellende Bluttropfen aufgetaucht werden, bevor das Collodium aufgetragen wurde; auch erwies es sich als zweckmässig, nicht so viele Fadenschlingen um die Nadeln zu legen wie gewöhnlich, und die Wundränder durch den Faden einander nicht zu stark zu nähern, da durch die später erfolgende Contraction des Collodium selbst in einem solchen Falle die Wundränder nach innen umgebogen wurden.

Ohne Zweifel kann die Collodiumnaht den in der jüngsten Zeit von Vidal angewandten *Serres fines*, welche von mancher Seite her gelobt werden, über welche jedoch hier noch die nöthigen Erfahrungen fehlen, würdig zur Seite gestellt werden.

Eine anderweitige Anwendung des Collodium ist die gegen Frostbeulen und Verbrennungen. Seine Wirkung scheint hier wohl wesentlich darauf zu beruhen, dass es über der erkrankten Stelle eine für die Athmosphäre impermeable Decke bildet, dieselben, da es ohnedies auch ein schlechter Leiter ist, vor Temperaturwechsel schützt, warm hält und bei fehlender Epidermis diese ersetzt. Dass dem im Collodium enthaltenen Aether auch ein Theil der Wirkung zuzuschreiben sei, ist nicht ganz unwahrscheinlich, da gegen Pernionen Waschungen mit Branntwein, Campherspiritus, *Liq. Ammon. caust.*, *Liq. Ammon. spir.*, so wie gegen Pernionen und Verbrennungen Bepinselungen mit Höllensteinsolution zu den längst empfohlenen Mitteln gehören. Genug, das Collodium hat auch hier in vielen Fällen vortreffliche Dienste geleistet.

Eine sehr überraschende Wirkung erzielte Herr Prof. Burow durch die Anwendung des Collodium bei Orchitis, indem er es auf das ganze Scrotum dick auftrug. Während des Auftragens, so wie kurze Zeit nach demselben, empfand der Kranke einen bedeutenden Schmerz, man sah, wie der *Musc. cremaster* durch Reflex in krampfhafte Contractionen versetzt wurde und bemerkte bald nach Erhärtung des Collodium ein Zusammenschrumpfen der Geschwulst. Schon nach Ablauf von 24 Stunden, während welcher Zeit das Collodium zweimal aufgetragen wurde, war die Geschwulst auf ein Minimum reducirt, der Schmerz verschwunden und die Orchitis als gehoben zu betrachten. Man thut gut, sich nicht mit einer Bepinselung im Verlaufe eines Tages zu begnügen, sondern sie noch ein oder mehrere Male zu wiederholen, da durch die fortwährende Verkleinerung der Geschwulst das erhärtete spröde Collodium platzt und in einzelnen Schuppen abfällt. Das Collodium scheint hier ganz auf dieselbe Weise wie die Fricke'sche Pflastercompression zu wirken, nämlich wesentlich durch den Druck und dessen die Resorbtion befördernde Kraft. Auch hier könnte die reizende Eigenschaft des Aethers wohl einigen Antheil an der günstigen Wirkung des Mittels haben, da ja auch das Betupfen des angefeuchteten Scrotums mit Höllenstein eine bekannte und nicht unzweckmässige Heilmethode ist. Die Vorzüge des Collodiumgebrauchs vor der Pflastercompression bestehen darin, dass der Schmerz, obgleich im Anfange ein bedeutender, ein nicht so lange anhaltender ist; dass das Aufstreichen des Collodiums ein durchaus einfacher, rasch durch den Kranken selbst ausführbarer, die Einwickelung mit Pflasterstreifen ein complicirter, zeitraubender und nur durch einen Sachverständigen zu bewerkstelligender Akt ist, dessen Unbequemlichkeit dadurch noch vermehrt wird, dass nach kurzer Zeit die Pflaster wegen Lockerheit des Verbandes erneut werden müssen.

Vor nicht langer Zeit wurde das Collodium gegen *Erysipelas faciei* sehr angelegentlich empfohlen, indem durch seine äusserliche Anwendung mehrere Fälle eines solchen Erysipelas hergestellt worden waren, nachdem die sonst üblichen Curmethoden mit Emetica, Purgantia u. s. w. ihre Wirkung versagt hatten. Durch diese Empfehlung angeregt, machten wir auch hier damit mehrere Versuche, welche jedoch vergebens waren. In 3 Fällen wich nach 8tägiger Behandlung mit Collodium das Erysipelas nicht um einen Schritt, während es nach einem nun gereichten Emeticum schon nach 48 Stunden beseitigt war. Bedenken wir, dass das Auftreten eines Erysipelas fast immer von gastrischen Symptomen begleitet ist, dass viele Individuen ihr ganzes Leben hindurch von demselben in gewissen Zwischenräumen heimgesucht werden, so möchte es wohl kaum zu bezweifeln sein, dass dasselbe nur der Reflex eines tieferen inneren Leidens ist, und dass man mit einer äusserlichen Behandlung allein nicht viel rascher zum Ziele gelangen wird, als wenn man die Krankheit sich selbst überliesse. Wenn in jenen oben erwähnten Fällen nach vergeblicher (?) Anwendung der Emetica und Purgantia durch Collodium das Erysipelas beseitigt wurde, so vergesse man nicht, dass eben bereits die gastrischen Symptome durch die dem Collodium vorhergehende Cur bekämpft waren, und dass man es nun nur noch mit einem bloss örtlichen Leiden zu thun hatte, zu dessen Hebung allerdings das Collodium beigetragen haben wird. Die einzige Folgerung, zu welcher man hiernach berechtigt ist, ist die, dass das Collodium eine gute äusserliche Beihülfe zu der innerlichen Behandlung des Erysipelas gewährt — und als solche kann es auch seine wissenschaftliche Rechtfertigung finden.

Schliesslich will ich noch erwähnen, dass wir uns hier dreimal nach der Operation des Symblepharon des Collodiums mit Glück bedienten, um die getrennten wunden Augenlidstellen vor der abermaligen Verwachsung zu bewahren.

Grosse Geschwulst in der Achselhöhle.

Von

Professor Dr. Burow

in Königsberg in Pr.

(Hierzu eine lithographirte Abbildung.)

Im Juni v. J. erschien in der chirurgischen Poliklinik ein Landmann aus der Nähe des Städtchens Labiau, in der Absicht, mir eine ungewöhnlich grosse Geschwulst zu zeigen, welche ihm aus der linken Achselhöhle hervorwucherte. Er trug dieselbe in einem grossen leinenen Beutel, welchen er mittelst eines breiten Riemens auf der rechten Schulter unterstützte, so dass das Ganze das Ansehen einer gefüllten Jagdtasche hatte. Ein treues Bild der Geschwulst wird der Leser aus der beigefügten Lithographie entnehmen, welche nach einem Daguerreotyp mit genauer Beobachtung der räumlichen Verhältnisse entworfen ist.

Der Kranke war überaus mager, ohne gerade ein kachektisches Ansehen zu haben; die Geschwulst selbst schien ein einfaches Lipom zu sein. Ihr erster Ursprung hatte sich in der Achselhöhle, und zwar,

wie es schien, unter dem Pectoralmuskel gebildet. Vor etwa 20 Jahren hatte Patient sie zuerst wahrgenommen. In den ersten 15 Jahren war das Wachsthum nur langsam vorgeschritten, so dass sie vor 5 Jahren kaum die Grösse eines Kinderkopfes erreicht hatte. In den letzten Jahren hatte sie sich aber mit unglaublicher Schnelligkeit und gleichzeitig mit bedeutender Beeinträchtigung der Ernährung des Kranken, ohne sonstige wesentliche Störung des Allgemeinbefindens, vergrössert.

Eine sehr grosse Anzahl beträchtlicher Venenstämme, von denen die stärkeren die Dicke eines kleinen Mannsfingers hatten, sah man vom Arm über die Basis der Geschwulst, nach dieser hin verlaufen. Die ernährende Hauptarterie war stärker, als die Brachialis eines kräftigen Mannes.

Ich erbot mich, den Kranken durch die Operation von seinem lästigen Leiden zu befreien, Patient aber weigerte sich, und erklärte, dass ein anderer Arzt, der, wie er sich ausdrückte, die Messer zur Operation schon bereit gelegt, dieselben mit den Worten wieder eingepackt habe: „Lieber Mann, ich will an Ihnen nicht zum Mörder werden!" Nur nach vielfachem Zureden gelang es, den Kranken dazu zu bestimmen, dass er sich der Operation unterwarf; ich verrichtete dieselbe am Morgen des 17. Juni in folgender Art.

Bei dem tiefen Eindringen der letzten Verzweigungen des Lipoms in die Achselhöhle schien es mir zu gewagt, dasselbe bis in seine letzten Verbreitungen hin auszuschälen; ich durchschnitt deshalb den Stiel, der etwa einen Umfang von 18 Zoll haben mochte, in der Substanz der Fettgeschwulst selbst, so dass also ein kleiner Theil in der Achselhöhle zurückbleiben musste. Die Durchschneidung machte ich vom Rücken her in der Art, dass ich, vorsichtig in die Tiefe präparirend, einen jeden Venen- und Arterienstamm, sowie er in der Wunde sichtbar wurde, mit zwei Ligaturen umstach, und dann erst zwischen denselben durchschnitt. Der Haupt-Venen- und Arterienstamm wurde zuletzt durchschnitten und vor ihrer Durchschneidung an dem Centralende umstochen. Als die mächtige Geschwulst zu Boden fiel, zeigte sich das merkwürdige Phänomen, dass aus der offenen, zuletzt durchschnittenen Venenmündung in einem mehr als 12 Zoll hohen Bogen ein Blutstrom fast eine Minute lang ergossen wurde, der über 3 Pfund Blut aus der dem Körper nicht mehr angehörigen Geschwulst entleerte, offenbar nur durch die eigene Schwere, mit der die Masse des Afterprodukts auf die in ihm enthaltenen Gefässe drückte.

Die Geschwulst wog $27\frac{1}{2}$ Pfund, hatte einen Umfang von 36 Zoll und mass von dem Schnitte der einen Seite bis zu dem der entgegengesetzten, über die Basis gemessen, 42 Zoll; sie bestand fast nur aus Fett. Schnitte, welche in verschiedenen Richtungen in sie gemacht wurden, liessen an drei Stellen kalkartige Concrementanlagen wahrnehmen, von denen die grösste etwa die Grösse einer Mannsfaust haben mochte, die kleinste den Umfang einer wälschen Nuss. Die chemische Untersuchung zeigte, dass diese Ablagerungen fast nur aus phosphorsaurem Kalk bestanden, das Mikroskop wies ausserdem eine grosse Menge von Cholestearinkrystallen nach. Bei der Operation waren 15 Unterbindungen nöthig gewesen; in den nächsten zwei Tagen traten noch drei Mal Nachblutungen ein, welche noch vier Unterbindungen nothwendig machten.

Die Heilung selbst ging mit unglaublicher Schnelligkeit vor sich; obgleich noch grosse Stücke des zurückgebliebenen Lipoms in der Wunde abstarben und durch Brand abgestossen wurden, hütete der Kranke doch nur vier Tage das Bett, machte mir am 6. Tage nach der Operation einen Besuch, und trat bereits am 15. Tage, als allerdings die Wunde noch nicht vernarbt war, die Rückreise nach seinem von hier 5 Meilen entlegenen Wohnorte zu Fuss an. Bekannte von mir haben den Kranken noch vor Kurzem, vollkommen geheilt und sehr viel besser genährt als früher, gesehen und sich von seinem vollständigen Wohlsein überzeugt.

Dieser Fall betrifft, soviel ich weiss, das zweitgrösste Lipom, welches je beobachtet und exstirpirt worden ist (A. Cooper exstirpirte eine 58 Pfund schwere Geschwulst), und hat grosse Aehnlichkeit mit dem im Journal der Chirurgie und Augenheilkunde im 27. Bande beschriebenen Falle von Thormann.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Braunschweig vom 1. April 1850 bis zum 31. März 1851.

Von

Prof. C. W. F. Uhde.

In dem bezeichneten Zeitabschnitte wurden in der chirurgischen Klinik 284 Kranke an folgenden Krankheiten behandelt.

Phlegmone 12.
Combustio 4.
— oris 2.
Abscessus 8.
— colli c. tracheae perforatione 1.
Furunculi 13.
Carbunculus 1.
Decubitus sphacelosus 1.
Panaritia 15.
Stomacace 1.
Ulcera 17.
— am Collum uteri 2.
— syphilitica 49.
Ulcus prominens 1.
Fistula ani 1.
Condylomata 15.
Gonorrhoea 4.
Polypus faucium 1.
Roseola syphilitica 3.
Erythema 1.
Eczema 1.
Rupia 1.
Impetigo 5.
Ecthyma 3.
Lepra vulgaris 1.
Lupus 2.
Hydrops genu 1.
Hygroma cysticum patellare 2.
Desmophlogosis 5.
Coxarthrocace 3.
Podarthrocace 1.
Nodus syphiliticus 1.
Exostosis hallucis 1.
Necrosis tibiae 2.
Varicocele 2.
Inflammatio tonsillarum 2.
Bubones 18.
Orchitis (d. 2. s. 1) 3.
Contusiones 8.
Vulnera 17.
Commotio cerebri 2.
Fractura calvariae 1.
— maxillae superioris 1.
— costae 3.
— claviculae 1.
— scapulae 2.
— olecrani 1.
— antibrachii 1.
— metatarsi 2.
— femorum 1.
— condyli externi femoris 1.
— cruris 1.
Articulatio cruris falsa 1.
Distorsiones 2.
Hernia inguinalis ext. incarc. 1.
Genu valgum 1.
Paralysis antibrachii nach einem Falle auf den Ellenbogen 1.
Phimosis 2.
Tumor cysticus 1.
Sarcoma medullare femoris 1.
Carcinoma maxillae sup. 2.
— penis 1.
— uteri 1.
Abscessus palpebrae sup. 2.
Conjunctivitis 5.
Ophthalmoblennorrhoea 2.
— gonorrhoica 1.
Nubeculae corneae 1.
Pannus 2.
Staphyloma corneae 1.
Iritis 1.
Cataracta 2.
Amblyopia 5.

Während jenes Zeitraumes wurden folgende Operationen verrichtet:

Application des Ferrum candens
bei Carcinoma uteri 1.
bei Exulceratio colli uteri 1.
bei Coxarthrocace 1.
Application d. Lallemand'schen Aetzträgers beim chron. Tripper 1.
Operatio ankyloblephari part. 1.
— cataractae 2.
Exstirpatio polypi faucium 1.
— carcinomatis maxillae sup. 2.
— sarcomatis femoris 1.
Operatio tumoris cystici ad nuch. 1.
Operatio abscessus abdominis 1.
— phimoseos 2.
Amputatio penis 1.
Operatio fistulae ani 1.
Exarticulatio phalangum digit. 3.
Amputatio digit. manus bei Ulcus prominens 1.
Operatio hygromatis cystici patell. 2.
— exostoseos hallucis 1.
Trepanatio tibiae 1.
Resectio tibiae 1.
Exarticulatio pedis nach Syme 1.

In jener Zeit sind gestorben an:

Fractura antibrachii sinistri, Delirium tremens 1.
Phlegmone telae cellulosae abdominis, Delirium tremens 1.
Omarthrocace 1.
Combustio oris 1.
Fractura calvariae, vertebrarum, costarum etc. 1.

In der ambulatorischen Klinik sind 267 Kranke an folgenden Krankheiten behandelt:

Phlegmone 7.
Combustio 7.
Abscessus 19.
Furunculi 17.
Panaritia 35.
Ulcera 9.
Omphaloncos 1.
Condylomata 1.
Gonorrhoea 9.
Urticaria 2.
Erythema 4.
Erysipelas 1.
Eczema 8.
Herpes 2.
Impetigo 3.
Prurigo 3.
Pithyriasis 1.
Lepra 1.
Purpura 1.
Hygroma cysticum pat. 1.
Desmophlogosis 9.
Periostitis 1.
Olecranarthrocace 1.
Coxalgia 1.
Caries 1.
Inflammatio tonsillarum 3.
Epulis 1.
Stomacace 1.
Otitis externa 3.
Bubones 5.
Tumores scrophulosi 5.
Nodi syph. 2.
Hernia inguinalis ext. lib. 2.
— umbilicalis 2.
Prolapsus uteri 1.
Oedema penis 1.
Vulnera 27.
Contusiones 25.
Distorsiones 8.
Curvaturae rhachiticae 2.
Luxatio humeri 1.
— phalangum digitorum 1.
Fractura ossis frontis 1.
— antibrachii 1.
— pollicis 1.
Conjunctivitis 11.

Phlyctaenae 2.	Cataracta 2.
Keratitis 2.	Amblyopia 2.
Iritis 1.	

Ausser dem Zahnausziehen, der Eröffnung von Panaritien, Abscessen, ausser der Anwendung von Speculis, Kathetern, Bougies, und ausser der Fontanellbildung, dem Aetzen und Einziehen von Haarseilen wurden noch nachstehende Operationen im herzogl. Krankenhause gemacht:

Extraction einer kurzen Nadel aus dem Ohre 1.	Operatio steatomatis nach Mayor 1.
Extraction eines Eisenstückchens aus dem Auge 1.	Exstirpation von Atheromen 1.
Lösung des Zungenbändchens 2.	Operatio paronychiae nach Dupuytren 1.
Operatio phimoseos 1.	Amputatio digiti 1.

1. *Exostosis phalangis secundae hallucis.*

Diese Exostosis, welche nach Legoupil zuerst der Versailler Chirurg André (1756) beschrieben und operirt haben soll, ist von Dupuytren einer besonderen Aufmerksamkeit gewürdigt und in Liston's *Practical surgery* abgebildet.

Gemeiniglich kommt sie auf der oberen Fläche der zweiten Phalanx des Hallux vor, verdrängt beim Heranwachsen den Nagel und verursacht einestheils dadurch, anderntheils durch die Erzeugung von schwammigen Auswüchsen nicht geringe Beschwerden beim Gehen. Nach den Schriftstellern darüber entsteht dieselbe aber auch an allen Flächen der grossen Zehe. Sie sitzt in der Regel mit einer breiten Basis auf, hat ein celluloses Gefüge und ist mehr oder weniger pyramidenförmig. In den beiden von mir behandelten Fällen war sie nach Druck der Fussbekleidung bei sonst gesunden jungen Männern entstanden.

Eine bis dahin mir fremde Form habe ich kürzlich beobachtet, worüber ich mir folgende Mittheilung erlaube.

Am 13. Jan. 1851 nahm A. St., ein gesunder 22jähriger Mensch aus S., meine Hülfe wegen eines sogenannten eingewachsenen Nagels der grossen Zehe des rechten Fusses in Anspruch. Er erzählte, dass ihm vor etwa einem halben Jahre der Stiefel heftig die grosse Zehe gedrückt habe, worauf eine in Eiterung übergegangene Entzündung an dem äusseren Rande des Nagels entstanden sei, welche bis zur Zeit mit Wucherungen bestehe, obwohl letztere sammt der äusseren Hälfte des Nagels V-förmig und tief exstirpirt seien. Auch fügte er hinzu, dass an dem äussersten Rande der Wucherungen ein feiner nadelspitzenähnlicher Rest des Nagels sich befände, der sich trotz allen Abschneidens stets wieder erzeuge und das Gehen fast unerträglich mache.

Der Nagel war an der äusseren Seite auf ein Paar Linien weggeschnitten, und an einen sogenannten eingewachsenen Nagel war nicht zu denken. Indess die vom Nagel entblösste Stelle, so wie 2 Linien weiter nach aussen hin, war mit leicht blutenden Fungositäten besetzt, welche im äussersten Drittheile nach vorn zu eine feine biegsame, kaum hervorragende Knochenspitze verbargen. Diese wurde mittelst einer Scheere möglichst weit entfernt, und die Fungosität tüchtig mit *Lapis infern.* bestrichen.

Wiewohl bis zum 19. Febr., um welche Zeit St. sich in das Herzogl. Krankenhaus aufnehmen liess, die Fungosität öfters geätzt war, wich sie dennoch nicht. Da ergab eine sorgfältige Untersuchung mit einer feinen Sonde, dass die kaum in den Fungositäten fühlbare Spitze, von einer schmalen, etwa der Dicke zweier Kartenblätter gleichen, senkrecht auf der äusseren Seite des zweiten Phalanx stehenden, vom vorderen Drittheile bis zur Articulation derselben reichenden Exostose herrühre.

Behufs der Entfernung des Knochenauswuchses wurde dieser durch einen V-förmigen Schnitt blossgelegt und mit Hülfe eines starken Bistouris von der Phalanx gelöst. Diese Operation ist langwieriger und schmerzhafter als die von Sue, Velpeau, Liston, Lenoir vorgeschlagene und ausgeführte Exarticulation der Phalanx. Da aber das Dupuytren'sche, sowie A. Cooper'sche Verfahren weniger gefährlich ist (bis jetzt soll nur ein von Blandin im Hospital Beaujon Operirter danach gestorben sein), dasselbe meistens radical wirkt, und zugleich einen beim Gehen nicht unwichtigen Theil erhält, so ist es der Exarticulation vorzuziehen, und diese nur im schlimmsten Falle in Anwendung zu ziehen.

Am 17. März war der Patient geheilt, und ist bis jetzt noch keine Spur eines Recidivs bemerkbar. Bei dem Manne, wo ich am 23. Sept. 1847 die von den Franzosen benannte *„Exostose sous-onguéale“* nach vorheriger Entfernung des Nagels mit dem Messer und durch zweimalige Application des *Ferrum candens* beseitigt habe, ist bisher, ungeachtet er den ganzen Feldzug in Schleswig-Holstein mitgemacht hat, eine Exostosis nicht wieder aufgetreten.

(Schluss folgt.)

Miscellen.

Kurze Notiz über die Behandlung der Wechselfieber mit grossen Dosen Chinin.

Von

Professor Heyfelder in Erlangen.

In der Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin zu Berlin vom 28. April d. J. ward die Behandlung der Wechselfieber durch grosse Gaben Chinin in der fieberfreien Zeit besprochen, wie sie namentlich durch Pfeufer und Meyer den Fieberkranken gereicht zu werden pflegen. — Ich erlaube mir, darauf aufmerksam zu machen, dass Bretonneau in Tours schon im Jahre 1823 auf solche Weise verfuhr, indem er allen Wechselfieberkranken 12 Gran schwefelsaures Chinin oder 3 bis 4 Drachmen gepulverte Chinarinde in einem Schütteltranke unmittelbar nach dem Paroxysmus reichte. Wandte der ebengenannte Arzt das Chinin oder die Chinarinde in diesen grossen Gaben an, so war ein Fieberrückfall nicht zu besorgen, den er im Gegentheil nicht allzuselten beobachtet zu haben scheint, sobald er geringere Dosen, als die angeführten, verordnete. Das Verfahren Bretonneau's wurde durch mich im Jahre 1824 zur Kenntniss der deutschen Aerzte gebracht in einem Aufsatze: „Ueber die an der Loire und besonders in Tours endemisch herrschenden Wechselfieber, und das mit Erfolg gegen dieselben angewandte schwefelsaure Chinin“, in Harless rheinisch-westphäl. Jahrbb. für Medicin, Bd. I. St. 2. S. 18—21.

Im Jahre 1825 und 1826 behandelte der Regimentsarzt Dr. Walz in der Festung Saarlouis die Wechselfieberkranken, welche in jenen Jahren häufig in der Garnison vorkamen, in der Bretonneau'schen Weise, nur reducirte er die Chinindosis auf 9 Gran, und gab der angeführten Chinadose im Schütteltrank noch den Vorzug vor dem Chinin, indem sie noch sicherer, als das Chinin, die Wechselfieber für immer coupire.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Dem Stabsarzte Dr. Vogl beim 1. Armee-Corps und dem Reg.-Arzte Dr. F. v. Sicherer vom 4. Inf.-Reg. das Ritterkreuz des Verdienst-Ordens vom heil. Michael.

Personalveränderungen. Baden. Versetzt: Physikus Bodonius in Salem als solcher nach Neckargemünd.

Preussen. Befördert: Der Assistenz-Arzt Dr. Hoffmann vom Garde-Artill.-Reg. zum Bat.-Arzte des 3. Bat. 18. Landw.-Rgts. Verabschiedungen: Den Bat.-Aerzten Dr. Stephan vom 1. Bat. (Aachen) des 25. Landw.-Reg. und Scholz vom 3. Bat. (Unruhstadt) des 18. Landw.-Reg. ist der Abschied mit der gesetzlichen Pension bewilligt. Versetzt: Die Bat.-Aerzte Dr. Birckner, zeither beim Garde-Reserve-Infant.-(Landw.-)Reg. zum 1. Bat. des 25. Landw.-Reg. und Dr. Bein vom 3. Bat. (Düsseldorf) des 4. Garde-Landw.-Reg. zum 2. Bat. (Düsseldorf) des 17. Landw.-Reg. Angestellt: Der aus dem Hohenzollernschen Dienste übernommene Bataillons-Arzt Weltin beim 3. Bat. des 4. Garde-Landw.-Reg.

Todesfall. Preussen. Bat.-Arzt Dr. Nehls vom 2. Bat. des 17. Landw.-Reg.

Sonnabend, № 25. 21. Juni 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber Froschgeschwulst.

Von

Dr. Albert Haller.

(Fortsetzung aus No. 23.)

Es scheint nun nach den angeführten Untersuchungen in der Ranula-Flüssigkeit das Schwefelcyankalium, welches sich doch im Speichel zu finden pflegt, nicht vorhanden zu sein; dieses spräche also offenbar gegen die Identität jener Flüssigkeit mit dem Speichel. Dagegen ist aber allerdings nicht zu übersehen, dass dieser Bestandtheil nach Lehmann [1]) auch im Speichel keineswegs ganz constant vorkommt. Wir können also, zumal wir so wenige Untersuchungen über den Inhalt der Ranula besitzen, aus diesem Umstande offenbar keinen sicheren Schluss ziehen. Anders verhält es sich, wenn, wie aus der Untersuchung von Gorup-Besanez hervorzugehen scheint, das Ptyalin in der Ranula-Flüssigkeit fehlte, da dieses im Speichel sich finden müsste. Allerdings scheint in der Untersuchung von Gmelin dieses Stoffes Erwähnung gethan zu sein, doch so unbestimmt, dass ich darauf gar keinen Schluss gründen kann, zumal es sich wohl auch in anderen thierischen Substanzen findet, wenn schon er dort, wie Lehmann [2]) behauptet, nicht durchaus mit dem des Speichels identisch ist. Die Anwesenheit jenes Stoffes, den Gmelin für eine Modification des Albumins, Gorup-Besanez für Natronalbuminat, Scherer dagegen für Mucus hält, kann auch nicht sicher entscheidend sein. Auf die Frage nach dem Wesen jenes Stoffes einzugehen, kann ich mir allerdings nicht anmaassen. Wenn es aber, wie Lehmann [3]) angiebt, feststeht, dass Eiweiss bei krankhaften Zuständen einer Drüse häufig in ihrem Secrete vorkommt; wenn andererseits die Gegenwart von Mucus im Secret der Unterkieferdrüse angenommen werden muss [1]); so darf also daraus kein Schluss gezogen werden. Was die übrigen vorgefundenen organischen Stoffe betrifft, so sind sie zu wenig charakteristisch, um von Werth zu sein. Von den übrigen mineralischen Bestandtheilen ist namentlich auf die phosphorsauren Salze aufmerksam zu machen, die, wie es scheint, im Speichel constant [2]), in der Ranula-Flüssigkeit gar nicht vorkommen, was allerdings auffallend erscheinen muss.

Was die mikroskopische Beschaffenheit beider Flüssigkeiten betrifft, so lässt sich, obgleich im Speichel der Unterkieferdrüse gar keine morphologischen Bestandtheile vorkommen sollen, daraus offenbar kein sicherer Schluss ziehen; das Vorkommen jener scheinbaren Entzündungskugeln ist bei dem abnormen Zustande der Wände der Geschwulst in jedem Falle erklärlich.

Fassen wir nun das Ergebniss dieser Vergleichung der beiden Flüssigkeiten zusammen, so stellt sich als Resultat heraus, dass es höchst unwahrscheinlich ist, dass die von Gmelin und Gorup-Besanez untersuchten Flüssigkeiten Speichel gewesen sind, woraus allein freilich noch nicht folgt, dass nicht vielleicht andere ähnliche Geschwülste Speichel enthalten. Berücksichtigen wir aber die schon früher erhobenen Bedenken dagegen, so muss auch dieses Resultat zu ihrer Verstärkung dienen. Nicht zu übersehen aber ist, dass die Zusammensetzung der Ranula-Flüssigkeit bis in ihre kleinsten Details hinein schon darum noch nicht ganz feststeht, weil nur erst sehr wenige Untersuchungen vorliegen, und weil wir auch in den untersuchten Fällen von den Symptomen zu wenig wissen, was bei der schon entwickel-

[1]) Lehmann, Lehrbuch d. physiol. Chemie. 2. Aufl. Leipz., 1850. Bd. I. p. 464.
[2]) Lehmann l. c. Bd. II. pag. 15.
[3]) Lehmann l. c. Bd. I. pag. 352.

[1]) Jacubowitsch l. c. pag. 24.
[2]) Jacubowitsch l. c. pag. 23.

Feuilleton.

Die Heilkunde unter den Burmesen.

(Nach Berichten englischer Aerzte.)

Von

Dr. Helfft in Berlin.

In Burmah wird die Heilkunst von Priestern und Laien betrieben. Die ersteren sind auf natürlichem Wege Aerzte geworden, weil, wie bei allen bhoodistischen Völkern, die Wissenschaften mit der Religion eng verbunden sind und in den heiligen Büchern wissenschaftliche Gegenstände mit abgehandelt werden. Um ein Priester zu werden, muss man nothwendiger Weise ein Philosoph sein. Die bhoodistischen Priester gleichen den Mönchen, sie bilden einen von dem weltlichen gesonderten Stand, betreiben kein Geschäft, sondern bringen ihr ganzes Leben mit dem Lesen der heiligen Bücher und Predigen hin; sie wohnen in Klöstern oder Kyomys, sind dem Cölibat unterworfen und dürfen an manchen Orten selbst kein weibliches Wesen zu Gesicht bekommen; sie leben von Almosen und bereiten sich nicht selbst ihre Nahrung zu, aus Furcht, den Tod eines lebenden Geschöpfes zu verursachen; sie können keine Besitzthümer erwerben und halten die gewöhnlichen Beschäftigungen der Menschen ihrer hohen Stellung für unwürdig, indem sie sich fortwährend bestreben, die höchste Stufe eines tugendhaften Lebenswandels zu erreichen und himmlischen Lohn dafür zu erndten. Es findet eine auffallende Analogie zwischen ihnen und der katholischen Geistlichkeit statt. Sie tragen eine besondere Kleidung, scheeren das Haupthaar, bedienen sich des Rosenkranzes, thun unzählige Bussen für begangene Sünden und leben hin und wieder als Einsiedler. Ehrgeiz scheinen sie nicht zu besitzen, und Propaganda zu machen ist ihnen fremd, denn ihre eigene Suprematie und die der Religion wird so allgemein anerkannt, dass die gewöhnlichen menschlichen Leidenschaften sich zu entwickeln keine Gelegenheit finden. In die Angelegenheiten der Nation mischen sie sich nicht und geben nur ihren Rath, wenn er verlangt wird, nur zuweilen stellen sie bei Geburten das Horoscop, und sagen aus den Sternen wahr. Ihr Glaube untersagt ihnen jedoch, wie es auch bei den katholischen Priestern der Fall ist, die Ausübung mancher Zweige der Medicin, wie der Geburtshülfe, der Behandlung der Syphilis und chirurgischer Operationen. Sie praktisiren indess nur gelegentlich, aus Mildthätigkeit, nicht des Gewinns oder der Ehre wegen; geniessen eines hohen Rufes und werden oft in verzweifelten Fällen consultirt.

Eine Klasse von Laien hat sich indess allmälig die medicinische Praxis angeeignet und grosses Ansehen unter den Burmesen verschafft; dieselben stehen gewöhnlich noch anderen Aemtern vor, sind z. B.

ten grossen Unbestimmtheit des Begriffs der Ranula nicht ohne Bedeutung sein kann.

Vergleichen wir endlich die Zusammensetzung und Beschaffenheit der Concretionen in der eigentlichen Ranula mit denen der wahren Speichelsteine, wie sie aus vielen Beobachtungen [1]) hervorgehen. Es muss uns hier schon auffallen, dass im oben angeführten Falle von Berghem sich eine so grosse Anzahl von Concretionen fand, während, wo man, nach den Symptomen zu urtheilen, es mit echten Speichelsteinen zu thun hatte, stets nur ein oder ein paar grössere Steine gefunden wurden. Berghem fand sie locker und zerreiblich, während sie sonst häufig hart sind. Was freilich die chemische Prüfung ergiebt, lässt keinen sicheren Schluss zu, da die Analyse von Berghem mir mindestens zu wenig ausführlich bekannt ist. Ja auch die übrigen Verschiedenheiten, wie sie oben genannt wurden, sind allerdings in mancher Beziehung noch nicht recht entscheidend, namentlich wenn wir beachten, dass in vielen Fällen Speichelsteine besonders viel kohlensauren Kalk enthalten sollen [2]), in anderen Fällen wieder nicht [3]), dass also die Zusammensetzung der Speichelsteine nicht ganz constant scheint.

Ueberblickt man nun noch einmal das oben Auseinandergesetzte, so wird man gestehen, dass es gewiss ist, dass sehr viele Fälle von Ranula mit dem Drüsenapparat in keinem Zusammenhange stehen; dass aber überhaupt eine Entstehung der Ranula durch Speichelanhäufung mehr als unwahrscheinlich wird, weil sie durch nichts bewiesen ist; weil Speichelanhäufung andere Symptome zur Folge haben müsste und notorisch auch hat; weil überhaupt eine so starke Ausdehnung der eigentlichen Speichelgänge nicht anzunehmen ist, Ruptur derselben aber und secundäre Sackbildung auf falschen Annahmen basirt ist; weil die von den Anhängern jener Ansicht angegebenen ätiologischen Momente kaum jemals constatirt werden; weil die häufigen Recidive dadurch nicht zu erklären sind und die gegen Ranula wirksamste Behandlung gegen jene Geschwülste gar nicht am Orte wäre.

Betrachten wir nun die zweite Ansicht von dem Wesen der Ranula, welche in ihr eine Balggeschwulst mit neugebildetem Balge sieht, die also als Hygroma u. s. w. zu bezeichnen wäre, so können wir uns keineswegs verhehlen, dass sie viel Plausibles hat. Allerdings besteht die Geschwulst aus einem Balge mit mehr oder weniger flüssigem Inhalt; ihr Bildungsort ist das Zellgewebe; ihre Symptome sind entsprechend; ja auch die wenigen anatomischen Untersuchungen lassen sich dahin deuten. Von manchen Fällen der Ranula ist eine solche Entstehung sogar mehr als wahrscheinlich gemacht; ja auch die Anhänger anderer Ansicht geben meist zu, dass Bildung von eigentlichen Balggeschwülsten unter der Zunge vorkommt, wenn schon sie diese Geschwülste von eigentlicher Ranula trennen wollen. Dass allerdings Bildung von Parasiten auch unter der Zunge statthaben kann, wird auch durch manche Beobachtungen erwiesen, wie durch die von Dupuytren [4]), wo die Geschwulst ein Lipom war.

Was nun zuerst die Fälle betrifft, von denen nach der pathologisch-anatomischen Untersuchung anzunehmen ist, dass sie zu den Balggeschwülsten gehören, so ist zuvörderst zu beachten, dass sie sich auf angeborene Ranula beziehen. Dahin gehören die Beobachtungen von Redenbacher, Völkers u. s. w., wie auch die von Breschet, von denen schon die Rede war; ja auch in Palletta's Falle [1]) war es allem Anschein nach eine angeborene Ranula, obgleich er sich auf ein im Waisenhause ausgesetztes Kind bezieht, von dessen Vergangenheit sich nichts Gewisses sagen liess. Beachtet man nun, was schon über den ursprünglichen Sitz dieser Geschwülste gesagt worden ist, indem dieser nicht eigentlich unter der Zunge zu sein scheint, so muss es wahrscheinlich werden, dass diese Geschwülste nur uneigentlich unter Ranula zu rechnen sind, obschon sie sich in praxi häufig nicht wohl davon mögen unterscheiden lassen. Wenn es aber auch als erwiesen betrachtet werden kann, dass manche Fälle von *Ranula congenita* zu den Balggeschwülsten zu rechnen sind, so lässt sich doch daraus weder auf alle Fälle von *Ranula congenita*, noch auf die erworbene Ranula schliessen, da während des selbstständigen Lebens doch wohl noch manche ätiologische Momente zu berücksichtigen sein werden, die während des Uterinlebens nicht da sind.

Auch der Fall von Bendz lässt sich als Cystenhygrom deuten, wenn man, um die fibrocartilaginöse Beschaffenheit der Bälge zu erklären, zur Annahme von chronischer Entzündung derselben seine Zuflucht nehmen will; ich hoffe aber weiter unten zu zeigen, wie man ihn auch anders erklären kann. Dasselbe gilt von den Jobert'schen Fällen.

Allerdings ist die Bildung von Balggeschwülsten unter der Zunge *a priori* nicht zu leugnen, sie verliert aber an Wahrscheinlichkeit, wenn man beachtet, dass sich Balggeschwülste besonders gern da bilden, wo viel Bindegewebe sich findet, während unter der Schleimhaut des *Pavimentum linguae* nur weniges straffe Bindegewebe liegt. Sind doch überhaupt eigentliche Balggeschwülste unter einer Schleimhaut, wie schon Kyll [2]) angiebt, zum mindesten sehr selten. Wenn sich daher ein anderer Weg zeigt, auf dem sich die Bildung der Ranula ungezwungen erklären lässt, so dürfen wir wohl kaum anstehen, uns für denselben zu erklären.

Was die Entstehung der Ranula aus einer erweiterten Schleimdrüse bei verstopftem Ausführungsgange betrifft, so lässt sich nicht übersehen, dass nach allen Erfahrungen eine solche wohl möglich ist, da sie für manche Geschwülste an der übrigen Schleimhaut der Mundhöhle, die ganz ähnliche Symptome zeigen, durchaus anzunehmen ist und sich auch unter der Zunge Schleimfollikel finden. Allerdings aber sind diese Drüsen unter der Zunge sehr viel seltener, als sonst in der Mundschleimhaut; es stimmt daher die Häufigkeit der Ranula nicht ganz hiermit überein. Auch können wohl gewiss nicht alle Fälle so erklärt werden, was ja auch schon Dupuytren [3]) selbst nicht hat gestatten wollen, da für manche Fälle doch wohl die Grösse der Geschwulst zu bedeutend erscheint, um eine solche Erklärung annehmen zu lassen.

Wenn nun aber auch eine solche Entstehung mancher Geschwülste unter der Zunge nicht geleugnet werden kann, so wird sich doch aus dem anatomischen Verhältniss einiger Anhalt für die Diagnose ergeben, der den Arzt in den Stand setzen muss, diese Geschwülste von der eigentlichen Ranula zu scheiden. Es hat nämlich die Ranula ihren

[1]) Nicod bei Pétrequin l. c. pag. 110. — Posselt und Poggiale bei Chelius l. c.
[2]) Nicod bei Pétrequin l. c.
[3]) Lehmann l. c. Bd. II. pag. 27. — Poggiale bei Chelius l. c.
[4]) Dupuytren l. c. T. III. pag. 327.

[1]) S. oben.
[2]) Kyll l. c.
[3]) Dupuytren l. c.

---

gleichzeitig Schullehrer. Den Aerzten wird nicht die Erlaubniss zur Praxis ertheilt, sondern das Publicum frägt gewöhnlich diejenigen um Rath, die sich allgemeine Anerkennung erworben. Sie erlernen die Heilkunst in einem Kloster bei den Priestern, und gewöhnlich ist der ärztliche Stand in gewissen Familien erblich. Die Anatomie wird nicht praktisch betrieben, dennoch besitzen sie manche überlieferte, aber falsche Kenntnisse, und so glauben sie, es gäbe 300 Knochen, 900 Muskeln, 900 Venen u. s. w. Physiologie und Chemie sind ihnen völlig unbekannt; jedoch bedienen sie sich einer sehr grossen Anzahl von Mitteln, mit deren Wirkung auf den Körper sie vertraut sind, und die sie in bestimmten Formeln verordnen. Die Verschiedenheit der Constitution und der Einfluss der Jahreszeiten wird ihnen sorgfältig gelehrt. Es ist eine durchgängig empirische Heilkunst, welche nicht auf die Ursachen, sondern nur auf die Wirkungen Rücksicht nimmt, auch mit der Pathogenie der Krankheiten sich nicht beschäftigt, sondern nur ihre hervorstechendsten Symptome und ihre Ausgänge kennen zu lernen strebt.

Die Krankheiten der Burmesen unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht von den unsrigen. Unterleibsleiden, Sumpffieber, Rheumatismen, Pocken, syphilitische und lepröse Affectionen kommen sehr häufig vor. Zuweilen wird der Beriberi beobachtet, hin und wieder Bronchitis und Pneumonie, auch wohl Phthisen, doch in weit geringerer Menge. Auch gehören Geistesstörungen und Nervenkrankheiten nicht zu den ungewöhnlichen Erscheinungen, dagegen werden dyspeptische Zustände und Nierenkrankheiten selten angetroffen.

Zur Bekämpfung dieser Krankheiten bedienen sie sich einer grossen Anzahl von Heilmitteln, unter denen Opium, Hyoscyamus, Catechu, G. Kino, Camphor, Areca und alle Arten von Gewürzen, ferner Calcaria, Antimon, Arsenik, Mercur, *Ol. Ricini* und *Fol. Nicotianae* besonders hervorzuheben sind. Ihre Formeln sind sehr complicirt, so dass bisweilen mehr als 60 Substanzen in einem Präparat zusammengestellt erscheinen. Am liebsten verordnen sie Pillen und Abkochungen. Ein sehr gebräuchliches Mittel ist das Tabasheer, der eingedickte Saft des Bambusrohrs, welcher eine grosse Menge Kieselsäure enthält.

Bemerkenswerth ist, dass sich unter den Aerzten in den letzten Jahren zwei Parteien gebildet haben, von denen die eine Arzneien in enormen Quantitäten reicht, die andere aber nur sehr selten pharmaceutische Mittel anwendet und sich mehr auf diätetische Vorschriften beschränkt.

Nach den Fiebern nehmen die Unterleibskrankheiten den ersten Rang ein. Die Nahrung der Burmesen besteht hauptsächlich aus Fischen, verschiedenen Arten von Reis, Milch und mannigfachen Vegetabilien, zumal Capsicum und Gewürzen. Sie essen kein Fleisch, weil sie die Hausthiere nicht schlachten wollen, obwohl sie sie verzehren, wenn sie ihnen geschlachtet vorgesetzt werden. Um die Säuren ihrer Speisen zu neutralisiren, nehmen sie gewöhnlich ein- oder zweimal täglich

Sitz im Zellgewebe unter der Schleimhaut; sie ist also zwar von der Schleimhaut bedeckt, hängt aber nicht eigentlich mit ihr zusammen. Dagegen liegen die Schleimfollikel in der Schleimhaut selbst, müssen also, wie schon Jobert [1]) angiebt, wesentlich mit ihr zusammenhängen; die aus ihnen entstandenen Geschwülste werden demnach oberflächlich sitzen, nicht so gross werden, und durchaus mit der Schleimhaut verbunden sein, so dass sie sich zwar mit dieser, nicht aber unter ihr verschieben lassen. Allerdings aber verlieren diese Argumente an Bedeutung, wo durch Entzündung, Ruptur oder Operationen ein innigeres Verwachsen des Sackes der Geschwulst mit der Schleimhaut hat stattfinden können; in solchen Fällen wird die Diagnose gewiss auf grosse Schwierigkeiten stossen. Doch kann das wohl noch keinen Grund abgeben, nicht wenigstens die theoretische Verschiedenheit beider Geschwülste zu behaupten. Aus der Praxis lassen sich übrigens für die besprochene Art Geschwülste kaum sichere Beispiele anführen; auch von dem Fall, welchen Jobert [2]) als *„grenouillette folliculaire"* aufführt, ist nicht recht klar, warum er ihn so nennt.

Endlich ist noch die Fleischmann'sche Ansicht von dem Wesen der Ranula zu besprechen, und hier ist auf folgende Punkte vorzüglich aufmerksam zu machen.

Es existiren bekanntlich im menschlichen Körper vielfach Höhlungen, die, ins Zellgewebe gebettet, von einer eigenthümlichen, den serösen Membranen ähnlichen Haut umgeben, einen flüssigen Inhalt besitzen, und die man übereingekommen ist, Schleimbeutel zu nennen. Sie finden sich hauptsächlich zwischen Sehnen oder auch Muskeln, oder unter ihnen auf den Knochen, oft aber auch unter der äusseren Haut, und besonders immer da, wo stärkere Reibung der Theile aneinander stattfindet. Sie sind keineswegs ganz constant, wenn schon es Orte giebt, wo sie sich stets finden. Es scheint vielmehr bisweilen sich an Stellen, wo sich für gewöhnlich nichts Derartiges findet, wahrscheinlich wegen individueller Disposition der Theile, gleichfalls ein solcher Sack ausbilden zu können. Sie stehen nach dem oben Gesagten, wie es scheint, auf der Gränze zwischen den normalen und abnormen Bildungen. Auch solche Schleimbeutel können erkranken und zeichnen sich dabei hauptsächlich aus durch eine grosse Neigung zu erhöhter Secretion der enthaltenen Flüssigkeit, was sie mit den serösen Membranen gemein haben. Die Secretion dieses Inhaltes wird dabei offenbar durch die umgebende Membran selbst unterhalten, wodurch die Schleimbeutel wiederum den krankhaften Bälgen ebenso, wie den anderweitigen Synovialmembranen gleichen.

Eine wichtige Krankheitsform nun der beschriebenen Schleimbeutel ist diejenige, welche man unter dem Namen des *Hydrops bursae mucosae* begreift; eine entweder in Folge intensiverer Entzündung oder häufiger nur durch chronische Reizung entstandene quantitativ, wie auch qualitativ abnorme Secretion ihres Inhaltes. Durch die Ansammlung solcher grösseren Massen der Flüssigkeit wird die Membran selbst ausgedehnt, der Schleimbeutel erscheint äusserlich als Geschwulst, die den Cysten und Balggeschwülsten durchaus ähnelt, daher wohl auch Hygrom genannt worden ist. Wird aber die Membran auf diese Weise extendirt, so wird es begreiflich, dass, wenn sie im gesunden Zustande schon dünn war, sie nun wohl reissen kann, wobei dann die bedeckenden Theile den Inhalt entweder durch eine gleichzeitige Ruptur ausfliessen lassen oder infiltrirt werden. Wichtig aber ist die grosse Neigung der gerissenen Membran rasch wieder zu verheilen, um, wenn die Bedingungen der Krankheit anders noch fortdauern, jene Ansammlung des Inhaltes von Neuem hervorzubringen. Doch bringt die fortdauernde Krankheit häufig auch Verdickung der Wandungen zu Wege und kann dadurch zur Verhütung einer Ruptur der Geschwulst beitragen; ja es kann wohl auch ein höherer Grad der Entzündung der Wände eintreten, so dass er Verklebung der Wände durch Exsudat und spätere Verwachsung und Verschwinden der Höhlung hervorruft. Hierauf beruht die radikale Heilung der Krankheit.

Der Inhalt der Schleimbeutel, der im normalen Zustande aus Synovia besteht, verändert sich bei dieser Krankheit auf verschiedene Weise, indem er häufig wässrig, oft aber auch mehr gallertig erscheint, sich häufig trübt und verschiedene feste Körper enthält, über deren Entstehung die Ansichten sehr verschieden sind [1]). Die Form der Geschwülste ist im Ganzen die der Schleimbeutel im gesunden Zustande, kann aber verschiedene Ausbuchtungen und Verlängerungen bilden, je nach der stellenweise grösseren oder geringeren Resistenz der umgebenden Theile und der einschliessenden Membran selbst. Die Störungen, welche eine solche Geschwulst hervorbringt, beruhen auf dem Druck, den sie auf die benachbarten Theile ausübt, wenn nicht etwa entzündliche Affectionen des Sackes und der Umgebung da sind.

Dr. Fleischmann [2]) nun war es, der unter der Zunge einen eben solchen Schleimbeutel entdeckte. Ueber die anatomischen Verhältnisse desselben habe ich mich schon oben ausgesprochen. Es ergiebt sich daraus, dass Hyrtl [3]) allerdings Recht hat, wenn er behauptet, zwischen den *Musculis genioglossis* liege kein Schleimbeutel, indem dieser sich vielmehr an der äusseren Seite dieser Muskeln findet. Jobert [4]) beschreibt seine ursprüngliche Lage nicht; auch scheint er kaum eigene Untersuchungen in Betreff desselben angestellt zu haben, da er sonst wohl schwerlich behaupten könnte, der Sitz der aus dem Schleimbeutel entstehenden Ranula sei tief. Froriep [5]) giebt nicht allein die Existenz des Schleimbeutels zu, sondern beschreibt auch seine Lage ziemlich genau entsprechend der obigen Beschreibung. Nélaton [6]), der doch die übrigen Schleimbeutel ziemlich ausführlich abhandelt, erwähnt seiner dagegen ebensowenig, wie die anderen Schriftsteller.

Dass nun dieser Schleimbeutel, dessen Existenz wenigstens in den meisten Fällen angenommen werden muss, gleichfalls jener Krankheit, welche als *Hydrops bursae mucosae* bekannt ist, unterworfen ist, dagegen spricht wohl kein Grund. Tritt aber eine solche Affection ein, so müssen die Symptome derselben denen der Ranula entsprechen. Es wird nämlich dann meist ohne merkliche Vorboten, oder nach Zeichen deutlicher Entzündung eine mehr oder weniger langsam sich entwickelnde Geschwulst entstehen, welche, im Zellgewebe des Raumes zwischen dem *Musc. genioglossus*, *mylohyoïdeus* und der *Glandula*

[1]) Jobert l. c. T. I. pag. 404.
[2]) Jobert l. c. T. I. pag. 432.

[1]) Bidder, über Entstehung fester Körper in den von Synovialhäuten gebildeten Höhlungen. In Henle und Pfeufer, Zeitschrift für rationelle Medicin. Bd. III. Heidelberg, 1845. pag. 99.
[2]) Fleischmann l. c.
[3]) Hyrtl l. c. Bd. I. pag. 313.
[4]) Jobert l. c. T. I. pag. 402.
[5]) Neue Notizen aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde von Dr. L. F. v. Froriep und Dr. R. v. Froriep. 1842. Bd. XXI. pag. 346.
[6]) Nélaton l. c. T. I. pag. 406.

---

eine geringe Menge Kalk oder Catechu zu sich. Einige Gran *Calcaria usta*, sorgfältig bereitet und mit Cochenille gefärbt, werden in das Blatt einer zu der Familie der Piperaceen gehörenden Pflanze gewickelt; gleichzeitig nehmen sie ein Stück der Betelnuss in den Mund, und wenn die ganze Masse gehörig gekaut ist, werden die Zähne mit einem Tabakblatt gerieben. Ihre Diät erfordert stets den Gebrauch von Antacidis und solcher adstringirender Mittel; ein nothwendiger Luxusartikel, den der ärmste nicht entbehren kann.

Hat sich eine Dysenterie eingestellt, so suchen sie die Ausleerungen durch die stärksten Adstringentia zu unterdrücken und stets mit glücklichem Erfolge: wenngleich hier immer ein entzündlicher Process obwaltet, so ist er doch mehr passiver Natur, und somit der Nutzen solcher Mittel erklärlich.

Die Pocken behandeln sie auf sehr zweckmässige Weise. Sie kennen die einzelnen Stadien und die Ausgänge der Krankheit sehr wohl. Sparsame Diät, gehörige Ventilation der Zimmer, und kaltes Wasser, auch mit einer geringen Menge Antimon versetzt, bilden die alleinigen Heilmittel. Bisweilen waschen sie den ganzen Körper oft mit kaltem Wasser und haben nie nachtheilige Folgen eintreten sehen.

Der Rheumatismus nimmt vorzugsweise die Form chronischer wandernder Schmerzen an, kommt sehr häufig vor, ist aber nie mit fieberhaften Erscheinungen verbunden. Auch die europäischen Soldaten pflegen nie an akuten rheumatischen Anfällen zu leiden. Gegen die chronischen Schmerzen werden Bäder, das Kneten der Haut (Shampoö) und Gegenreize, hauptsächlich mit dem Saft einer Euphorbiacee, welcher schnell Blasen auf der Haut bildet, in Gebrauch gezogen.

Die Syphilis gehört zu den hartnäckigsten Krankheiten und wird durch die Art ihrer Behandlung noch verschlimmert. Speichelfluss rufen sie durch Rauchen von Dämpfen erhitzten Quecksilbers hervor und unterhalten ihn einige Zeit hindurch. Secundäre Affectionen werden in grosser Menge beobachtet, besonders phagedänische Geschwüre der Haut, die von einem eigenthümlichen kachektischen Zustande begleitet sind, der, wenn er sich einmal entwickelt hat, selten gehoben wird. Ein englischer Arzt heilte solche Geschwüre sehr schnell durch grosse Dosen Canthariden.

Der allgemeinen Blutentziehungen bedienen sie sich selten oder niemals, und auch Blutegel wenden sie fast gar nicht an, indem entziehende Mittel nie nothwendig erscheinen, auch ihre ganze Lebensweise sie nicht indicirt und heftige entzündliche Affectionen, wie in kälteren Klimaten, ganz unbekannt sind.

(Schluss folgt.)

sublingualis sitzend, die Schleimhaut erhebt, die Muskeln auseinander drängt, daher allmälig aussen am Halse erscheinen kann, auf die Zunge drückt, daher ihre Bewegungen beim Sprechen, Schlingen erschwert, ja auch durch Druck auf die Drüse wohl Reizung derselben hervorbringen, oder auch durch Druck die Richtung der Zähne verändern kann. Die Gestalt der Geschwulst wird meist rund oder länglich sein; häufig aber wird sie sich nach einer oder der anderen Seite in Ausbuchtungen oder scheinbare Gänge fortsetzen können. Sie wird häufig aufbrechen und sich entleeren können, immer aber sich schnell von Neuem füllen; die Wände des Sackes werden sich dabei mehr und mehr verdicken, ja knorplig fibrös werden können, so dass endlich die Geschwulst wohl ganz fest erscheint. Alle diese Symptome sind aber durchaus denen gleich, die wir für die Ranula festzuhalten haben, sprechen also für die Identität beider Affectionen.

Auch der Inhalt der Geschwulst in den untersuchten Fällen spricht nicht dagegen, denn schon die normale Synovia besteht aus Wasser, Albumin, Extractivstoffen und Salzen [1]), welche alle wir in der Ranula-Flüssigkeit gleichfalls gesehen haben. Auch die festen Körper sprechen nicht dagegen, da sie im Falle von Berghem ganz denen aus einem *Hygroma patellare* ähnlich scheinen, die Prof. Bidder [2]) beschrieben hat. Auch die radikale Behandlung der Ranula, wie sie schon erwähnt wurde, und weiter unten genauer auseinander gesetzt wird, beruht nach dem Erwähnten auf demselben Princip, wie die der Schleimbeutelwassersucht, da sie Entzündung und Verwachsung oder Auseitern des Sackes bezweckt.

Was die Fälle anbetrifft, wo sich die Ranula aus vielen Säcken bestehend fand, so lässt sich dabei wohl an die häufigen Varietäten denken, die im Allgemeinen die Schleimbeutel zeigen; findet man doch die *Bursa subcutanea patellaris* bald doppelt, dreifach, bald wieder einfach oder auch durch Septa in mehrere Fächer getheilt [3]), wie sich dasselbe wohl auch an anderen Stellen zeigt, warum sollte nicht ein ähnliches Verhältniss auch mit der *Bursa sublingualis* statthaben? Allerdings ist dieses meines Wissens noch nicht im gesunden Zustande bei Menschen nachgewiesen, ausser in einem Falle an einer Frau von Dr. Fleischmann, wo sich ein unvollkommenes Septum fand, um so häufiger aber von demselben Schriftsteller an verschiedenen Säugethieren; aber sind denn überhaupt schon hinreichend viele Untersuchungen des Schleimbeutels angestellt, um daraus auf die Frequenz dieser Erscheinung schliessen zu dürfen? Mir scheint das noch durchaus nicht der Fall zu sein, und ich möchte daher die erwähnten Beobachtungen von Bendz, Jobert u. A. durch solche Varietäten erklären, indem in diesen Fällen die sämmtlichen Säcke, welche an Stelle des einen sich gewöhnlich findenden vorhanden waren, von der Krankheit gleichmässig befallen wurden.

Noch einen Einwurf macht namentlich Hyrtl [4]), indem er den Nachweis verlangt, dass der Schleimbeutel etwas Constantes sei; es ist aber wohl nicht recht einzusehen, warum ein solcher Nachweis durchaus nothwendig wäre, ehe diese Natur der Ranula angenommen wird. Wenn es überhaupt gewiss ist, dass die Anwesenheit des Schleimbeutels sehr häufig ist, dass er, wie angegeben, erkranken kann, und diese Erkrankung das Bild der Ranula darbieten muss, ist dann nicht mehr Grund da, bei einem Falle von Ranula die Anwesenheit des Schleimbeutels auch im gesunden Zustande vorauszusetzen, als Neubildung einer Cyste, wie Hyrtl will, anzunehmen, deren Entstehung unter einer Schleimhaut sonst kaum mit Sicherheit beobachtet ist?

So sehe ich mich durch die vorhergehenden Argumentationen bewogen, für dasjenige Krankheitsbild, welches von allen Schriftstellern einstimmig als Ranula bezeichnet wird, die Ansicht, welche dasselbe von einer Schleimbeutelwassersucht herleitet, als die wahrscheinlichste von allen festzuhalten, indem ich dabei nochmals erinnere, dass freilich mindestens viele Fälle von angeborner Ranula nur uneigentlich hierher zu rechnen, vielmehr wesentlich als *Hygromata colli congenita cystica* zu bezeichnen sind.

[1]) Krause, Handbuch der menschlichen Anatomie. 2. Aufl. Hannover, 1841. Bd. I. Th. 1. pag. 108.

[2]) Bidder l. c.

[3]) Rust, theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie. Berlin und Wien, 1833. Bd. IX. pag. 355. — Nélaton l. c.

[4]) Hyrtl l. c. Bd. I. pag. 281.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der städtischen Kranken-Anstalt zu Königsberg in Pr.

Von

Dr. Lange.

1. Krebs der Leber und des rechten Oberschenkels.

Eduard L., brünett, 24 Jahre alt und ziemlich kräftig, angeblich in seiner Jugend nie krank, kam, nachdem er noch 8 Tage zuvor das Vieh gehütet hatte, den 5. Oct. 1847 zu Fuss in die Krankenanstalt. Er klagte über Schmerzen im Unterleibe, der rechten Schulter, dem rechten Hüftgelenke und in der *Incisura ischiadica*. Der Unterleib war gespannt, zahlreiche varicöse Venen verliefen auf demselben und besonders auf seiner rechten Seite, und erstreckten sich fast bis zum *Manubrium sterni*. Ziemlich in der Mitte der Leber ragte ein, eine starke Mannsfaust grosser, unebener, höckeriger Körper von ungleicher Consistenz hervor; an einzelnen Stellen fühlte er sich derb, an anderen weich, fast fluctuirend an, unzweifelhaft ging er von der Leber aus oder hing mit ihr zusammen, ein zweiter solcher, fast gleich grosser Körper befand sich unter demselben, aber ganz seitlich, wohl ebenfalls von der Leber ausgehend, und fast bis an den Hüftbeinkamm reichend, die Brust bot hinten etwas dumpfen Ton dar, das Respirationsgeräusch war an einzelnen Stellen wie bei Oedem. An der schmerzhaften rechten Schulter nichts Krankhaftes wahrnehmbar, der rechte Oberschenkel etwas geschwollen, Puls aufgeregt, aber nicht fieberhaft, Appetit noch ziemlich gut. Der Angabe nach hatte der Kranke vor 3 Monaten ohne alle Veranlassung den Unterleib aufschwellen gefunden, diese Anschwellung hatte allmälig zugenommen und war schmerzhaft geworden.

Es war wohl kaum zweifelhaft, dass man es hier mit einer krebsigen Entartung zu thun habe, die der Oertlichkeit nach die Leber betraf. Mit der Diagnose war auch das Unvermögen, irgend welche Hülfe bringen zu können, festgestellt, es wurde daher nur des Namens der Krankheit wegen *Solutio Fowleri*, und weil die Schmerzen stark waren, in dieser gelöst, Morphium gegeben. Bedeutende Verstopfung, die durch Klystiere nicht gehoben worden, bedingte am 9. Oct. die Darreichung von *Infus. senn. compos.*, wonach reichlicher Stuhlgang eintrat.

Den 11. Oct. stellte sich sehr bedeutendes Fieber mit Brechneigung ein, der Arsenik war seit 2 Tagen schon ausgesetzt worden, weil man sich von der Nutzlosigkeit desselben überzeugt hatte, — der Kranke erhielt eine *Saturat. Kali carb.* ℥vj mit *Aq. lauroceras.* ʒij, und da der Schmerz in der rechten Schulter und der Hüfte immer unerträglicher wurde, vom 12. Oct. ab früh und Abends ½ Gr. *Morph. acet.*, wodurch aber auch nur eine unbedeutende Schmerzerleichterung errungen wurde. Opium, welches ich meist rascher und sicherer den Schmerz lindernd gefunden habe, wollte ich wegen der wieder eingetretenen Stuhlverstopfung nicht geben. Am 15. Oct. Morgens erscheint plötzlich der rechte Oberschenkel weit mehr geschwollen, und so nach aussen gebogen wie bei einer Fractur, dabei fand auch eine so bedeutende Beweglichkeit statt, dass ein Knochenbruch höchst wahrscheinlich war. Die ohnehin heftigen Schmerzen waren stets bei jeder Berührung gesteigert worden, jetzt fanden sie wo möglich in noch erhöhterem Grade statt, so dass der immer wimmernde Kranke laut aufschrie, und eine genauere Untersuchung nicht gestattete. Bei diesen Schmerzen und der Unbeholfenheit des Kranken wäre ein Verband unmöglich gewesen, aber auch nutzlos, daher verharrte der Kranke in seiner Lage. Es konnte wohl der Fall sein, dass auch Krebs des Oberschenkelknochens stattfände, der Kranke aufgestanden oder aus dem Bette gefallen und der Knochen zerbrochen wäre. Wärterin und Kranker stellten aber diese Entstehungsweise in Abrede, andererseits war es nicht wahrscheinlich, dass bei dem blossen Umwenden des Körpers ein Bruch erfolgt sein sollte. Der Krebs der Leber fühlte sich heute in grösserem Umfange und weicher an; wenn diese Stelle percutirt einen sehr hellen Ton gab, so war dieser wohl von dem unterliegenden Magen fortgeleitet. Ohne besondere Veränderung im Zustande trat der Tod in der Nacht vom 19. zum 20. Oct. ein.

Section am 20. Oct. Die Gehirnhäute blutreich, ebenso das Gehirn, das dabei fest war. In den Ventrikeln kein Serum. Die Lungen, beide nur zweilappig, füllten die Brusthöhle ganz aus, deren Raum durch das von den Unterleibseingeweiden nach oben gedrängte Zwerchfell beengt war; sie waren frei von Tuberkeln, sehr derb, fest, sehr dunkel aussehend, und nur am oberen Lappen in geringem Umfange lufthaltig und knisternd; in den übrigen Theilen erschienen sie eingeschnitten derb, glänzend, glatt, schwarz, wie von fest gewordenem

Theer; nur bei starkem Druck liess sich dieses schwarze Blut als dickliche Flüssigkeit herauspressen. Auf der vorderen Fläche der linken Lunge, dicht unter der Pleura, befanden sich von einander getrennt zwei Krebse, von denen der eine wie eine graue Erbse, der andere wie eine Linse gross war. Beide liessen sich leicht herausschälen und waren in ihrer Mitte erweicht. Die Milz, 8 Zoll lang und 5 Zoll breit, bot die sogenannte Lachsmilz dar, doch war das Stroma derselben nicht so gleichmässig glatt und blank, sondern granulirter, brüchiger, hell, das Balkengewebe reichlich. Die Nieren, von denen die rechte mit dem Leberkrebs, ohne an der Degeneration Theil zu nehmen, verwachsen war, waren gross, dick, blutreich, doch sonst ganz gesund. Die Geschwulst der Leber ist schwer zu beschreiben, sie war in der That steinhart und bot eine Cirrhose dar, wie ich sie vorher nie gesehen hatte; dabei zeigten sich am oberen convexen Rande einzelne infiltrirte Medullarkrebsstellen. Von den früher durch die Bauchdecken gefühlten Geschwülsten ging die in der Mitte der Leber gelegene und von dem Netz bedeckte theils vom freien Rande und theils von der unteren Fläche der Leber aus, und hing mit dem Pancreas und dem Pylorus des Magens zusammen, doch ohne diese Organe in die Krebsdegeneration gezogen zu haben. Die zweite Geschwulst, auf der rechten Niere aufliegend, hing mit der ersteren durch Krebsmasse zusammen. Uebrigens gingen weder Darmtheile durch die Krebsgeschwülste, noch adhärirten sie mit der Wirbelsäule. Eingeschnitten erkannte man in den Krebsgeschwülsten die verschiedenen in einander übergehenden Stadien von Medullarkrebs, doch sprachen einzelne Stellen auch für Faserkrebs.

Eine Verwachsung mit der vorderen Wand des Peritoneum fand nicht statt. Der Darmkanal, die Blase waren gesund, am rechten Oberarmknochen nichts Krankhaftes aufzufinden. Der rechte Oberschenkel war dicht unter dem *Trochanter maj.* morsch zerbrochen *(Fractura comminata)*, in Folge krebsiger Zerstörung. Die Markhöhle war durch Zerstörung des Knochens, von der inneren Fläche aus sehr erweitert, und von der Knochensubstanz nur etwa $1\frac{1}{2}$, an einzelnen Stellen nur $\frac{1}{2}$ Linie geblieben, und besonders an der äusseren Fläche des Knochens und an der Stelle, wo der Bruch erfolgt war. Das Knochenmark bildete eine zotterige sehnig-schmierige Masse. Von der Bruchstelle ab erstreckte sich die krebsige Degeneratinn bis in den Gelenkkopf, der an seinem Halse an einer Stelle bereits durchbrochen und dessen Knochengewebe so vollständig zerstört war, dass nur noch der knorplige Ueberzug in der Dicke eines Kartenblattes — und dadurch die Form des Gelenkkopfes — erhalten war. Nach unten zu erstreckte sich die Krebsdegeneration bis über die Mitte des Knochens.

Es war nun wohl ausser Zweifel, dass bei einer solchen Beschaffenheit des Knochens derselbe auch bei einer gewöhnlichen Bewegung im Bette hatte brechen können, und dass es zur Erklärung des Knochenbruches der Annahme, der Kranke sei aus dem Bette gefallen, oder habe sich bei dem etwaigen Versuche aufzustehen, indem er auf den Fuss aufgetreten, denselben zugezogen, nicht mehr bedurfte. Unmöglich aber schien es, dass der Kranke mit einem solchen Knochen noch bis 8 Tage vor seiner Aufnahme als Hirt gedient haben und nach der Anstalt gegangen sein konnte, sondern es musste diese rapide Zerstörung erst während der kurzen Zeit seines Aufenthaltes in der Anstalt erfolgt sein. Dafür spricht auch, dass sich die Krebsgeschwulst der Leber 10 Tage nach der Aufnahme so auffallend weicher anfühlte, als am Tage der Aufnahme.

2. Brand der Gebärmutter.

Die unverehelichte Marie J., 24 Jahre alt, früher öfters syphilitisch, ziemlich kräftig, blond, kam ohne Schmerzen im Leibe, aber mit stark gastrischem Fieber, den 16. Febr. 1850, nachdem sie vor 9 Tagen abortirt, in die Anstalt. Der Unterleib war nicht aufgetrieben, die Lochien flossen, Haut heiss. Sie erhielt ein Emeticum am Abend der Aufnahme, und am folgenden Tage, der keine Veränderung im Zustande wahrnehmen liess, *Solut. ammon. muriat.* ℥vj e ʒij mit *Tart. stib.* gr. j. Am 18. Febr. trat ein unregelmässiger Wechselfieberanfall ein; Schmerzen im Unterleibe oder Auftreibung desselben etc. fehlten ganz. Diesen Wechselfieberanfall für symptomatisch zu halten, hatte man keine Veranlassung. Es wurde Chinin (℈j), und zwar, da die Zunge noch immer belegt war, mit *Ammon. muriat.* (ʒj) gegeben. Den 19. Febr. schien das Fieber mässiger zu sein, den 20. aber sichtlich typhös, daher *Liq. chlori* gereicht wurde. Den 21. stellte sich etwas Husten ein, und klagte die Kranke über Schmerzen rings um den Körper in der Gegend der unteren Rippen. Die Lungen zeigten geringe katarrhalische Affection, doch war möglicherweise die Entstehung einer hypostatischen Pneumonie zu besorgen, daher den 22. Schröpfköpfe rings um die schmerzhafte Stelle gesetzt und ein *Infus. Seneg.* mit *Sulph. aurat.* und *Mixt. camphorat.* gereicht, und den 23. ein Vesicator auf die Brust gelegt wurde, wonach sich den 23. Abends wesentliche Besserung des Zustandes einstellte. Am 24. Morgens 4 Uhr erfolgte jedoch unerwartet der Tod.

Section den 24. Febr. Die Hautdecken bildeten eine $1\frac{1}{4}$ Zoll dicke Fettschicht. Der untere Lappen der linken Lunge hypostatisch entzündet, und tief in der Substanz desselben eine fast haselnussgrosse Brandstelle; in der rechten Lunge unten ebenfalls hypostatische Anschoppung und geringe Pleuritis. Herz klein, im rechten Ventrikel dünnflüssiges Blut mit gelatinösem Fibrincoagulum, der linke Ventrikel leer. Das Mesenterium bildete eine dünne Fettschürze, Leber bleichroth, mit weissen Fettstellen nach der Oberfläche zu gelegen, die Substanz der Leber anämisch; Milz etwas derb. Uterus gross, an der linken Seite des *Fundus uteri* eine fast zweigroschenstückgrosse Stelle von aussen schon brandig erscheinend, doch ist diese Stelle nicht durchbrochen, dagegen bietet sich auf der linken Seite, dicht am Beginn des *Corpus uteri*, eine linsengrosse Oeffnung dar, die eine Folge von Brand ist, welcher von innen nach aussen durchbrochen ist. Einen Zoll von der inneren Mündung des *Collum uteri* beginnt Brand, der sich über die ganze innere Fläche des Uterus erstreckt, am stärksten am Placentaransatze (rechte Seite) ist, und 1 Zoll tief in die Uterinsubstanz eindringt, so dass nur $1\frac{1}{2}$ Linie die Substanz des Uterus nach aussen zu unversehrt ist. Von den übrigen Organen nichts zu bemerken. Plaques im Dünndarm fehlten.

Praktische Erfahrungen aus dem Haupt-Feldlazareth zu Sommerfeld.

Von
Dr. med. Ulrich,
vom vierten Dragoner-Regiment.

1. Typhöse Pneumonie.

Die Ende December und Anfang Januar im letzten Winter bei weitem stärkste Krankenzahl im Cantonnements-Lazareth von täglich 150 bis 170 Kranken gehörte, mit Ausnahme der Krätze, der typhösen Pneumonie an. Die Kranken kamen mit sehr starkem Fieber, brennend heisser, trockener Haut und Durst an. Der Schmerz bei der Respiration und beim Husten war mehr oder weniger stark, das Sputum immer ein rostfarbenes, hier und da auch mit Blut gefärbt. Die Auscultation ergab meistens nur an der hinteren Thoraxwand trockene und abwechselnd feuchte Rasselgeräusche, nie oder wenigstens nur äusserst selten, und auch dann nur an kleinen Stellen, bronchiales Athmen, häufiger aber gar kein Respirationsgeräusch; oft kam es dann vor, dass, während sich der Thorax zu tiefer und gleichmässiger Inspiration vorn erhob, hinten die Lungen durchaus nicht am Athmungsgeschäft Theil zu nehmen schienen. Vorn war dann auch der Percussionston entsprechend hell, hinten je nach dem weiter erfolgten Fortschritt der Krankheit gedämpft oder ganz dumpf. Die Lungen mussten nach diesen Erscheinungen weniger schon als hepatisirt angesehen werden, als mit Blut überfüllt. Es schien sich bei allen diesen Fällen die Entzündung nur bis zur Stase entwickelt zu haben, zur Hepatisation war es inner- und ausserhalb des Lazarethes nur selten und dann nur an ganz kleinen Stellen gekommen. Selten waren die Bronchien mit afficirt, was sich dann durch stärkeren Reiz zum Husten, durch Auswerfen glasiger Massen und durch *Rhonchus sibillans* documentirte.

Neben diesen Brusterscheinungen trat die andere Reihe, die der gastrischen Erscheinungen, weniger stark hervor. Die Zunge war allerdings meistens trocken, doch auch hie und da feucht, doch der Appetit vollständig geschwunden. Der Unterleib war weich, selten in der Cöcalgegend schmerzhaft, der Stuhlgang meistens angehalten. — Heftiger jedoch traten die nervösen Erscheinungen auf. Ein heftiger Kopfschmerz, Schmerz und Flimmern in den Augen, Sausen vor den Ohren, in den Exacerbationen Phantasiren, welches hier und da sogar bis in die Nacht hinein anhielt und so heftig auftrat, dass die Kranken gebunden werden mussten. Ueberhaupt zeigte sich die nervöse Symptomengruppe immer in Form des Erethismus, nie in Form des Stupor. Die Herzthätigkeit war dabei stark gesteigert, 100 Pulsschläge in der Minute, in der Exacerbation 120 und noch mehr; doch war der Puls eher klein als gross, eher leer als voll, nie celer und nicht hart zu nennen.

Die Behandlung war bei diesen Fällen meistens etwas in die Enge getrieben. Nicht vollständiges Nervenfieber, nicht vollständige und selbstständige Pneumonie konnte mich die Krankheit weder die immer von mir beobachtete Behandlung des Typhus, noch die der Lungenentzündungen einschlagen lassen. Die medicamentös indifferente Behandlung des Typhus bei nur dann stärkerem Einschreiten, wenn ein heftigeres Hervortreten eines oder des anderen Symptomes ein solches erheischte, konnte bei der Gefahr, in welcher das Lungengewebe schwebte, nicht

befolgt werden, während die Pneumonie in entschiedenen Angriff zu nehmen der nervöse Zustand nicht gestattete. Ich habe immer die Digitalis als ein starkes antiphlogistisches Mittel bei Entzündungen innerer Organe betrachtet, und bin gewohnt gewesen, nicht bloss eine auf Herz- und Nierenthätigkeit gerichtete Wirkung an ihr zu sehen, sondern auch in ihr ein, namentlich die kritischen Ausgänge solcher Entzündungen beförderndes Mittel zu finden (in wiefern ihre letztere Wirkung mit der ersten zusammenhängt, vielleicht physiologisch durch sie bedingt ist, lasse ich dahingestellt). Ich gab sie hier in allen Fällen als Antiphlogisticum, welches nicht die unangenehme Beiwirkung hat, einen Collapsus zu befördern, zur halben Drachme in einem Infusum von 6 Unzen, und liess es meistens stündlich zu einem Esslöffel gebrauchen. Wo zu reichlicher Stuhlgang da war, wurde *Natrum nitricum*, wo solcher regelmässig war, *Kali nitricum*, fehlte er ganz, noch 1—2 Gr. *Tart. stib.* hinzugesetzt. Die Kranken, die meistens in der Umgegend bis auf 2—3 Meilen von Sommerfeld abgelegen cantonirten, kamen gewöhnlich erst 24—48 Stunden nach Beginn der Krankheit in's Lazareth; doch meistens schon am Abend der Aufnahme, konnte die Medicin schon Vormittags gereicht werden, seltener am zweiten oder gar dritten Abend, trat, nachdem sich die Haut schon in der vorher gesteigerten Exacerbation weich und feucht angefühlt hatte, vollständige Krise durch die Haut ein, der auch am andern Tage der sedimentirende Harn und reichliche ungefärbte Sputa folgten. Der Schweiss dauerte manchmal 2—3 Tage, nach seinem Verschwinden war die Reconvalescenz deutlich zu erkennen, nachdem schon während seiner Dauer freiere, schmerzlosere Respiration eingetreten war. Jetzt erhielten die Kranken eine einfache *Mixtura solvens*, und fast immer war der Kranke in 8—10 Tagen vollständig gesund und zur Entlassung geeignet. So wurde nach glücklichem Verlauf der ersten Fälle in der Folge jeder Fall behandelt, und alle mit erwünschtem Erfolg. Nur einige Male erschienen bei heftig auftretenden entzündlichen Erscheinungen der Lungen die Application der Schröpfköpfe und zweimal sogar eine kleine Venaesection nöthig, jedoch ohne dass dadurch das Eintreten der Krise verhindert worden oder eine längere Reconvalescenz eingetreten wäre.

2. *Typhus abdominalis.*

Nur einige Fälle traten mit schwächeren pneumonischen, aber stärkeren gastrischen Erscheinungen auf; man hätte sie Abdominaltyphus nennen können, denn von drei anderen Fällen von entschiedenem Abdominaltyphus, von denen der eine sogar tödtlich endete, unterschieden sie sich nur durch die geringere Energie der Symptome und durch kürzeren Verlauf der Krankheit. Während die Behandlung der drei erwähnten Fälle sich wohl kaum von der von Schönlein beobachteten Methode unterschied, wich ich doch bei den in Rede stehenden ab, und erzielte schöne Erfolge vom Gebrauch des *Kali oxymuriatic.* Früher schon einmal in der Civilpraxis, bei einer Complication des Wechselfiebers mit einem gastrisch-nervösen Fieber, dessen abendliche Exacerbationen deutlich neben den zweitägigen Fieberparoxysmen auftraten, von demselben das erfreuliche Resultat erlangend, dass die nervösen und gastrischen Symptome schwanden und nur die Wechselfieberparoxysmen zurückblieben, die dann in Angriff genommen werden konnten, wendete ich es (24 Gran auf 6 Unzen *Aq. dest.*) auch in diesen Fällen an, und hatte die Freude, schon nach einem Tage auch das Sensorium freier werden, nächtliche Phantasiegebilde einem ruhigen Schlafe weichen, die Zunge nach und nach feuchter und reiner, die Haut weicher und duftend, den Puls langsamer und voller werden zu sehen. War die Auflösung zum dritten und vierten Male verbraucht, so war der Kranke immer als Reconvalescent zu betrachten. Wie die Symptome der Krankheit, so waren auch die Zeichen der Krise nie entschieden und mit einem Male an den Tag getreten.

3. Katarrhalische blennorrhoische Augenentzündung.

Die ziemlich starke Anzahl katarrhalischer Augenentzündungen, welche in's Lazareth aufgenommen wurden, nahm stets ohne alle Ausnahme nur in geringerem oder stärkerem Grade den blennorrhoischen Charakter an. Selbst Kranke mit nur lebhafter Injection der Conjunctiva konnten nicht vor diesem unangenehmen Uebergange bewahrt werden. Bei den meisten war derselbe schon geschehen. — Die Heftigkeit der Blennorrhöe zeigte sich in verschiedener Stärke, von der einfachen, leicht absondernden, sammetartigen Beschaffenheit der Bindehaut an bis zum vollständigen Hervorstürzen eines eitrigen Secretes mit starken Wucherungen auf der Conjunctiva, grosser Schmerzhaftigkeit und Empfindlichkeit gegen das Licht, dicker, ödematöser Anschwellung der Augenlider. Der Uebergang in die Blennorrhöe erfolgte immer sehr schnell; kamen die Kranken nicht schon blennorrhoisch an, so konnte man doch sicher am andern Tage schon die Umwandlung der Bindehaut deutlich bemerken. Behandlungsarten wurden zur Vergleichung und genaueren Begründung die sichersten, schnellsten und angenehmsten, vorzüglich dreierlei eingeschlagen. Ohne Höllenstein keine Heilung der Blennorrhöe, ist fast zum Wahlspruch geworden. Höllenstein war auch unser Haupt- und eigentlich einziges Mittel. Nur die Application eine verschiedene: entweder Fomente auf die geschlossenen Augenlider von einer starken Auflösung, oder Einpinselung einer solchen auf die Conjunctiva, oder Touchiren mit der Substanz des Höllenstein. Die unergiebigste Methode war die Einpinselung. Die Auflösung (gr. x auf die Unze) wirkt ätzend, ist jedoch nicht im Stande, die starken Wucherungen zu vertilgen. Leicht und schnell schiebt die sehr productive Conjunctiva hinter den abgestorbenen neue granulöse Wucherungen nach, und die auf ihrer Oberfläche doch nur leicht umgestimmte kranke Haut hat schon am andern Tage ganz ihre frühere Beschaffenheit wieder. Ihr Aussehen und das Secret ist das nämliche. Dagegen wirken die abgestossenen nekrotischen Massen, gleich einer dünnen todten Haut im Auge liegend, jedenfalls reizend, und wie man es daher erwarten muss, ist die Entzündung nach der Einpinselung eher stärker als schwächer geworden.

Die Bestreichung der Bindehaut mit Höllenstein in Substanz wirkt für den Augenblick viel heftiger. Der Eingriff ist ein so lebhafter, dass schon in kurzer Zeit nachher die Augenlider viel dicker angeschwollen sind, ein Oeffnen gar nicht mehr möglich, der Schmerz viel mehr gesteigert ist. Jedoch hat der Höllenstein, wurde er energisch genug angewendet, die Wucherungen wenigstens zu ihrem grössten Theile vollständig zerstört, nicht bloss die Oberfläche derselben hat einen anderen Charakter angenommen; im Auge ist nicht mehr der blennorrhoische, sondern der einfache Losstossungsprocess. Auf diese Weise ist es erklärlich, wenn das bösartige ätzende Secret, jedenfalls nach einmal erfolgtem Eintritt der Blennorrhöe der Hauptfactor des schnellen Umsichgreifens des Processes, jetzt vertilgt, nicht mehr die Entzündung steigert, sondern dieselbe bei ganz gutartigem eitrigen Secret jetzt zusehends schwindet. Schon am zweiten Tage nach dem Touchiren schwindet die ödematöse Anschwellung der Augenlider, am dritten Tage werden sie meist schon von selbst geöffnet, und ist man jetzt fleissig im Ausspülen der nekrotischen Massen, so hat man jeden folgenden Tag immer mehr die Freude, Krankheit und Produkte schwinden zu sehen. Am sichersten und wohl auch am schnellsten erzielt man die Gesundheit auf diesem Wege. Jedoch vereinigt diese Methode nicht auch das Jucunde in sich.

Sind die Fälle nicht allzuheftig, so erreicht man sein Ziel eben so sicher, wenn auch etwas langsamer, aber ohne dem Kranken einen sehr heftigen Schmerz zu bereiten, mit den Umschlägen einer Auflösung von *Lapis infernalis.* Wirkt sie ableitend oder dadurch, dass durch die Augenlidspalte doch etwas von dem Höllenstein hineindringt, und dieser seine specifische antiblennorrhoische Eigenschaft auf die kranke Schleimhaut ausübt, genug der Erfolg ist nur erfreulich. Die directe antiphlogistische Wirkung des Höllensteins, wie sie in neuerer Zeit, namentlich von den Anhängern der Ricord'schen abortiven Behandlungsweise der Gonorrhöe angenommen wird, ist denen bekannt, welche Panaritien, Pseudoerysipel und dergleichen nach Ueberstreichung mit solcher Auflösung schwinden sahen; die ableitende Wirkung ist unerklärlich, wenn man erfährt, dass nicht vollständige Aetzung hier der Oberfläche der entzündeten Stelle, dort der äusseren Fläche der Augenlider nöthig ist. Ich habe die meisten Fälle dieser blennorrhoischen Ophthalmie so behandelt, und alle mit dem erfreulichsten Resultat. Wurden die Umschläge je nach der Heftigkeit und dem Alter der Blennorrhöe 4—8 Tage gemacht und dabei die Augen fleissig gereinigt, so kann man schon während der Zeit das allmälige Schwinden der Granulationen bemerken; nach dieser Zeit konnte man immer zu der tonisirenden Behandlung übergehen, wobei auch die schwarze Epidermis von den äusseren Augenlidern sich loslöste. Die Anwendung der tonisirenden Augenwässer nach Vertilgung des blennorrhoischen Charakters aus schwacher Solution von Höllenstein, oder *Cuprum sulphuricum*, oder *Zincum sulphuricum* war die bekannte. Immer blieb es eine langwierige Krankheit, die in den seltensten Fällen schon in 4 bis 6 Wochen zur vollständigen Gesundheit gebracht wurde.

Ungewöhnlicher Fall von Atresia hymenis.

Von
Professor Dr. Möller
in Königsberg in Pr.

Ein Mädchen von 15 Jahren, nicht frei von Aeusserungen früherer Skrophulosis, die überhaupt in ihrer Familie einheimisch war, wurde im März 1850 von ziemlich lebhaften Schmerzen im Unterleibe befallen, und entdeckte bei der Betastung desselben eine kleine schmerzhafte Verhärtung. Von den Eltern zu Rathe gezogen, fand ich die Kranke mit möglichst erschlafften Bauchdecken auf dem Sopha liegend, weil jeder Versuch, sich aufzurichten oder den Körper gerade zu strecken,

die Schmerzen im Unterleibe steigerte. Hier fand ich in der Mittellinie und auch ungefähr in der Mitte zwischen Schamfuge und Nabel eine umschriebene, rundliche, bei Druck empfindliche Härte; sie war etwa von dem Umfange eines Thalers, dämpfte den Percussionsschall etwas, schien dicht unter den Bauchmuskeln zu liegen und auch mit diesen zusammenzuhängen. Eine genauere Untersuchung machte die Schmerzhaftigkeit des Unterleibes unmöglich. Uebrigens weder Fieber noch sonstige krankhafte Erscheinungen. Als Ursache wurde eine durchtanzte Nacht geltend gemacht. Die Diagnose wurde mit Wahrscheinlichkeit auf eine tiefliegende Phlegmone der Bauchwandungen, eine sogenannte *Peritonitis muscularis*, gestellt. Ord.: Blutegel, *Ung. hydrarg. ciner.*, warme Cataplasmen. Hierauf legten sich binnen einigen Tagen die Schmerzen gänzlich, die Geschwulst aber blieb und konnte nun deutlich als ein ringsum isolirter und abgerundeter, übrigens in der Mittellinie unterhalb der Bauchdecken um etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll verschiebbarer Knollen gefühlt werden. Die obige Diagnose musste also aufgegeben werden. Aber welche andere an die Stelle setzen? — Das war die Frage! Tuberkulös infiltrirte Gekrösdrüsen oder tuberkulöse Ablagerungen im Netze, die vielleicht schon längere Zeit bestanden, aber von der Kranken nicht beachtet worden waren, bis sie jenen Anfall örtlicher Peritonitis veranlassten — waren mir das relativ Wahrscheinlichste, besonders als sich nach einiger Zeit die Form der Geschwulst dahin veränderte, dass ein strangartiger Fortsatz fühlbar wurde, der von dem mittleren Knollen nach rechts gegen die Darmbeingegend hin verlief und sich hier allmälig verlor. Herr Prof. Hirsch hatte um diese Zeit die Güte, die Kranke gemeinschaftlich mit mir zu untersuchen, getraute sich aber ebenfalls nicht, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Da die Patientin übrigens von allen Beschwerden frei war, so beschlossen wir, vorläufig von jeder Behandlung abzustehen; nur zur Beruhigung der Angehörigen wurde ein grosses *Empl. mercur.* aufgelegt. Die Geschwulst wurde im Laufe der nächsten Wochen allmälig kleiner und undeutlich fühlbar, verschwand jedoch nicht gänzlich. Ende April, 7—8 Wochen nach dem ersten Schmerzanfalle, trat ein zweiter ganz ähnlicher, doch minder heftiger auf, während dessen sich die Geschwulst wieder merklich vergrösserte, übrigens die vorhin beschriebene Gestalt beibehielt. Wieder schien anstrengende körperliche Bewegung, ein weiter Spaziergang, die Veranlassung zu dieser Verschlimmerung zu bilden, und wieder verschwanden bei strenger Ruhe und Diät, leichter Antiphlogose und Cataplasmen die Beschwerden binnen einigen Tagen fast vollständig; nur gegen Druck und gegen die Erschütterung beim Gehen blieb die Anschwellung etwas empfindlich. Die Patientin erhielt ausser dem *Empl. mercur.* Jodkali innerlich. Die Geschwulst verkleinerte sich hierbei so, dass sie Mitte Juni, wo die Kranke in ein Seebad abreiste, nur noch mit Mühe als eine unbedeutende und ganz unschmerzhafte Härte in der Tiefe des Leibes an der ursprünglichen Stelle mitten zwischen Nabel und Schamfuge aufgefunden werden konnte; der strangartige Anhang war gar nicht mehr zu entdecken. Nach 3 Monaten kehrte Pat. äusserst wohl und blühend aus dem Bade zurück. Sie hatte nach den ersten Bädern einen ganz leichten Schmerzanfall gehabt, der aber bei blosser Ruhe bald vorübergegangen war. Von der Geschwulst war keine Spur zu finden. Indessen zeigte sich bald, dass der alte Feind nur schlummere, denn im October trat wieder ein leichter Anfall von Leib- und Kreuzschmerz ein, während dessen die Geschwulst wieder an der früheren Stelle und sammt dem nach rechts verlaufenden Strange, wiewohl nur dunkel, fühlbar wurde. Da aber die an sich nicht bedeutenden Beschwerden wieder durch blosse Ruhe in kaum 2 Tagen vollständig beseitigt wurden, fuhr Patientin fort, sich als gesund zu betrachten. In der Sylvesternacht hatte sie tüchtig getanzt, fühlte bald darauf leichte Unbequemlichkeiten im Leibe, bis am 4. Jan. plötzlich ein Anfall, dem ersten ähnlich, doch viel heftiger, ausbrach. Der Schmerz war permanent, steigerte sich aber periodisch zur äussersten Intensität, nahm das ganze Hypogastrium ein und zog sich nach dem Kreuze hindurch, wurde durch Druck unerträglich gesteigert, durch ruhige Lage mit erschlafften Bauchdecken etwas gemässigt. Dabei öfterer Drang auf Blase und Mastdarm, Uebelkeiten, Fieber. Die Geschwulst war wieder erschienen, doch ungleich voluminöser, als früher: nachdem durch Blutegel, Umschläge, Calomel mit Opium die entzündlichen Erscheinungen und die enorme Empfindlichkeit gegen Druck getilgt waren, fühlte sich der mittlere Theil wie der Gipfel eines Berges an, der dicht unter den Bauchdecken zu liegen schien, während sich sein Fuss nach rückwärts in der Tiefe der Bauchhöhle verlor, keineswegs aber etwa nach abwärts gegen die Schamgegend hin verfolgt werden konnte. Horizontal nach rechts erstreckte sich wieder der erwähnte dünnere Anhang, an dessen Ende in der Darmbeingegend noch tiefliegende Härten dunkel wahrzunehmen waren. Herr Prof. Hirsch wurde abermals zur Consultation gezogen, und wir beschlossen, bei dem Mangel einer sicheren Diagnose, symptomatisch *Aq. laurocer.* zu gtt. xx, dann und wann, besonders zur Nacht eine Dosis Morphium und einfache Lavements zur Beförderung des Stuhlgangs anzuwenden; ausserdem wurden die Umschläge, die der Kranken wesentliche Linderung gewährten, anhaltend fortgesetzt. Bei dieser Behandlung wuchs aber die Geschwulst im Laufe der nächsten 14 Tage so rasch, dass man binnen 2, 3 Tagen eine Zunahme bemerken konnte. Vorzüglich die nach rechts in der Darmbeingegend gelegenen Anschwellungen wurden viel grösser und traten bis nahe an den mittleren Knollen heran, wodurch der Strang weniger deutlich fühlbar wurde. Dabei zeigten die seitlichen Theile der Geschwulst eine elastische Weichheit, wie man sie wohl an Markschwamm wahrnimmt, während der mittlere sich stets hart anfühlte. Die Schmerzen traten zu unregelmässigen Zeiten in Anfällen von ungleicher Dauer und Intensität auf, schienen besonders durch saure und blähende Speisen und jede irgend bedeutende Bewegung des Körpers hervorgerufen zu werden, verloren sich übrigens mehr und mehr aus dem Unterleibe und nahmen dafür die Sacralgegend ein (was wir von Druck der Geschwulst auf die Nervenstämme herleiteten). Zugleich wurde die früher ziemlich leicht zu erzielende Darmentleerung träger, so dass Aloëpillen zu Hülfe genommen werden mussten. Gegen Ende Januar trat in dem Wachsthum der Geschwulst ein Stillstand ein, auch die Schmerzen hatten sich allmälig verloren; die Kranke konnte wieder umhergehen und wurde ohne Arznei gelassen, nur auf ihren eignen Wunsch das früher gebrauchte Pflaster aufgelegt. Während sich uns nun aber bereits die schlimmsten Befürchtungen über die Natur der Geschwulst aufgedrängt hatten, fing diese überraschender Weise an sich zu verkleinern und ihre Rückbildung ging ebenso geschwinde von Statten, wie zuvor ihr Wachsthum, so dass Mitte Februar die untersuchende Hand wieder nur bei aufmerksamer Betastung in der Tiefe der Bauchhöhle in der Mitte und nach rechts hin zwei ganz unempfindliche Anschwellungen entdecken konnte, die ihren früheren Umfang gar nicht ahnen liessen. Am 20. Febr. neuer Anfall von Schmerzen, diesmal ausschliesslich im Kreuz, permanent, heftig drückend, doch weniger intensiv, als das vorige Mal; das Allgemeinbefinden ungestört. Aeusserer Druck oder Reiben in der Sacralgegend erleichterte die Kranke. Die Geschwulst nahm wieder etwas zu, stieg jedoch nicht bis zu der Ausdehnung, wie im Januar, blieb auch gegen Druck unschmerzhaft. Nachdem der Anfall vorüber, erhielt die Kranke Jodkali und fuhr damit, während die Anschwellung bald wieder auf ihr Minimum zurückging, in den 3 ersten Wochen des März ununterbrochen fort. Am 24. März abermals Verschlimmerung, heftiger als im Februar, die Geschwulst wächst beträchtlicher, die Schmerzen im Kreuz, besonders zeitweise, sehr heftig, Druck auf den Unterleib wenig empfindlich, häufiger Drang auf den Mastdarm. Die ein paar Tage darauf nach Mässigung der Schmerzen vorgenommene Exploration des Rectum lässt dasselbe, so weit der Finger hinaufreicht, durch eine von vorn hereinragende, breite, der Quere nach convexe Anschwellung (die ausgedehnte Scheide) comprimirt und verengert erkennen. Dies Verhalten in Verbindung mit dem neuerdings hervorgetretenen ungefähr monatlichen Typus der Exacerbationen führte mich endlich auf die Diagnose. Dass die Regeln noch nicht erschienen waren, wusste ich natürlich längst, hatte aber bei der noch keineswegs sehr vorgerückten Entwickelung des gesammten Körpers der Kranken kein Gewicht darauf gelegt.

Das Ende der Geschichte lässt sich leicht denken. Bei der am folgenden Tage gemeinschaftlich mit Herrn Prof. Hirsch vorgenommenen Untersuchung der Genitalien fanden wir ein geschlossenes, sehr dickes, stark hervorgetriebenes, fluctuirendes Hymen, nach dessen Incision gegen 1 Quart reines Menstrualblut von der bekannten Beschaffenheit abfloss. Der mittlere Theil der Geschwulst verschwand danach sofort, die in der Darmbeingegend fühlbare Härte erst allmälig binnen 2—3 Tagen. Alle Beschwerden waren natürlich alsbald gehoben. Ein übelriechender, lochienähnlicher Ausfluss dauerte einige Tage lang fort; die Incisionswunde zeigte trotzdem grosse Neigung zur Verschliessung, so dass zwei Wochen hindurch Charpiewieken eingelegt werden mussten.

Gewiss werden mir viele meiner Collegen bei Durchlesung vorstehender Zeilen einen Vorwurf daraus machen, dass die zur richtigen Diagnose führende Untersuchung der Genitalien erst so spät vorgenommen wurde. Ich will nicht darauf hinweisen, wie ungern man bei Jungfrauen gebildeter Stände zu einem solchen, das Schamgefühl tief verletzenden Act schreitet: eine solche Rücksicht findet vor dem Richterstuhle der Wissenschaft keine Stätte. Aber ich muss zu meiner Rechtfertigung die Ungewöhnlichkeit des Falles hervorheben. Eine solche scheint mir begründet zu sein: 1) in den langen, zwischen den Exacerbationen liegenden freien Intervallen und der damit zusammenfallenden Rückbildung der ausgedehnten Organe, 2) in der Configuration der durch letztere gebildeten Geschwulst.

So leicht sich die Exacerbationen selbst aus der bald stärker, bald schwächer, anfänglich atypisch und erst zuletzt regelmässiger eintre-

tenden Menstruation erklären lassen, so schwer ist es begreiflich, wo in den Zwischenzeiten das einmal ergossene Menstrualblut geblieben sei? Man kann nicht umhin, anzunehmen, dass es wenigstens grösstentheils (d. h. seinem flüssigen Antheil nach) resorbirt worden sei — ein gewiss schon an sich merkwürdiger und seltener Vorgang! In allen mir sonst bekannt gewordenen Fällen von *Atresia hymenis* war die Ausdehnung des Uterus eine permanente; wie wären auch sonst die öfters vorgekommenen Verwechselungen mit Schwangerschaft möglich gewesen?

Was ferner Oertlichkeit und Gestalt der Geschwulst betrifft, so muss schon das erste Auftreten einer scheinbar isolirten Anschwellung an einer von der *Regio pubis* ziemlich entfernten Stelle auffallen. Mehr noch der eigenthümliche, strangartige Fortsatz und die an diesen sich anschliessenden Knollen, die ich nicht anders zu deuten weiss, als indem ich sie auf die rechte Tuba und das Ovarium beziehe. Freilich setzt diese Auffassung eine andere Hypothese voraus, die zur Erklärung des Umstandes nöthig wird, dass sich das stagnirende Menstrualblut nicht in die Peritonäalhöhle ergossen hat: die Annahme nämlich, dass sich bei dem ersten entzündlichen Anfalle eine feste, organische Verbindung zwischen dem freien Ende der Tuba und dem Eierstock gebildet habe. Die Anschwellung des letzteren würde dann eine durch Hyperämie bedingte Turgescenz darstellen, womit die allmälige Verkleinerung nach der Operation sehr wohl übereinstimmt. Vielleicht indess gehörte auch der ganze seitliche Theil der Geschwulst nur der sehr erweiterten und dergestalt gewundenen Tuba an, dass sie sich nur allmälig entleeren konnte. Wie enorm in solchen Fällen die Ausdehnung der Tuben werden kann, zeigt ein Fall von Munk (Lond. med. Gaz. March 1841 und Hamburger Zeitschr. 18, 1), in welchem der Tod durch Ruptur der rechten Tuba erfolgte.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Braunschweig vom 1. April 1850 bis zum 31. März 1851.

Von

Prof. C. W. F. Uhde.

(Schluss aus No. 24.)

2. *Exarticulatio phalangum digitorum. Cartilaginis resectio.*

Unter den vielen Panaritien, welche während dieses Jahres in meine Behandlung kamen, waren 3, die mit Caries der letzten Phalangen endeten. Ich exarticulirte sie, nachdem ich einen Dorsal- und Volarlappen gebildet hatte, und trug mittelst eines Bistouris den Gelenkknorpel an der zweiten Phalanx ab. Die beiden Lappen bildete ich, um den Nagel zu erhalten, dessen Erhaltung mir einmal, und zwar am rechten Daumen, woran derselbe zur Fortführung eines gewissen Ledergeschäfts wichtig ist, vollständig gelang.

Im ersten Falle *(Exarticulatio phalangis secundae pollicis)* war am 4. Tage (16. Jan.) das untere abgeschälte Ende des ersten Gliedes mit Granulationen bedeckt, und der grösseste Theil des Wundsaumes *per primam intentionem* geschlossen, es vergingen 19 Tage (13. Jan. — 1. Febr.) bis zur vollständigen Verheilung; im zweiten Falle *(Exarticul. phalang. tert. digit. quint.)* war am 9. Tage (26. März) das untere abgeschälte Ende der zweiten Phalanx mit Fleischwärzchen versehen, es waren 21 Tage (18. März — 8. April) zur völligen Heilung erforderlich; im dritten Falle *(Exarticul. phalang. tert. digit. indic.)* war am 17. Tage (26. März) das untere abgeschälte Ende des zweiten Gliedes mit Granulationen besetzt, es verliefen 41 Tage (10. März bis 20. April) bis zur vollkommenen Verheilung.

Der Grund von der langen Dauer des dritten Falles lag darin, dass sich der Nagel nach 25 Tagen, als bereits am 4. April die Wunde geheilt war, abstiess und am Nagelsaume eine copiöse Eiterung eintrat. Bedenkt man übrigens, dass die Textur der Weichtheile bei dem tiefen Panaritium dergestalt erkrankt und umgeändert ist, dass eine Verheilung *per primam intentionem* nach der Exarticulation nicht einmal in Aussicht gestellt werden kann, so ist die Zeit, welche in vorliegenden Fällen zur vollständigen Heilung der Weichgebilde verstrichen, im Verhältniss zu dem Zeitraume, welcher zur Verheilung von Exarticulationswunden, in denen der Gelenkknorpel zurückgelassen ist, erforderlich wird, sehr gering.

3. *Fractura simplex condyli externi femoris.*

Der Bruch des Schenkelbeinfortsatzes ist selten, und vorzüglich gehört der des äusseren Condylus zu den seltnern Brüchen. Wenn derselbe auch nicht in dem Maasse gefährlich ist, als vor Desault angenommen wurde, so ist doch immer mit Sorgfalt darauf zu achten, dass die dabei eintretende Entzündung nicht übermässig werde. Wodurch der A. Cooper'sche Fall von einfacher Fractur der Condylen tödtlich geworden ist, erhellt nicht aus seinen Schriften.

Am 28. Jan. 1851 stürzte der Zimmergesell B., welcher sich schon öfters in der Betrunkenheit Beinbrüche zugezogen hatte, von einem mit Holz beladenen Wagen. Bei seiner am selbigen Tage erfolgten Aufnahme in das Herzogl. Krankenhaus gab er an, auf das linke Knie gestürzt zu sein. Er war unvermögend, auf das Bein zu treten und dasselbe aufzuheben. Das Knie war nach innen gerichtet, bis über die Patella hinaus stark geschwollen, und fühlte man in der die Anschwellung bildenden ausgetretenen Synovialflüssigkeit unter dem Fingerdrucke verschwindende erbsen- und bohnengrosse Körperchen. Uebrigens war man wegen der Geschwulst nicht im Stande, die harten Gebilde des Kniegelenkes zu untersuchen. Das untere Drittheil des Oberschenkels und das obere des Unterschenkels war mit einer beträchtlichen Blutunterlaufung versehen. Nachdem in Folge der Anwendung der Eisblase, des *Inf. flor. arnic.* und einer örtlichen Blutentziehung das Knie am folgenden Tage etwas abgeschwollen war, konnte man einen Längsbruch des *Condylus externus* unterscheiden. Dieser war bei deutlicher Crepitation nach vorn und hinten verschiebbar, aber keineswegs verschoben.

Der Patient musste eine ruhige Rückenlage inne halten. Nachdem unter fortgesetzter Anwendung des *Spir. flor. arnic.* die Anschwellung beseitigt war, wurde *Ung. jod.* eingerieben und das Knie mit einer starken Binde fest eingewickelt.

Am 28. Febr. Wenn das Knie in einem etwas stumpfen Winkel flectirt war, fühlte man die Sehne des *M. biceps* sowohl mehr nach hinten als nach innen und an den abgebrochen gewesenen Condylus geheftet. Dieser schien durch eine wenig hervorragende Callusmasse verheilt zu sein, und stand nicht nur etwas kolbig nach aussen hervor, sondern war ein wenig nach oben gerückt. Das linke Knie konnte unter keinerlei Umständen zu einem rechten Winkel flectirt werden.

Am 5. März verliess B. geheilt, aber mit einem schwierig zu biegenden und etwas steifen Kniegelenke, das herzogl. Krankenhaus.

4. *Luxatio humeri infraglenoidea recens.*

Diese sonst sehr häufige Verrenkung des Oberarms ist in dem vorliegenden Falle aus dreifacher Hinsicht erwähnt:

1) weil das *Caput ossis humeri* gerade unterhalb der *Cavitas glenoidea* auf dem *Margo anterior scapulae* stand und daselbst durch Palpation deutlich wahrgenommen werden konnte;
2) weil die Verrenkung unmittelbar durch eine von oben auf die obere Partie des Oberarms wirkende Gewaltthätigkeit verursacht wurde;
3) weil ich zur Verbreitung der Pitha'schen Nomenclatur beitragen möchte.

H. S., 56 Jahr alt, Handelsmann aus Br., fiel, als er mit einer schwer beladenen Kiepe auf dem Rücken im Begriffe war eine Kellertreppe hinabzusteigen, mit ausgebreiteten Armen und nach vorn übergeneigtem Oberkörper in eine offene Tonne, wobei der rechte Oberarm auf den Tonnenrand schlug. Die sofortige Untersuchung ergab die bezeichnete Luxation mit den Erscheinungen, welche hinlänglich bekannt sind. Der verrenkte Oberarm konnte vom Patienten ein wenig nach oben gehoben, aber nicht nach hinten und nach vorn gebracht werden, versuchte man den Arm nach vorn zu führen, so klagte der Gefallene über die heftigsten Schmerzen.

Die Stelle des Oberarms, welche den Tonnenrand getroffen, war eine Hand breit vom Gelenke entfernt und durch eine Finger breite Blutunterlaufung bezeichnet. Ausserdem war die innere und hintere Oberarmfläche mit Blut stark unterlaufen.

Nach Mothe's Methode wurde der luxirte Arm schnell eingerichtet.

5. *Luxatio phalangis secundae digiti quarti et quinti.*

Nach den Schriftstellern gehört die Luxation der Phalangen zu den Seltenheiten. Mir sind bis jetzt nur wenige derartige Verrenkungen vorgekommen. An einem Reitknechte, der vom Pferde gestürzt war, sah ich (1849) eine Luxation der ersten Phalanx des linken Hallux auf die Rückenfläche des Metatarsalknochens, welche ich ohne die geringste Schwierigkeit mittelst Drucks und Verschiebens der betreffenden Hervorragungen der Phalangen reponirte. Während meines Aufenthaltes in Zürich (1837) wurde in der chirurgischen Klinik an einem Manne, welcher aus dem zweiten Stockwerke eines Hauses gesprungen war, eine schon mehrere Tage alte Verrenkung der zweiten Phalanx des rechten Hallux auf die Dorsalfläche des ersten Gliedes von dem

jetzt verstorbenen Dr. Berger durch Zug mittelst eines ums erste Glied geschnallten Riemens eingerichtet. In dem hiesigen Krankenhause sind mir noch 3 Fälle von Verrenkungen der Phalangen zur Beobachtung und Behandlung gekommen, welche ich bereits in meinen „Mittheilungen über d. in d. chirurg. Klinik zu Braunschweig von 1844 bis 1848 vorgek. Krankheiten etc. Br. 1849. 8." besprochen habe.

In der nachstehenden Mittheilung erlaube ich mir noch einen Beitrag zu den Phalangenluxationen zu liefern.

H. H., Bauer aus Klein-Brunsrode, war ¼ Stunde vor seinem Eintritt in das Herzogl. Krankenhaus (25. Juni) auf die Volarseite der Finger der rechten Hand gefallen, und boten die beiden letzten Finger eine Verrenkung der zweiten Phalanx auf die Rückenseite der ersten dar. Auf dieser bemerkte man die obere Extremität der zweiten Phalanx, wie man in der Volarseite des vierten und fünften Fingers das hervorragende untere Ende der ersten Phalanx wahrnahm. Die zweite Phalanx war in Gemeinschaft mit der dritten nach hinten gerichtet, und konnten die beiden Finger von dem Patienten nicht bewegt werden. Geschwulst war nicht zugegen, dahingegen klagte H. über Schmerzen in den Fingern.

Die Reposition der Phalangen gelang leicht durch Vor- und Herunterdrücken der obern Enden der zweiten und durch Zurück- und Heraufdrücken der untern Enden der ersten Phalangen.

Nachdem die Einrichtung ausgeführt, empfand H. sehr grosse Schmerzen in den beiden Fingern. Es wurden Schienen mit Binden angewandt und darüber kalte Ueberschläge verordnet.

Am 27. Juni war die Hand ausserordentlich geschwollen. Einige Tage später aber war sie zu den früheren Arbeiten wieder tüchtig.

Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken in Berlin.

Von

Dr. Bührig.

Drei Fälle von *Hernia incarcerata.* Operation. Heilung.

Am letzten Tage des verflossenen Jahres ereignete sich in der Klinik des Hrn. Jüngken der seltene Fall, dass sich gleichzeitig drei Kranke mit eingeklemmten Brüchen einfanden, an denen sofort die Operation verrichtet werden musste, weil auf eine andere Weise die Reposition nicht möglich war. Der erste Fall betraf den Schuhmacher C. T., 30 Jahre alt, welcher seit vielen Jahren an einem doppelten Inguinalbruch litt, der auf der linken Seite bis in's Scrotum reichte, bis dahin jedoch auf beiden Seiten reponibel war und durch ein doppeltes Bruchband zurückgehalten wurde. Am 29. Dec. beging er die Unvorsichtigkeit, sein Bruchband abzulegen, worauf am Nachmittage desselben Tages, ohne ihm bekannte Ursache, plötzlich in der rechten Inguinalgegend eine sehr schmerzhafte Geschwulst entstand, welche er nicht in die Bauchhöhle zurückzubringen vermochte. Reissende Schmerzen erstreckten sich bald von der Geschwulst aus über den ganzen Unterleib, Uebelkeit und Erbrechen folgten. Ein hinzugerufener Arzt erklärte die Geschwulst für einen eingeklemmten Bruch, und versuchte vergeblich die Reposition. Am andern Tage liess sich Patient in das Charité-Krankenhaus bringen, wo er auf die Jüngken'sche Klinik gelegt ward. Bei der Untersuchung ergab sich in der rechten Inguinalgegend eine längliche, den *Canalis inguinalis* in seiner ganzen Richtung ausfüllende Geschwulst, welche bei der Berührung schmerzhaft war; das Abdomen erschien gespannt und ausgedehnt, und besonders in der Umgegend der Geschwulst höchst empfindlich. Der Puls war klein, frequent und härtlich; Angst, Unruhe, Uebelkeit und Erbrechen dauerten fort, kurz es waren alle Erscheinungen der Incarceration vorhanden. Auf eine ergiebige Venaesection und Blutegel in die Umgebung des Bruches trat Nachlass der Erscheinungen ein, und ein Clysma hatte sogar zwei Stuhlausleerungen zur Folge; allein diese Ausleerung kam nur aus dem unteren Darmende, und ein Repositionsversuch nach einem warmen Bade blieb gleichfalls erfolglos. Obschon am Morgen des 31. sich die Schmerzen im Bauche wie in der Bauchhöhle ermässigt hatten, und die Geschwulst in dem Grade kleiner geworden war, dass man den Finger neben dem Samenstrang durch die äussere Oeffnung in den Leistenkanal einführen konnte, ohne die Geschwulst zu erreichen, so erklärte Hr. Jüngken dennoch, dass die Incarceration fortbestehe, dass sie in der inneren Oeffnung des Leistenkanales liegen und eine sehr feste sein müsse, und dass eine Verzögerung der Operation nicht mehr statthaft sei, wenn nicht der richtige Zeitpunkt zur Lebensrettung verstreichen solle, eine Diagnose, zu der ihn hauptsächlich der Umstand veranlasste, dass sich bei einem Drucke, welchen er mit den in eine Reihe gestellten Fingerspitzen über dem Leistenkanal gegen die Bauchdecken so ausübte, dass diese in die Bauchhöhle herabgesenkt wurden, in dieser ein schmerzhafter Strang fühlen liess, der sich vom hinteren Leistenringe in das Innere der Bauchhöhle fortsetzte und sehr fest mit dem inneren Leistenringe zusammenhing.

Hr. Jüngken nahm davon Veranlassung, auf die Wichtigkeit dieser Art der Untersuchung aufmerksam zu machen, und seine Herren Zuhörer dringend aufzufordern, in allen zweifelhaften Fällen, wo eingeklemmte Leisten- oder Schenkelbrüche entweder mit anderen Geschwülsten verwechselt werden könnten, oder wo sie mit solchen complicirt vorkommen und ihre Diagnose getrübt ist, in dieser Weise die Untersuchung nicht zu unterlassen, um sich zu überzeugen, ob ein Zusammenhang der fraglichen Geschwulst mit den Contentis der Bauchhöhle irgendwie besteht. Nur da, wo dieser Zusammenhang sich unzweifelhaft herausstellt, ist die Diagnose einer Hernie sicher.

Da in unserem Falle die Incarceration bereits seit 3 Tagen bestand und die Einschnürung sich als eine sehr feste kundgab, so musste von jeder weiteren unblutigen Taxis abgestanden und sofort zur Operation geschritten werden.

Nachdem Patient in seinem Bette im Krankenzimmer chloroformirt und vollständig soporös war, wurde er in den Operationssaal gebracht und so auf den Operationstisch gelagert, dass das Becken eine etwas erhöhte Lage einnahm. Hierauf wurde die Operation in der Art ausgeführt, dass zuerst der Inguinalkanal, in der Gegend der äusseren Oeffnung desselben, durch einen Längsschnitt kunstgemäss in vorsichtigen Zügen geöffnet ward. Dann wurde auf einer eingeführten Hohlsonde der Leistenkanal bis an die innere Oeffnung gespalten, über welcher der gespannte Bruchsack lag. Nach kunstgemässer vorsichtiger Eröffnung desselben floss eine grosse Menge eines chocoladenfarbigen Bruchwassers heraus, nach dessen Entleerung eine ziemlich grosse, bereits sehr missfarbige Schlinge vom Dickdarme sichtbar ward, der in der inneren Oeffnung der Bruchpforte, an der inneren Bauchwand, so fest eingeschnürt war, dass auch nicht die kleinste Bewegung, weder vor- noch rückwärts, möglich war, und nur mit grösster Mühe ein an der Spitze flaches schmales Bruchmesser zum Einkerben des Bruchringes zwischen diesen und den vorliegenden Darm nothdürftig eingeführt werden konnte. Gleich die ersten Einkerbungen der fadenförmigen Einschnürung hatten bedeutende Erweiterung des Bruchringes zur Folge; die eingeklemmte Darmschlinge ward beweglich und liess sich leicht hervorziehen, wobei sich ergab, dass durch die Vehemenz der Einschnürung die äussere Darmhaut an der entsprechenden Stelle fast kreisförmig wie mit einem Messer eingeschnitten erschien. Die Einschnürung selbst lag im Bruchsackhalse, und bestand in einer feinen, fadenförmigen Contractur im letzteren. Sie erwies sich als eine solche, welche unmöglich ohne Operation gehoben werden konnte, und bei welcher nothwendig jeder unblutige Repositionsversuch nur dazu beitragen musste, die Gangrän in den eingeschnürten Contentis zu fördern. Nachdem die Strictur im Bruchsackhalse vollständig gehoben, gelang die Reposition leicht. Der grössere Theil des sehr verdickten Bruchsackes wurde exstirpirt, der Bruchsackhals aber durch drei *Suturae nodosae* sorgfältig zusammengenäht, von den Fäden dieser Nähte das eine Ende abgeschnitten, das andere durch die ganze Länge des Inguinalkanales aus der Wunde in den Bauchdecken herausgeführt, und darauf auch diese Wunde auf das Sorgfältigste durch Knopfnähte geschlossen, deren Wirkung wiederum durch Heftpflaster unterstützt ward. Der inneren Oeffnung des Leistenkanales entsprechend, wurde von aussen gegen die Bauchwand zuerst ein Plumasseau, darüber eine Compresse gelegt, und diese mittelst einer T-Binde sanft gegen die Bauchwand angedrückt, um hierdurch das abermalige Vordringen der Darmschlinge zu verhüten. Nach Vollendung des Verbandes und nachdem der Operirte gereinigt war, wurde er auf seinem Bette in geeigneter Weise gelagert und wieder in das Krankenzimmer zurückgebracht, wo sein Erwachen bald darauf leicht und ohne besondere Zufälle erfolgte. Bei strenger Diät bekam er zum inneren Gebrauche eine Emulsion und eine Stunde nach dem Erwachen ein Clysma. Ueber die Wunde wurden Umschläge mit *Aqua saturnina* gemacht. Als sich am Nachmittage Schmerzen in der Bauchhöhle bei gereiztem Pulse einstellten, wurde am Arme ein Aderlass von 12 Unzen gemacht, worauf die Schmerzen schwanden. Gegen Abend ermässigte sich der Puls auf 100 Schläge. Ein zweites Clysma am Abend hatte eine Kothentleerung zur Folge. Um diese zu fördern, erhielt er am andern Morgen ein Paar Löffel Ricinusöl, welche ihre Wirkung nicht verfehlten. Patient hatte in der Nacht etwas geschlafen und fühlte sich am Morgen etwas erleichtert, namentlich hatte das lästige Erbrechen und die Uebelkeit aufgehört. Bereits am 2. Jan. war jede Reizung im Pulse geschwunden. Der Bauch, und selbst die Inguinalgegend war gegen jeden Druck unempfindlich, Stuhlausleerungen erfolgten, wenn auch noch in wässriger Form, weshalb mit Anwendung des *Ol. Ricini* in mässiger Dosis und den Lavements fortgefahren wurde, worauf am 3. Jan. eine reichliche geformte Kothentleerung sich ein-

stellte. An diesem Tage wurde auch der Verband gewechselt und die blutigen Nähte entfernt. Die Ränder der Bauchwunde hatten sich überall *per primam intentionem* vereinigt. Dagegen eiterten die Stichkanäle noch einige Zeit. Ungefähr 8 Tage später lösten sich auch die Nähte am Bruchsackhalse, und damit konnten die Fäden aus dem Inguinalkanal entfernt werden, was den Heilprocess sehr beschleunigte. Unter Anwendung von erweichenden Breiumschlägen erfolgte endlich auch die Vernarbung der Stichkanäle und des Inguinalkanals, womit die Heilung vollendet war. Bei strenger Diät wurde Patient noch einige Zeit in der Klinik zurückgehalten, und zu Ende der vierten Woche vom Tage der Operation an geheilt entlassen, nachdem er ein doppeltes Bruchband erhalten hatte, welches an der rechten Seite für die Stelle der Bauchwand, an welcher die Operation gemacht war, zur Unterstützung derselben mit einer grossen Pelotte versehen war.

2) F. Sch., Wittwe eines Schuhmachers, 47 Jahre alt, von schwächlichem, kachektischem Habitus und ikterischer Hautfarbe, hatte längere Zeit an einem Bruch der rechten Seite gelitten, ohne ein Bruchband zu tragen, da es ihr stets gelungen war, den Bruch, wenn er hervorgetreten war, zu reponiren. Als sie am 30. Dec. mit Waschen beschäftigt war, trat derselbe abermals heraus, ohne dass ihr dieses Mal die Reposition gelang. Zu den heftigsten Schmerzen, die sie in der Bruchgeschwulst und in der Bauchhöhle empfand, gesellten sich bald Aufstossen und Erbrechen, wodurch sie bewogen wurde, am folgenden Tage die Aufnahme im Charité-Krankenhause nachzusuchen.

Bei ihrer Untersuchung fand man einen äusserst schmerzhaften Schenkelbruch, von dem aus die Entzündung sich bereits der Bauchhöhle mitgetheilt hatte, deren Wandungen aufgetrieben, gespannt und schmerzhaft bei der Berührung waren. Da nach vorangeschickter reichlicher Venaesection und einer örtlichen Blutentleerung durch 20 Blutegel, die Reposition in einem warmen Bade erfolglos versucht war, so wurde sofort am 31. Decbr. zur Operation geschritten, die Kranke zu dem Ende in ihrem Bette chloroformirt und nach eingetretener Narkose auf den Operationstisch gelegt. Bei der Operation erschien der Bruchsack von rothbrauner Farbe, nach dessen Eröffnung ein geringes Quantum von einem chocoladenfarbigen Bruchwasser ausfloss und eine kleine Darmschlinge von pflaumenblauer Farbe zum Vorschein kam, neben welcher ein kleines Stückchen dunkel gefärbtes Netz lag. Der Bruch war ein innerer Schenkelbruch, die Eingeweide waren an der inneren Seite der Schenkelgefässe in den Schenkelkanal vorgetreten, und unter dem *Proc. falciformis* in der *Fovea ovalis* zum Vorschein gekommen. Die Einschnürung, welche eine sehr heftige war, lag im Schenkelringe. Der scharfe Rand des Gimbernat'schen Bandes war stark gespannt und musste reichlich eingekerbt werden, um die in einem hohen Grade missfarbene Darmschlinge ohne Anwendung von Gewalt reponiren zu können, da sonst eine Ruptur zu fürchten stand. Der missfarbene Theil des Netzes wurde mit einer Ligatur fest zusammengeschnürt und vor derselben abgeschnitten. Nach erfolgter Reposition und nachdem die Wunde gereinigt, wurden am Brucksackhalse drei blutige Knopfnähte, *Suturae nodosae*, angelegt, von denen das eine Fadenende dicht am Knoten weggeschnitten, das andere aus dem unteren Winkel der Hautwunde herausgeführt ward. Der missfarbige, zum Theil sehr verdickte Grund des Bruchsackes wurde mit dem Messer abgetragen, hierauf auch die Wunde in den Hautdecken bis zu ihrem unteren Winkel, aus welchem die sämmtlichen Fäden heraushingen, durch *Suturae nodosae* sorgfältig vereinigt, und mittelst Plumasseau, Compresse und Heftpflaster ein mässig drückender Contentivverband gemacht, worauf die Operirte auf ihr Lager kam.

Nach der Operation erhielt Patientin ein Clysma mit Ricinusöl und zum innern Gebrauche eine Emulsion. Am andern Tage stellten sich fäculente Ausleerungen ein, und der Heilprocess verlief ohne besondere Erscheinungen bis zum 4. Tage günstig, wo die blutigen Nähte aus der Wunde in den Bauchdecken entfernt wurden, und der grössere Theil der Wundränder verklebt erschien. Allein mit dem 5. Tage begann die Wunde ein missfarbiges Ansehen anzunehmen, und damit fingen die bereits vereinigten Ränder derselben an sich zu lösen. Dieser septische Process nahm aller angewandten Mittel zum Trotze schnell zu, und gewann das Ansehen des Nosocomialbrandes, so dass, nachdem die wirksamsten Mittel erfolglos in Anwendung gezogen waren, um eine grössere Zerstörung zu vermeiden, am 11. Jan., unter Anwendung des Chloroforms, die Cauterisation der Wunde mittelst eines weissglühenden Eisens vorgenommen wurde. Nach Abstossung des Brandschorfes schritt bei einer einfachen Behandlung der Heilprocess schnell und glücklich vorwärts, und die Operirte konnte gegen Ende des Monats Februar, glücklich geheilt und mit einem leicht federnden Bruchbande versehen, entlassen werden.

(Schluss folgt.)

Miscellen.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 12. Mai 1851.

Die Sitzung wird um $7\frac{1}{4}$ Uhr eröffnet. Das Protokoll wird verlesen und angenommen. Hr. Waldeck I. bemerkt anschliessend an das Protokoll, dass er bei einer *Neuralgia plantae pedis* die Aran-sche Flüssigkeit ohne allen Erfolg gegeben habe.

Der erste Punkt der Tagesordnung, Bericht des Hrn. Simon über Hacker's Blennorrhöen, wird wegen Abwesenheit des Hrn. Simon verschoben.

Den zweiten Punkt, die Aufnahme correspondirender Mitglieder betreffend, berichtet Hr. Körte, der Vorstand habe sich dahin vereinigt, vorzuschlagen, dass nicht die Einsendung einer Mittheilung, eines Buches, oder ein Vortrag in der Gesellschaft allein genügen solle, den Vorschlag der Einsender oder Vortragenden zu rechtfertigen, sondern dass ein solcher Vorschlag von 10 Mitgliedern unterstützt werden müsse, wenn der Candidat zum Ballottement in nächster Sitzung zugelassen werden solle, ferner dass lithographirte Briefe mit einer einfachen Anzeige der Wahl angefertigt würden, um den Gewählten statt eines Diploms übersendet zu werden. Hr. Reimer erklärt, da die Gesellschaft den Beschluss gefasst habe, könne er nichts mehr dagegen einwenden, er behalte sich aber vor, in jedem einzelnen Falle principiell gegen den Vorgeschlagenen zu stimmen. Hr. Parow ist für die Vorschläge der Commission, weil er gegen die Aufnahme correspondirender Mitglieder ist. Hr. Posner wünscht zu Gunsten der fremden Herren, welche hier schon einen Vortrag gehalten haben, eine Ausnahme, dahin gehend, dass die Abstimmung über ihre Aufnahme schon auf den Vorschlag eines einzigen Mitgliedes zulässig sei. Dieser Antrag wird verworfen, der Commissionsantrag angenommen. —

Hr. Körte ersucht die Gesellschaft, in Betreff der Mittheilungen über die Fieberbehandlung sich an folgendes Schema zu halten.

Laufende Nummer.	Name, Stand und Alter des Kranken.	Typus und Dauer des Fiebers.	Etwaige Complicationen (Physkonien).	Art und Dauer der Behandlung.	Wann das Febrifugum gereicht (Apyrexie, Frost- oder Hitzestadium).	Dauer der Beaufsichtigung.	Besondere Bemerkungen.

Hr. Neumann erklärt sich gegen die namentliche Anführung der Kranken.

Auf den Vorschlag des Hrn. Körte wird die Anfertigung lithographirter Briefe und eines Stempels oder Petschafts für die Gesellschaft genehmigt.

Hr. Simon berichtet über das Hacker'sche Werk: „die Blennorrhöen der Genitalien", über welches er sich im Ganzen billigend ausspricht. Es seien als etwas Neues dort die gläsernen Specula empfohlen, welche der Berichterstatter aber nach seinen Erfahrungen nicht besonders rühmen könne.

Hr. Körte fragt, ob den Vorschlag, Hrn. Hacker in die Gesellschaft aufzunehmen, 10 Mitglieder unterstützen; es geschieht.

Hr. Kauffmann redet den gläsernen Speculis das Wort, und erwähnt, es seien kürzlich von England aus neue gläserne Specula mit einem Metallbelag und Kautschuküberzug angekommen, welche ein vortreffliches Licht gewähren, aber wegen des hohen Preises und der Zerbrechlichkeit schwer Eingang finden möchten.

In Bezug auf die Behandlung der kalten Fieber theilt Hr. Wegscheider mit, er habe vor 4 Jahren einen Knaben am Wechselfieber behandelt, welcher in der Charité 3 Monate lang mit *Solutio Fowleri* behandelt worden, und während der Fortsetzung dieser Kur eine *Intermittens tertiana* bekam, die erst dem Chiningebrauche wich.

Hr. Körte theilt einen unter den Erscheinungen einer Apoplexie plötzlich eingetretenen Todesfall mit, wo die Section keine Apoplexie oder sonstige Ursache des Todes nachwies. Eine Frau von 43 Jahren, die einmal abortirt und 4 lebende Kinder geboren hatte, bis auf einen *Prolapsus uteri et vaginae* und einen Klappenfehler im Herzen stets gesund gewesen war, bekam im vorigen Sommer *Oedema pedum*, das bis zu den Schamtheilen hinauf stieg, auch die Bauchdecken erreichte und mit eiweisshaltigem Urin verbunden war, nach dem Gebrauch der Digitalis mit Martialien und Drasticis aber allmälig schwand, und nur in der Gegend der Knöchel öfter wiederkehrte. Ausser einem hartnäckigen Katarrh und grosser Neigung zu Verstopfung befand sie sich den Winter über ziemlich wohl, in den letzten Monaten klagte sie etwas über Mattigkeit und starken Blutverlust zur Zeit der Menses, in

den beiden letzten Tagen ihres Lebens befand sie sich aber so wohl, nach ihrer eigenen Aeusserung, wie seit lange nicht; am Abend des 2. Mai legt sie sich nach mässigem Abendessen zu Bett, unterhält sich mit ihrem Manne noch, athmet dann plötzlich einige Male ungewöhnlich tief und laut auf, und ist todt.

Die 18 Stunden später angestellte Section ergab: einige wenige Todtenflecke, Bauchdecken noch warm — sie hatte nämlich 12 Stunden noch im Bette gelegen. Todtenstarre nur noch in den Armen merklich. Die Schädelknochen sehr fest, mässig dick, Diploë fast ganz geschwunden; *Dura mater* mässig blutreich, die Sinus aber strotzend von dunklem dünnflüssigen Blute. Arachnoidea ganz leicht getrübt, nicht blutreich. Das Hirn von gewöhnlicher Consistenz, ziemlich klein, weder äusserlich noch auf dem Durchschnitt mit Blut überfüllt, nirgend ein Bluterguss zu finden; die Ventrikel nicht ausgedehnt, *Plexus choroidei* nicht einmal blutreich, Pons und alle sonstigen Hirntheile ganz normal.

Die rechte Lungenspitze leicht verwachsen, die Pleura hier verdichtet und etwas narbig contrahirt, ohne darunterliegende Reste von Tuberkeln; die linke Lungenspitze ähnlich, aber in geringerem Grade afficirt, sonst beide Lungen gesund. Das Herz vergrössert, und zwar nur das linke, auf demselben ein 1 Silbergroschen grosser alter weisser Sehnenfleck; die Wandung des linken Ventrikels 8‴ dick, der Ventrikel vergrössert (also *Hypertrophia cum dilatatione*), in demselben viel dünnflüssiges dunkles Blut ohne Gerinnsel. Die *Valvula bicuspid.* etwas verdickt aber sufficient, die kleinen Skeda'schen Taschen meist verklebt. Das *Ostium arterios.* so verengt, dass die Spitze des kleinen Fingers nur mit Gewalt eindringen kann, die *Valvul. semilun. aortae* ganz fest verknöchert, auf der oberen, der Aorta zugewandten Seite, der serösen Gefässhaut beraubt und rauh. Der rechte Ventrikel schlaff, von normaler Grösse und Dicke, schwache Fibringerinnsel und Cruor enthaltend, sonst ganz normal.

Die Leber deutlich granulirt, sehr fest, dunkelbraun, der Peritonäalüberzug an mehreren Stellen verdickt, weisslich, die Ränder scharf, die Lebersubstanz in denselben geschwunden, das Peritoneum verdickt; Schnittfläche blutreich, deutlich granulirt, also beginnende *Cirrhosis hepatis.* Milz gross, ziemlich fest, dunkelschieferblaugrau. Nieren ungewöhnlich fest, ziemlich gross, sehr dunkel braunroth gefärbt, wie alle tieferliegenden Theile, namentlich die tieferliegenden Darmschlingen, so dass auf dem Durchschnitt nichts mehr von der Beschaffenheit der *Subst. cortical.* und *pyramidal.* deutlich erkannt werden konnte (Fäulniss). Uterus sehr schlaff, nach hinten umgeknickt und zwar in der Gegend des *Orificium internum*, aber sehr leicht aufzurichten; die *Portio vaginalis* ziemlich 2″ lang, die vordere Muttermundlippe 1″ lang, stellenweise erodirt, am *Orific. externum* einige erbsengrosse *Ovula Nabothi.*

Referent konnte in den Ergebnissen der Section keine Erklärung des so plötzlichen Todes finden, und forderte die anwesenden Mitglieder auf, ihre Erfahrungen über dergleichen Fälle und ihre Ansichten über die Todesursache mitzutheilen.

Hr. Güterbock vermisst in dem Sectionsbericht eine Angabe des Befundes in den Nieren. Englische Aerzte haben bei Bright'scher Nierendegeneration häufig Apoplexien beobachtet, und machen deren Vorkommen von der Blutvergiftung durch Harnstoff abhängig. Hr. G. theilt einen solchen Fall mit, in welchem bei einem apoplektischen Anfall Eiweiss im Urin gefunden wurde, und bei dem Gebrauche drastischer Klystiere und des Elaterium ohne Blutentziehungen Genesung eintrat.

Hr. Körte weist die Aehnlichkeit seines Falles mit dem so eben angeführten zurück, übrigens habe die dunkle Färbung und die ziemlich weit vorgeschrittene Fäulniss der Nieren die Entscheidung, ob hier Bright'sche Degeneration vorhanden sei, unmöglich gemacht.

Hr. Waldeck II. erinnert, dass diese Fälle von plötzlichem Tode in der Pariser Akademie discutirt worden seien, und dass man dort eine Luftentwickelung in dem Herzen und den grossen Gefässen als Ursachen angegeben habe.

Hr. Posner bemerkt, Burrows habe eine Complication von Herzkrankheiten mit Apoplexie häufig beobachtet, und erkläre in seinem Werke, dass die Erscheinungen von Apoplexien *post mortem* fehlen könnten, wenn die Leichen mit erhöhtem Kopfe gelegen, und bei fortdauernder Fluidität des Blutes eine Senkung desselben stattgefunden habe.

Hr. Wegscheider theilt einen ähnlichen Fall mit. Ein 28jähriger Weinhändler, der eine Herzhypertrophie hatte, stürzte, nachdem er eines Abends reichlich getrunken, am nächsten Morgen beim Aufstehen aus dem Bette todt nieder. Bei der Section fand man ein Herz von der Grösse des Herzens eines Ochsen, jedoch ohne alle Klappenfehler.

Hr. Reimer theilt mehrere Fälle mit, in denen nach plötzlich erfolgtem Tode eine Hydatide im *Pons Varoli* gefunden wurde.

Hr. Leubuscher glaubt, es müssen alle die Fälle, wo eine Dyskrasie vorhanden sei, von den hier angeführten Fällen getrennt werden. Plötzlicher Tod trete ohne alle Dyskrasie bei Anämie ein, nach grossen Operationen, in Folge einer vermutheten Veränderung des Wirbelwassers u. s. w. —

Hr. Krieger machte eine Mittheilung über den an demselben Morgen angestellten Versuch, einen Bären zu chloroformiren. Die glücklich abgelaufene Staaroperation, welche White Cooper an einem californischen Bären im zoologischen Garten zu London vollzogen, hatte den Ref. veranlasst, dem Vorstande des hiesigen zoologischen Gartens seine Dienste zur Operation staarblinder Thiere anzubieten. Es war hierauf eingegangen worden, und bei der Besichtigung der augenkranken Thiere zeigten mehrere Affen Amaurose, eine Hyäne Glaukom, ein Cacadu beginnenden grauen Staar auf einem Auge, ein sibirischer Bär (Proryon) ebenfalls grauen Staar. Letzterer wäre also allein zu einer Operation geeignet gewesen. Theils um die Augen genau zu untersuchen, theils um vor dem Operationstage die Wirkung des Chloroforms auf diesen Bären zu ermitteln, verabredete Ref. mit dem Inspector des zoologischen Gartens Hrn. Lütgens einen Tag für diesen Versuch, und brachte $1\frac{1}{2}$ Unzen Chloroform mit. Mit vieler Mühe gelang es, die Füsse des Bären in Schlingen zu fangen, worauf das so gefesselte Thier sich auf die Seite legte und unter beständigem Stöhnen und Sträuben das ihm auf einem Tuche vorgehaltene Chloroform athmete. Als die genannte Quantität verbraucht war, hatte sich eine völlige Narkose nicht eingestellt, der Bär lag aber wenigstens so still, dass Ref. das rechte Auge untersuchen konnte, an welchem er die Hornhaut klar, Iris gesund, und hinter derselben einen ausgebildeten Kapsellinsenstaar wahrnahm. Weil aber das linke Auge noch nicht ebenfalls erblindet war, hielt Ref. eine Operation für jetzt nicht für gerechtfertigt, da möglicher Weise eine darauf folgende Entzündung beide Augen zerstören konnte. Der seiner Fesseln entledigte Bär taumelte umher und lehnte sich mit den Nates gegen die Mauer seines Käfigs, indem er gleichzeitig die Vorderfüsse breitbeinig aufstellte, um eine feste Stellung zu gewinnen. Er erholte sich nur langsam von dieser theilweisen Betäubung, sowie von der Angst, welche ihm ein so ungewöhnliches Verfahren gemacht hatte. —

Hr. Güterbock schlägt vor: In Betracht, dass die Gesellschaft keine Bibliothek anzulegen gedenke, wie aus einer früheren Discussion hervorgehe: die eingesandten Bücher den resp. Recensenten zu überlassen. Nachdem einige Mitglieder dafür und dawider gesprochen, wird der Antrag angenommen.

Hr. Riese schlägt vor, dass eine Liste über die Bücher geführt, und dass der Referent verpflichtet werden solle, jedem Mitgliede, welches es wünschen sollte, Einsicht in dieselben zu gewähren. Der Antrag wird verworfen.

Hr. Reimer macht eine Mittheilung über den Stand der Kasse. Da die Finanzen der Gesellschaft es erlauben, sei es wünschenswerth, dass ein anderes Lokal gewählt werde. Hr. Körte hält es für zweckmässig, dass dieser Antrag wiederholt werde, sobald Hr. Reimer ein passendes Lokal gefunden haben werde. Die Versammlung tritt dem bei.

Der Secretair der Gesellschaft: Krieger.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Kurhessen. Dem Ober-Stabsarzte Med.-Rath Dr. A. Speyer das Ritterkreuz des k. bair. Verdienst-Ordens der Krone, dem Med.-Rathe Dr. Wiegand und dem Landgerichts-Arzte Dr. G. Adelmann zu Fulda dasselbe vom heil. Michael.

Preussen. Dem Sanitätsrathe Dr. Wolff zu Küstrin der Rothe Adler-Orden 4. Kl.

Sachsen. Dem Med.-Rathe Dr. Constantin zu Budissin das Ritterkreuz des Verdienst-Ordens.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt: Die pr. Aerzte DD. M. Blöst in Traunstein zum Physikatsarzt in Sulzbach, L. Zimmermann daselbst zu solchem in Kastl. Physikatsarzt Dr. F. Erhard in Amorbach nach Würzburg als solcher versetzt und zum Ehrenprof. an der med. Facultät der Univ. daselbst mit der Verpflichtung ernannt, Vorlesungen über Staatsarzneikunde zu halten. Versetzt: Physikatsarzt Dr. Einsele von Berchtesgaden nach Tegernsee; Physikatsarzt Dr. Immel von Neu-Ulm nach Göggingen; prakt. Arzt Dr. Loschge von Einskirchen nach Gunzenhausen.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes[1]).

I. Chirurgie.

(Fortsetzung aus No. 14.)

Alquié, Ueber Verbrennungen. Rev. thér. du Mid. 1.

Arnott, *The treatment of Cancer, by the regulated application of an anaesthetic temperature.* London. 8. 32 S.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Balassa, Einiges über Aneurysmen. Wiener Zeitschr., Febr.
— Zur Operation der Speichelfistel. Ibid., Mai.
Baudens, Ueber Hydrocele und eine neue Operationsmethode gegen dieselbe. Gaz. de Paris 1.
Beaupoil, Die Temperatur des Nasenkanals. Ibid. 7.
Beck, Eine Beobachtung über eitrigen Balgkropf. Vierordt's Arch. 2.
Becker, Neues Verbandmittel. Pr. Vereins-Ztg. 19.
Boyer, Krebsige Geschwulst der Mamma. Gaz. des hôp. 6.
Brück, Wiederholte Entzündung des *Antrum Highmori* und Amaurose, geheilt durch die Driburger Kur. Casper's Wochenschrift 9.
Bühring, Die seitliche Rückgratsverkrümmung in ihren physiologischen und pathologischen Bedingungen und deren Heilung, nebst erstem Jahresbericht aus dem orthopädischen Institut am Ausgang der Schöneberger-Strasse zu Berlin. Berlin, Hirschwald.
Burow, Grosse Geschwulst in der Achselhöhle. Deutsche Klinik 24.
Carrière, Zerreissung des *Psoas* und des *Plexus lumbar.* L'Union 14.
Castelnau, Ueber die Vernarbung der Arterien nach der Ligatur. Gaz. des hôp. 13. 14.
Chassaignac, Ueber Aneurysmen der Extremitäten. Arch. gén., Jan.
Coste, Neues Verfahren bei der Radicaloperation der Unterleibsbrüche. Rev. thér. du Mid. 1. 2.
Costilbes, Ueber *Naevus maternus* und über erectile Geschwülste. Rev. méd., Jan.
Cooper, Obliteration des Antrum. Lond. Journ., April.
Demeaux, Ueber die Cauterisation des Blasenhalses mit Höllenstein gegen das Bettharnen junger Leute. Gaz. des hôp. 9.
Deutsch, Verbrennung des Kopfes bei einem Sturze in siedende Lauge. Pr. Vereins-Ztg. 19.
Diday, Anwendung der Blase und des Rhinobion bei Blutungen aus der Nasenhöhle. Gaz. de Paris 2.
Dittel, Das frische Präparat eines Klumpfusses zweiten Grades. Wiener Zeitschr., April.
Emmert, Theilweiser Brand der Zunge. Würtemb. Corr.-Bl. 10.
Forget, *Fractura comminutiva brachii.* L'Union 2.
Genth, Biss eines tollwuthverdächtigen Hundes; Heilung. Deutsche Klin. 6.
Gerdy, *Chirurgie pratique complète. Première monographie: Pathologie générale médico-chirurgicale.* Paris, 1851. Masson.
Girgensohn, Eine Tracheotomie. Rigaer Beitr. z. H. I. 2.
Grantham, Ueber die Wirkungen der Concussion auf die Spina. Lond. Gaz., Jan.
Haller, Ueber Froschgeschwulst. Deutsche Klinik 21. 22. 23. 25.
Hauner, Steinschnitt an einem 6 Jahre alten Knaben. Ibid. 16.
Heyfelder, Bericht über die Vorgänge in der Klinik. (1. *Carcinoma palpebrae super.* 2. *Exstirpatio tumoris carcinomatosi ad nasum.* 3. *Carcinoma glandis, amputatio penis.* 4. *Exstirpatio carcinomatis ad mandibulam, resectio mandibulae.* 5. *Operatio hydrocelis.* 6. *Exarticulatio digiti quarti.* 7. *Exarticulatio hallucis.* 8. *Amputatio brachii.*) Ibid. 17. 20. 21.
Hilton, Ueber einen Fall von Tumor in der Popliteалgegend und über einen Fall von eingeklemmter *Hernia intestinalis femoralis.* Lond. Gaz., März.
Jobert, Grosse Geschwulst des Scrotums. Gaz. des hôp. 8.
Keith, Wunde und Unterbindung der *Art. Carotis interna.* Monthly Journ., Mai.
Laforgue, Fractur beider Knochen des Unterschenkels mit einem Längenbruche der Tibia durch einen Gegenstoss. L'Union 11.
Lange, Abscess des linken Hinterbackens. Med. Central-Ztg. 41.
Léger, Bemerkungen zur Geschichte der Fracturen des Jochbeinbogens. Rev. med.-chirurg., Mai.
Lesser, Eine durch die Resection des kranken Knochentheils geheilte Osteosarcose der rechten Ulna. Casper's Wochenschrift 17.
Linhart, Ueber die ungleiche Länge der unteren Extremitäten. Wiener Zeitschrift, Febr.
Löwenstein, Kritische Bedeutung eines *Tumor cysticus.* Med. Zeitung Russlands 8.
Lorinser, Bemerkungen über die durch Phosphordämpfe erzeugten krankhaften Veränderungen an den Kieferknochen. Wiener Zeitschr., Jan.
Malgaigne, Luxation des Radius und der Ulna. Gaz. des hôp. 8.
Martin-Saint-Ange, Neuer Apparat zur Tamponade der Nasenhöhle. Gaz. de Paris 1.
Meric, de, Ueber die Resection des Schenkelkopfes bei chronischer Coxalgie. L'Union 13.
Michel, Eine merkwürdige Schussverletzung. Würtemb. Corr.-Bl. 9.
Michon, Ueber einige Fälle plastischer Operationen im Gesicht. Rev. méd.-chir., April.
Miller, Ueber Syme's Fall einer mit externer Incision behandelten Urethralstrictur. Monthly Journ., Mai.
Norris, Statistische Notizen über die Sterblichkeit nach der Unterbindung der *Arteria femoralis.* Gaz. des hôp. 10.
Paul, Ueber die Amputation des Fusses. Günsburg's Ztschr. II. 2.
Pitha, Beitrag zur Beleuchtung des Hospitalbrandes. Prager Vierteljahrs-Schrift Bd. 2.
Richard, Ueber das wahre Wesen der Hasenscharte. Arch. gén., April.
Richter, Auscultation der *Tuba Eustachii.* Schmidt's Jahrb., April.
Röser, Weiterer Beitrag zur *Hernia foraminis ovalis incarcerata.* Vierordt's Archiv 1.
Rokitansky, Ueber die dendritischen Vegetationen auf Synovialhäuten. Wiener Zeitschr., Jan.
Roser, Ein Bruchband für die vorderen Scheiden- und Muttervorfälle. Vierordt's Archiv 1.
Roth, 1) *Gangraena parotidis.* 2) Glückliche Anheilung eines beinahe ganz abgehauenen Fingergliedes. Casper's Wochenschrift 18.
v. Rotteck, Fall einer *Hernia foraminis ovalis incarcerata.* Vierordt's Archiv 1.
Saemann, Das medicinisch-chirurgische Poliklinikum des Hrn. Prof. Dr. Burow in Königsberg, nebst einer Mittheilung über die in demselben beobachtete Wirkung des Collodium. Deutsche Klinik 24.
Schindler u. Steudner, Zur Casuistik der Leistenbrüche. Ibid. 19.
Schmid, Das Eindringen von Luft in eine Vene während einer Operation am Halse. Würtemb. Corr.-Bl. 7.
Schuh, Ueber den flachen und über den Epithelialkrebs in diagnostischer Beziehung. Prager Vierteljahrs-Schrift Heft 1.
Scrive, *Cours de petite chirurgie en 24 leçons. Av. 37 pl.* Paris, 1851.
Soulé, Luxation des Ellenbogengelenks. Gaz. des hôp. 15.
Spengler, Heilung einer *Spina bifida.* Deutsche Klinik 13.
— Verletzung des Gehirns; Heilung ohne Zufälle. Casper's W.-Schr. 13.
Stanski, *Recherches sur les maladies des os, désignées sous le nom d'ostéomalacie et lettres sur la cause principale des morts subites survenues pendant l'inhalation du chloroforme. Avec 6 planches colorées.* Paris, 1851. Gerrald et Baillière.
State, Zur Behandlung der Fracturen. Rhein. Monatsschrift, Jan.
Stipanski, Tödtlicher Ausgang einer Kopfverletzung, bei welcher die Trepanation in Anwendung gebracht worden war. Pr. Vereinz-Ztg. 19.
Stricker, Gangrän in Folge von Arterienentzündung. Med. Centr.-Ztg. 28.
Syme, Ueber die Behandlung der Strictur mit externer Incision. Monthly Journ., Mai.
Thore, Exstirpation des Astragalus, mit Erfolg gemacht bei einer Fractur und Luxation dieses Knochens. Arch. gén., Mai.
Traill, Fall von eingeklemmtem Bruch. Monthly Journ., Febr.
Uhde, *Luxatio humeri praeglenoidea recens.* Anatomische Untersuchung. Deutsche Klinik 16.
— Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Braunschweig. (*Exostosis phalangis secundae hallucis.*) Ibid. 24.
Uytterhoeven, Die Anwendung der Gutta-Percha bei Fracturen. Journ. de Brux., Jan.
Velpeau, Ueber die Geschwülste der weiblichen Brust. Rev. med.-chirurg., Mai.
Voltolini, Bandage für Nabelbrüche. Casper's Wochenschr. 8.
Wagner, Mittheilungen aus B. Langenbeck's chirurgischer Klinik. (*Hydrops ovarii; exstirpatio ovarii.* Heilung.) Deutsche Klinik 21.
Weber, Mittheilungen aus dem chirurgisch-augenärztlichen Klinikum des Geh. Med.-Rath Wutzer zu Bonn. (1. Fractur des Oberarmbeines innerhalb der Kapsel; innerer Leistenbruch; Bronchiopneumonie mit tödtlichem Ausgange. 2. Siebzehntägige Luxation des Oberschenkels nach hinten und oben, mit erfolgreicher Einrichtung; Bruch des Oberarmes. 3. Ungewöhnlich ausgedehnter Markschwamm des Hodens, des männlichen Gliedes, der Lungen und der Leber. Deutsche Klinik 15.
Weber, C. O., Notiz über eine Verbindung von Telangiectasie, Fett und Fasergeschwulst. Mitgetheilt von Wutzer. Müller's Arch. 1.
Weber, Verschiedene Fälle von Verletzungen der männlichen Genitalien. Zeitschr. d. Chirurg.-Ver. V. 1.
Wedl, Knochengeschwulst mit eingelagerter Zahnbein- und Schmelzsubstanz. Wiener Zeitschr., März.
Werner, Die gewöhnliche Rückwärtskrümmung des Rückgrates (*Scoliosis habitualis*) und deren Behandlung. Journ. für Kinderkrankh. März und April.
— Die Krümmung an den Gelenken. Pr. Vereins-Ztg. 23.
— Die Krümmungen der flachen und kubischen Knochen. Ibid. 22.
— Der Werth der subcutanen Tenotomie, als Heilmittel des angebornen Klumpfusses. Casper's Wochenschr. 12—14.
— Die Krümmungen der Röhrenknochen. Pr. Vereins-Ztg. 21.
— Die Krümmung der Knochen. Ibid. 20.
Wutzer, Mittheilungen aus der chirurgisch-augenärztlichen Klinik zu Bonn. (Keloide; Amputation beider Unterschenkel; *Hygroma patellae; Ectropium utriusque palpebrae inferioris* und *transplantatio cutis.*) Deutsche Klinik 14.
— Ueber Operation des Dammrisses. Rhein. Monatsschrift, Febr.

Sonnabend, № 26. 28. Juni 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Deutsche Klinik.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber den Einfluss des Chloroforms auf die Leibesfrucht schwangerer Personen.

Vortrag gehalten den 23. April 1851 in der Sections-Sitzung für Pharmakologie der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien

von

Dr. Ludw. Melicher.

So wie jedes neue Heilmittel, so haben auch der Aether und das Chloroform in der ärztlichen und chirurgischen Praxis ihren gewöhnlichen Lauf begonnen. Mit Bewunderung und Staunen suchten sich die Aerzte aller Zweige der Heilkunst diese Mittel anzueignen und sie in den verschiedensten Krankheiten zur Hebung derselben anzuwenden. Doch die Aerzte der operativen Medicin haben sich vorzüglich dieser Mittel bemächtigt, um bei ihren Operationen die Kranken in einen kurzwährenden Zustand von Betäubung und Empfindungslosigkeit zu versetzen. So gierig nach diesem neuen Mittel gegriffen wurde, so gab es doch ruhige und erfahrene Beobachter, welche mit Vorsicht und Skepsis dies Mittel bei ihren chirurgischen Operationen anwendeten.

Schon im Jahre 1849 (Zeitschrift der k. k. Gesellsch. der Aerzte, Octoberheft. LIX.) habe ich mich in dieser verehrten Versammlung über den vorsichtigen Gebrauch des Chloroforms bei den chirurgischen Operationen ausgesprochen. Seit der Zeit hat sich mein Ausspruch nicht geändert, ja vielmehr bin ich durch die ungünstigen, in der medicinisch-chirurgischen Literatur kundgemachten Ereignisse in Folge von Chloroform in meinen Ansichten bestärkt, und bin so frei, einer verehrten Versammlung mitzutheilen, dass beim vorsichtigen, um wie viel mehr bei einem unvorsichtigen Gebrauche des Chloroforms bei manchen chirurgischen Operationen in manchen Fällen nicht ein, sondern zwei Menschenleben aufs Spiel gesetzt werden.

Die neueste medicinisch-chirurgische Literatur Englands, Frankreichs und Deutschlands enthält gegen 8 Fälle, wo Personen, bei denen man die Zahnextraction unter der Chloroformnarkose vornehmen wollte, nicht mehr zum Leben erwachten. Zahnärzten ist bekannt, dass schwangere Frauen nicht selten von den furchtbarsten Zahnschmerzen gequält werden, von denen sie sich zu befreien suchen. So kam vor zwei Jahren zu mir eine Frau, welche im fünften Monat schwanger war, und ersuchte mich, unter der Anwendung des Chloroforms einen cariösen Zahn zu entfernen. Da ihr schon vor einem Jahre unter der Chloroformnarkose ein Zahn extrahirt wurde, da sie anscheinend gesund aussah, so trug ich nach vorhergegangener Untersuchung der Brustorgane (was ich bei jedem Kranken vorzunehmen pflege, der chloroformirt wird) kein Bedenken, dass die Chloroformnarkose auf ihren Körper einen Einfluss haben könnte. Ich extrahirte den Zahn unter der Anwendung des Chloroforms in der kürzesten Zeit, indem Narkotisation und Extraction kaum eine Minute dauerten. Als die Frau zu sich kam, klagte sie etwas über Kopfschmerz, Ueblichkeit und Brechneigung. Ruhe, ein Trunk frischen Wassers und Zulassung reiner atmosphärischer Luft beschwichtigten diese Erscheinungen. Beim Weggehen klagte sie über ein Gefühl von Drücken in der Magengegend und Gurren im Unterleibe, was ich den genossenen Speisen zuschrieb, indem die Extraction des Zahnes um 5 Uhr Nachmittags erfolgte. Gegen 10 Uhr Abends stellten sich contractive Bewegungen der Gebärmutter ein, ein Blutfluss aus den Genitalien und kurz darauf eine Fehlgeburt; die Frucht war todt. Da die Frau vor der Extraction des Zahnes die Bewegungen des Kindes fühlte, da nach genauem Ausfragen die Schwangere während ihres Zustandes sich anhaltend wohl befand, auch keine Einflüsse auf sie einwirkten, welche dem Leben der Frucht nachtheilig werden konnten, so blieb mir nichts Anderes übrig, als auf den möglichen Einfluss des Chloroforms auf die Leibesfrucht zu denken.

Vor ungefähr 4 Wochen kam eine Dame zu mir, um sich von dem ersten rechtsseitigen cariösen Mahlzahn befreien zu lassen. Sie befand sich im neunten Monate der Schwangerschaft; das Kind lebte, was sie durch die fortdauernden Bewegungen der Kindestheile fühlte. Zugleich litt aber die Dame an einer Insufficienz der Bicuspidalklappen mit Hypertrophie und Erweiterung des rechten Herzens und allen dadurch bedingten consecutiven Erscheinungen, Anschwellung der Jugularvenen und bedeutender Vergrösserung der Schilddrüse. Das Athmen war beschwerlich. Empfohlen von einer anderen Frau, bei der unter der Chloroformnarkose ein Zahn extrahirt wurde, verlangte sie ebenfalls unter der Anwendung des Chloroforms die Extraction des ihrigen. Jedoch der organische Fehler des Herzens, das erschwerte Athmen,

---

Feuilleton.

Die Heilkunde unter den Burmesen.

(Nach Berichten englischer Aerzte.)

Von

Dr. Helfft in Berlin.

(Schluss aus No. 25.)

Die Burmesen sind eigenthümlichen Krankheiten unterworfen, gegen welche sie sich sehr wirksamer Mittel bedienen. Zu gewissen Zeiten des Jahres, zumal zur Regenzeit, werden sie hauptsächlich von Würmern, besonders Spulwürmern, heimgesucht. Bei Kindern und bisweilen bei Erwachsenen pflegen diese Myriaden von Entozoen selbst ein Allgemeinleiden des Organismus zu erzeugen. Sie entwickeln sich keineswegs in Folge einer besondern Diät, sondern die eigenthümlichen klimatischen Verhältnisse bilden den Anlass ihrer Entstehung, wofür das Befallenwerden der englischen Soldaten in gleichem Maasse spricht. Höchst auffallend war den englischen Aerzten der Umstand, dass die Kinder der Soldaten zu einer gewissen Zeit des Jahres abmagerten und in einen cachektischen Zustand verfielen und starben, ohne dass sich eine Ursache auffinden liess. Um dieselbe Zeit brachen viele Soldaten Spulwürmer aus, und ihre Zahl stieg in solchem Maasse, dass hier kein zufälliges Zusammentreffen solcher Fälle stattfinden konnte. Die Burmesen wenden ein bestimmtes Mittel an, welches sie Walv-mo oder Wah-tan-mo nennen, eine Fungus-Art, welche auf dem kleinen stachlichen, weiblichen Bambusrohr wächst. Sie sammeln sie sorgfältig während der Regenzeit und bewahren sie wohlbedeckt an einem trockenen Orte auf. Stets ist eine grosse Nachfrage danach und zu Zeiten, wo sie in geringer Menge vorkömmt, wird sie theuer bezahlt. Parkes bediente sich Anfangs der gewöhnlichen Abführmittel, des Terpenthins und der sonst gebräuchlichen Anthelminthica, aber ohne günstige Erfolge, war aber überrascht von der wunderbaren Wirkung jenes Mittels. Ein Kind von einigen Monaten entleerte mit einem Stuhlgange mehr als 60 Würmer nach zwei oder drei Dosen, und einige Stunden darauf noch eine grosse Anzahl; von dieser Zeit an besserte sich die Ernährung und nahm der Appetit zu. Ebenso wirk-

die Schwangerschaft veranlassten Bedenken, ob man in diesem Falle Chloroform anwenden könne oder nicht. Ich setzte der Dame auseinander, dass bei ihr die Anwendung des Chloroforms nicht rathsam sei, da dasselbe entweder auf den krankhaften Zustand der Brustorgane oder auf die Frucht einen nachtheiligen Einfluss haben könne. Jedoch fruchtlos. Die Dame bestand darauf, sich unter Anwendung des Chloroforms den Zahn extrahiren zu lassen; da ich jedoch ihrem Willen nicht Folge leisten wollte, so ging sie zu einem andern Zahnarzte, der ihr unter der Anwendung des Chloroforms den Zahn extrahirte. Sechs Stunden darauf liess mich die Dame wegen grosser Schmerzen im Unterleibe rufen, erzählte mir mit Bedauern, dass sie meinem Rathe nicht gefolgt sei, und dass trotz der Anwendung des Chloroforms der Zahn unter fühlbaren Schmerzen extrahirt worden sei. Es war für die Frau vielleicht ein Glück, dass die Narkose nicht vollkommen eintrat. Kurz darauf fühlte sie Schmerzen im Unterleibe, die immer mehr zunahmen, von deren Befreiung sie meine Hülfe in Anspruch nahm. Der fieberhafte Zustand, das vermehrte Drängen nach abwärts, die öfters wiederkehrenden Schmerzen im Unterleibe, die regelmässig aussetzenden und sich wiederholenden Zusammenziehungen der Gebärmutter, die innere Untersuchung durch die Vagina, der sich eröffnende Muttermund deuteten auf den Eintritt der Geburtsthätigkeit. Die Untersuchung durch das Gehör, das Nichthören des Fötalpulses, ergab, dass das Kind im Mutterleibe abgestorben, und dass der Organismus durch die Contractionen der Gebärmutter sich von der todten Frucht zu befreien trachte. Nach und nach gingen alle Erscheinungen und Veränderungen, welche man während des Verlaufes einer regelmässigen Geburt an der Gebärenden und an dem Kinde beobachtet, vor sich, und binnen einer Stunde war die Gebärende von der abgestorbenen Frucht befreit. Den Eintritt der frühzeitigen Geburtsthätigkeit schrieb sie der Einwirkung des Chloroforms zu.

Da mir der erste Fall bekannt war, da auf diese Dame während ihrer Schwangerschaft gar keine ungünstigen Einflüsse einwirkten, da sie vor der Extraction des Zahnes gesund und wohl sich befand, so blieb mir nichts Anderes übrig, als auf den Einfluss des Chloroforms auf die Frucht im Mutterleibe zu denken.

So unverkennbar diese zwei Fälle auf den nachtheiligen Einfluss des Chloroforms auf die Frucht einer Schwangeren deuten, so unterliess ich nicht, in den Zeitschriften nachzulesen, ob von anderen Chirurgen oder Zahnärzten ähnliche Fälle beobachtet wurden. Zahnärzten entging diese Beobachtung aus dem einfachen Grunde, weil dieselben den Zahn extrahiren, und wenn bei einer schwangeren Person, welcher unter der Chloroform- oder Aethernarkose der Zahn extrahirt wurde, nach der Extraction des Zahnes die falschen oder wahren Wehen eintreten, so wird nicht der Zahnarzt, sondern die Hebamme oder der Hausarzt gerufen. Ich suchte daher jene Stellen auf, wo die Geburtshelfer, unter Anwendung des Chloroforms bei ihrem manuellen oder instrumentalen Verfahren, die Geburt eines Kindes bei einer Schwangeren entweder bloss vorbereiteten, oder auf eine künstliche Weise bewerkstelligten.

So gross auch meine Bemühungen waren, so konnte ich doch keine vollständigen statistischen Daten auffinden und zusammenstellen. In den meisten Fällen war bloss angegeben, dass die geburtshülfliche Operation ohne Schmerzen für die Mutter vor sich gegangen; ob das Kind todt oder lebend zur Welt gekommen, ist nicht angegeben. In mehreren Fällen wurde angegeben, dass das Kind todt zur Welt befördert wurde, in den wenigsten Fällen, dass die Operation unter der Chloroformnarkose für Mutter und Kind glücklich vor sich gegangen, d. i. dass das Kind lebend auf die Welt kam.

Wenn uns die Geburtshelfer einen Aufschluss über diesen Gegenstand geben sollten, so hätten sie sich zuerst die Frage gestellt, ob das Chloroform bei einer geburtshülflichen Operation an einer Schwangeren auch einen Einfluss auf die Frucht habe, und welchen? Sie hätten sich vor der Operation, vor der Anwendung des Chloroforms, von dem Leben oder Tode des Kindes durch die Auscultation und andere bekannte Erscheinungen überzeugen müssen, und während der Geburt die Kennzeichen des Lebens des Kindes berücksichtigen und darauf achten müssen, ob während der Anwendung des Chloroforms das Kind lebend oder todt auf die Welt kam. Obwohl in manchen Fällen es schwer zu bestimmen sein wird, ob bei einer schwierigen protrahirten geburtshülflichen Operation der Tod des Kindes während derselben in Folge der schwierigen Operation oder in Folge der Einwirkung des Chloroforms erfolgt sei, so wird man in der Mehrzahl der Fälle doch zu einem sicheren Schluss gelangen, ob die Chloroformnarkose einer Schwangeren oder Gebärenden für deren Frucht gefährlich ist oder nicht.

Da das Chloroform durch seine Einwirkung auf das Nerven- und Gefässsystem die zu Operirenden in einen Zustand von gänzlicher Bewusstlosigkeit und Lähmung versetzt, da der Puls und die Respiration während der Narkose bedeutend unter die Norm herabsinken, da das Chloroform in die Blutmasse eindringt, und selbst in der geringsten Menge auf chemischem Wege im Blute nachgewiesen werden kann, da das Blut einer Schwangeren durch den Mutterkuchen und die Nabelschnur der Frucht im Mutterleibe beständig zufliesst, so fliesst auch das chloroformirte Blut der Frucht zu, wodurch diese in einen lähmungsartigen Zustand versetzt wird, demzufolge das schwache Leben eines Fötus auslöschen kann, besonders wenn eine grössere Menge von Chloroform eingeathmet wurde und im tiefen soporösen Zustande die Schwangere operirt wird. — Ein anderer möglicher Fall ist, dass durch die langsame Strömung des Blutes in den Adern der Mutter, während der Narkose, eine Stockung, eine Hemmung des Blutzuflusses durch die Nabelschnur zum Fötus stattfinden und dadurch ein Absterben der Frucht erfolgen kann, besonders wenn bei schwierigen Operationen die Schwangere eine längere Zeit, eine Stunde und darüber, im tiefen Sopor erhalten wird.

Diese Schlüsse zu stellen, erlaubt die Erfahrung, indem erwachsene Personen, mit einem kräftigeren Nerven- und Gefässsystem begabt, als der Fötus, der Einwirkung des Chloroforms unterliegen können, um wie viel leichter kann dies beim Fötus im Mutterleibe erfolgen. Hier muss ich noch bemerken, dass, wie auch andere Chirurgen bei den Operationen an Kindern mittelst Chloroform beobachtet haben werden, die Kinder in einigen Augenblicken, durch 3—4 tiefe Inspirationen des Chloroformdunstes, während des Schreiens in einen bewusstlosen lähmungsartigen Zustand versetzt werden, und es immer rathsam ist, dass dabei die Kinder reine Luft zu athmen bekommen, indem man zeitweise das mit Chloroform benetzte Tuch vom Munde entfernt. Selbst bei geringen Quantitäten von eingeathmetem Chloroform dauert die Narkose länger als bei Erwachsenen.

Ist einmal das Leben des Fötus im Mutterleibe erloschen, dann sucht der menschliche Organismus sich des todten Körpers zu entledigen, es tritt die Geburtsthätigkeit ein, welche schon durch den Einfluss des Chloroforms auf den Uterus angeregt ist, und die todte Frucht wird aus dem Körper ausgeschieden.

So unverkennbar wohlthätig die Wirkungen des Chloroforms bei der Vornahme der chirurgischen Operationen sind, so fühlte ich mich doch bewogen, obige zwei Fälle einer verehrten Versammlung und der Oeffentlichkeit mitzutheilen, um dadurch die Chirurgen, Zahnärzte und Geburtshelfer aufmerksam zu machen, bei Vornahme etwaiger Opera-

---

sam zeigte es sich bei Erwachsenen, es reagirt, wenn es frisch ist, schwach sauer und scheint seiner Wirksamkeit verlustig zu gehen, sobald diese saure Reaction, was sehr schnell geschieht, aufhört.

Hautkrankheiten treten sehr häufig auf, zumal verschiedene Formen von Herpes. Sie bedienen sich dann mannigfacher reizender Ueberschläge, besonders des scharfen Saftes einiger Akacien und Mimosenarten. Das Sandelholz mit Wasser zu einer Paste bereitet, wird zu diesem Zwecke angewandt, und auch von Frauen als Cosmeticum benutzt.

Die **Lepra** gehört zu den allgemein verbreitetsten Affectionen und wird für erblich gehalten, so dass Kinder eines Leprösen, wenn sie auch nicht selbst an der Krankheit leiden, nur sich mit Kindern solcher Individuen verheirathen dürfen, die damit behaftet sind. Die Leprösen werden sogleich ausgestossen, ihnen besondere Plätze zum Wohnen angewiesen, und sie sind verpflichtet, eine eigenthümliche Kleidung zu tragen. Dennoch scheinen die Gesunden keinen Abscheu vor solchen Individuen zu haben, und Frauen folgen oft ihren mit der Lepra behafteten Gatten in ihr Exil und leben fortwährend mit ihnen. Sie halten die Krankheit für unheilbar.

Chirurgische Operationen sind ihnen fast ganz unbekannt, was um so auffallender erscheint, als bösartige Geschwülste oft vorkommen und das Leben in Gefahr bringen. Sie hegen jedoch eine grosse Abneigung gegen schneidende Instrumente, und lassen daher auch alle Abscesse sich von selbst öffnen und fomentiren sie sorgfältig, um sie rasch zur Reife zu bringen. — Die Fracturen behandeln sie leidlich mittelst Bandagen und Vorkehrungen, das Glied in unveränderlicher Lage zu erhalten. Wahrscheinlich besitzen sie ebenfalls genaue Kenntnisse über die Behandlung der Luxationen.

Die **Geburtshülfe** bildet vielleicht den schwächsten Punkt ihrer Praxis, weshalb auch eine grosse Anzahl von Wöchnerinnen und Kindern stirbt. Sie lassen die Geburt ungestört von Statten gehen, bis das Kind geboren ist. Die Placenta wird dann gewaltsam abgelöst und ein grosser Stein gleich darauf auf den Uterus gelegt, um die copiöse Blutung, die oft eintritt, zu verhüten. Sobald die Blutung einigermaassen gestillt, wird ein grosses Feuer rings um das Bett angezündet und fast 24 Stunden unterhalten. Das Kind wird nicht an die Brust gelegt und der unglücklichen, von dem höchsten Grade der Hitze gepeinigten, aus allen Poren schwitzenden Mutter mit tremuliren-

tionen mittelst des Chloroforms bei schwangeren Personen den Einfluss desselben auf die Frucht im Mutterleibe zu berücksichtigen, weil es bei Operationen, die mit einem flüchtigen Kunstakte vollzogen werden, z. B. bei Zahnextractionen, gerathener ist, nicht das Chloroform anzuwenden, als die Mutter, oder die Frucht, oder beide zugleich dem Chloroformtode auszusetzen. Dieser Umstand bewog mich auch, die zweite Dame gehen zu lassen, ohne zu operiren, weil ich durch den ersten Fall überzeugt war, dass das Chloroform nicht ganz indifferent ist auf die Leibesfrucht. Diese Fälle bewogen mich, die Geburtshelfer aufmerksam zu machen, dass in manchen Fällen, wo sie das Chloroform anwenden, um mittelst desselben die geburtshülfliche Operation auf eine für die Gebärende unschmerzhafte Weise vorzunehmen, das Kind durch die Chloroformvergiftung des Blutes todt zur Welt befördert wird, was nicht geschehen wäre, wenn das Kind ohne Chloroformirung der Mutter durch manuelle oder instrumentale Hülfe zu Tage befördert worden wäre. Diese Fälle sind geeignet, auch die Chirurgen aufmerksam zu machen, dass, wenn sie nothgedrungen bei schwangeren Personen eine lebensrettende Operation vornehmen müssen, z. B. Amputation einer durch eine Maschine zermalmten Hand, wie sich bei schwangeren, in Fabriken arbeitenden Personen leicht ereignen kann, sie mit der Anwendung des Chloroforms vorsichtig sein mögen.

Von mehreren Herren Collegen befragt, ob die Aethernarkose ähnliche Uebelstände bei schwangeren Personen hervorrufe, wie das Chloroform, kann ich Folgendes erwidern. Die Aethernarkose ruft dieselben Nachtheile hervor, welche die Chloroformnarkose bewirkt; der Aether wirkt auf die weiblichen Geschlechtsorgane sowohl bei schwangern als nichtschwangern Personen. Den angenehmen Empfindungen und schönen Träumen in den überirdischen Gefilden folgen nicht selten traurige Nachwirkungen. Es wäre hier zu weitläufig, die beschriebenen Nachwirkungen, welche die Aether- oder Chloroformnarkose bei den Operirten herbeiführt, anzugeben, dem Wundarzte, welcher viele Kranke narkotisirt und dieselben auch später beobachtet hat, werden sie bekannt sein.

Obwohl mir in meiner Praxis, während die Aethernarkose im Schwunge war, kein Fall vorgekommen, wo ich bei einer Schwangern unter der Aethernarkose eine Operation vorgenommen hätte, so sind besonders französischen und englischen Chirurgen mehrere Fälle vorgekommen, wo schwangere Personen narkotisirt, nach derselben abortirten. Ich habe deren über 10 Fälle aus den französischen und englischen Zeitschriften i. J. 1846 — 48 notirt. Leider sind mir diese Notate verloren gegangen, so dass ich die einzelnen Fälle anzuführen nicht im Stande bin. Jedoch mit Bestimmtheit bin ich aus eigener Erfahrung anzugeben im Stande, dass der Aether auf das Uterinalsystem einen grossen Einfluss habe. Ref. hat einem Mädchen unter der Aethernarkose eine Thränenfistel operirt. Die Operation verlief gut. Das Mädchen menstruirte früher regelmässig, die Menstruen kamen ohne Schmerzen. Nach der Operation stellte sich eine Dysmenorrhöe ein, die Menstruen erschienen regelmässig in geringer Menge, jedoch von den heftigsten Schmerzen in den Uterinorganen begleitet, welche zuweilen mit nervösen und hysterischen Symptomen verbunden waren, oder diesen nachfolgten. Seit beinahe drei Jahren sind alle möglichen Mittel die furchtbaren Schmerzen beim Eintritt der Menstruation zu heben nicht im Stande gewesen. Aehnliche Fälle, jedoch im minderen Grade, habe ich deren zwei beobachtet. Bei anderen Personen, bei denen die Menstruation regelmässig war, traten nach der Aethernarkose Gebärmutterblutungen ein, die Menstruen waren profus, was vor der Operation nicht der Fall war, sie waren unregelmässig, so dass sie alle 14 Tage erschienen. Es waren dies Personen von brünettem Teint, schwarzen Haaren. Die Regulirung der Menstruen gelang auf therapeutischem Wege.

Da das Chloroform und der Aether einen Einfluss auf das Uterinalsystem ausüben, da beide einen starken Zufluss des Blutes gegen dasselbe bewirken, welcher nachtheilige Folgen sowohl bei schwangeren als nichtschwangeren Personen bewirken kann, so kann man den gerechten Schluss ziehen, dass eine Mischung von Chloroform und Aether, welche von einigen Aerzten zur Narkotisation ihrer Kranken angewendet wird, nicht ohne Einfluss bei dem weiblichen Geschlechte auf das Uterinalsystem sei.

So viel ist sicher, dass das Chloroform und der Aether, wenn auch nicht bei allen, doch bei vielen Personen des schönen Geschlechtes Störungen in den normalen physiologischen Verrichtungen der Geschlechtsorgane bewirken, dass bei nichtschwangeren Personen die Narkose nur bei sehr schmerzhaften Operationen vorgenommen, und bei schwangeren sowohl Chloroform als Aether gar nicht anzuwenden sei, und überhaupt der praktische Zahnarzt oder der praktische Geburtshelfer bei seinen Operationen sich in den seltensten Fällen des Chloroforms oder des Aethers bediene.

Klinische Bemerkungen über einige weniger bekannte Krankheiten der Zunge.

Von

Professor Dr. Möller in Königsberg.

1) Chronische Excoriationen bilden sich auf der Zunge nicht selten, in Gestalt von unregelmässigen, meist scharf umschriebenen, hochrothen Flecken, auf denen sichtlich das Epithelium abgestossen oder wenigstens sehr verdünnt ist und die Papillen hyperämisch und angeschwollen erscheinen, daher etwas über das Niveau der benachbarten gesunden hervorragen. Niemals zeigt sich auf ihnen ein krankhaftes Secret, niemals entwickelt sich tiefere Verschwärung daraus, selbst zur Ausbreitung nach der Fläche zeigen sie nur geringe Neigung, bestehen dagegen in der einmal erlangten Grösse und Form meist sehr hartnäckig fort. Sie zeigen sich vorzüglich auf den Rändern und der Spitze der Zunge; öfters sind gleichzeitig ähnliche Flecken auf der unteren Fläche der Zunge und an der inneren der Lippen vorhanden; in den hinteren Gegenden der Mundhöhle sah ich sie nie. — Diese Excoriationen verursachen ein sehr lästiges Brennen, welches den daran Leidenden bei übrigens guter Esslust den Genuss aller Speisen, selbst der mildesten, verleidet und die Geschmacksempfindung völlig übertäubt. Auch die articulatorische Bewegung der Zunge wird bisweilen etwas schmerzhaft.

Mir ist dies Leiden bis jetzt sechsmal vorgekommen; sämmtliche Kranke waren Frauen in mittleren Jahren. In allen diesen Fällen bestanden die Excoriationen, als die Kranken in Behandlung kamen, bereits monatelang und zeigten sich auch gegen die angewandten Mittel äusserst hartnäckig. Mundwässer mit *Liq. Chlori*, Bepinseln mit schwächeren oder stärkeren Höllensteinlösungen hatten entweder gar keinen oder nur vorübergehenden Erfolg.

Für mehr, als ein bloss zufälliges Zusammentreffen muss ich es halten, dass 5 von diesen 6 Patientinnen erweislich mit Tänia (resp. Botryocephalus, bei uns kommen beide Parasiten ziemlich gleich häufig vor) behaftet waren. Die eine Frau litt bereits seit längerer Zeit an heftigem Durchfall mit Empfindlichkeit des Leibes gegen Druck, öfters

---

dem Pulse wird kaum gestattet, etwas zu trinken, ausgenommen gewürzhafte Aufgüsse. Eine grosse Erschöpfung, zuweilen ein heftiges Fieber stellen sich ein, und sehr viele unterliegen diesen Qualen.

Dieselben sind jedoch als ceremoniöse Religionsgebräuche vorgeschrieben und das Feuer soll die bösen Geister, deren es in der Mythologie der Burmesen eine grosse Anzahl giebt, abhalten.

Auch die Behandlung der Krankheiten durch Zaubermittel ist allgemein verbreitet, weniger unter den Aerzten, als unter den Laien. Alle epidemischen Krankheiten, wie die Cholera, Pocken u. s. w. schreiben sie bösen Geistern zu, deren Zorn sie durch Gifte, Zauberformeln und verschiedene Schutzmittel zu beschwichtigen suchen. Die Cholera halten sie für eine Strafe wegen begangener Verbrechen.

Unter allen Völkern des Ostens herrscht die Sitte des Opiumrauchens; unter den Burmesen gilt es für eine Verschwendung, und nur die Reichen fröhnen dieser Gewohnheit. Sie rauchen ebenso wie die Chinesen; das feinste Opium wird in Wasser aufgelöst, dann gelinde erhitzt, und aus dem dadurch erhaltenen Extract werden kleine Pillen gebildet. Jede Pille wird in eine Höhlung an der Seite einer Pfeife gelegt mittelst einer mit Naphtha gefüllten silbernen Lampe angezündet und reicht für drei bis vier Inhalationen hin. Der Burmese begnügt sich mit einigen Granen, die ihn in Aufregung und Thätigkeit versetzen. Niemals erzeugt es bei ihm Schlaf, ein Beweis, eine wie verschiedene Wirkung es auf die einzelnen Nationen äussert. Eine mässige Dose berauscht den Chinesen oder erzeugt einen träumerischen Zustand; der Malaie wird in Wuth und Aufregung versetzt, bei dem Burmesen ruft sie eine Steigerung der Muskelkraft hervor. Gewöhnlich raucht er, wenn er eine schwere Arbeit zu verrichten hat, eine oder zwei Pfeifen Opium, arbeitet dann sechs oder acht Stunden mit ungewöhnlicher Energie und Gewandtheit, und verfällt dann in einen gesunden und erquickenden Schlaf. Grosse Dosen erzeugen bei allen Nationen dieselbe Wirkung. Zuerst kommen ihnen furchtbare Traumbilder vor, und dann verfallen sie in einen tiefen Schlaf oder Coma. Da das Opium zu theuer ist, um viel gebraucht zu werden, so wurden nie die schwächenden Folgen beobachtet, die unter den Chinesen vorzukommen pflegen. Sowohl den Burmesen, wie den Bewohnern der Küste von Malabar scheint das Kauen und Rauchen des Hanfsaamens weit nachtheiliger zu sein, als des Opiums.

auch mit Blutspuren in den Abgängen, so dass man nicht umhin konnte, einen Verschwärungsprocess der Darmschleimhaut anzunehmen. Die verschiedenen adstringirenden Metallsalze und tanninhaltigen Mittel hemmten den Durchfall immer nur auf kurze Zeit, waren aber nicht im Stande, seine Wiederkehr zu verhindern. Ebenso wenig leisteten die zu Anfang, so lange es die Kräfte noch gestatteten, ein paar Male angewandten örtlichen Blutentziehungen in Verbindung mit kleinen Gaben Calomel und Opium. Patientin gerieth in einen immer drohenderen Zustand von Erschöpfung und Anämie, wobei denn die Zunge und ihre excoriirten Stellen natürlich blass wurden, ohne indess ihr wundes Aussehen zu verlieren. Die Kranke wurde nach einiger Zeit der ärztlichen Behandlung müde, so dass ich sie nicht weiter beobachten konnte; sie hat sich aber, wie mir bekannt geworden, nach langem Leiden sehr allmälig erholt und lebt noch. — Bei einer zweiten Frau bestanden die durch den Bandwurm unterhaltenen Beschwerden in heftigen Anfällen von Gastrodynie mit Erbrechen, Schwindel und grosser Mattigkeit. Patientin erhielt nach fruchtloser Anwendung der Granatwurzelrinde und des *Extr. filicis* das Chabert'sche Oel, welches sie 6 Wochen lang in steigender Gabe mit so gutem Erfolge nahm, dass nicht allein die dyspeptischen und nervösen Erscheinungen gänzlich wichen, sondern auch die Excoriationen der Zunge ohne Anwendung örtlicher Mittel heilten. Auch jetzt nach beinahe einem Jahre sind die Excoriationen nicht wiedergekehrt, obgleich der vor einigen Monaten unter geringen Beschwerden eingetretene Abgang von Bandwurmstückchen leider bewiesen hat, dass der Erfolg der Kur kein radicaler gewesen ist. — Bei zwei weiteren Kranken bildete das Zungenleiden die Hauptsache, und erst auf Befragen erfuhr ich die Anwesenheit des Parasiten, der sonst fast gar keine krankhaften Erscheinungen bedingte. Die fünfte Kranke endlich kam wegen starker Menorrhagien und Leukorrhöe, von Anschoppung des Uterus abhängig, zu mir; sie war anämisch und die excoriirte Zunge ebenso blass, wie bei der zuerst aufgeführten Frau; von den gewöhnlichen Symptomen des Bandwurmleidens war auch sie vollkommen frei, auch das Brennen im Munde war bei ihr weniger intensiv als bei den anderen. Unter solchen Umständen konnte ich eine anthelminthische Kur bei den 3 letzten Kranken nicht für gerechtfertigt halten.

Am nächsten scheint mir der so eben gemachten Schilderung diejenige zu kommen, welche Dann in Hufeland's Journal für 1843 von der sogenannten *Aphtha excorians* giebt. Indessen habe ich niemals bemerken können, dass die in Rede stehenden Excoriationen, wie es Dann von seiner Krankheitsform angiebt, aus kleinen Bläschen hervorgingen, sondern es schien immer von vorn herein Abstossung des Epitheliums stattzufinden, wie ich in denjenigen Fällen beobachten konnte, wo sich die Excoriationen nach vorübergehender Ueberhäutung von neuem bildeten. Auch die von Réquin unter dem Namen *Glossitis superficialis* und *Gl. papillaris* beschriebenen beiden Krankheitsformen kommen mit der obigen nicht ganz überein: bei der ersteren soll die ganze Oberfläche der Zunge afficirt und der entzündliche Charakter des Leidens stark ausgeprägt sein, daher consecutive Anschwellung der Halsdrüsen und bisweilen sogar Ausgang in Brand; bei der *Gl. papillaris* sollen besonders die an der Basis der Zunge befindlichen Papillen betheiligt „roth, hart und hervorragend" sein, es soll auch das Uebel nur nervöse, hysterische Frauen befallen, was auf obige Beobachtungen gewiss nicht passt, wenn man auch den Gebrauch des Namens „Hysterie" noch so weit ausdehnt. Vielleicht ist eher ein Theil der sogleich näher zu bezeichnenden Fälle zu dieser Réquin'schen Form zu zählen. Endlich finden sich in Naumann's med. Klinik Bd. IV. 1. pag. 301 einige, aber zu kurze und unbestimmte Andeutungen ähnlicher Beobachtungen, wie die so eben mitgetheilten.

2) Hyperästhesie der Zunge. Eine krankhafte Steigerung des Gemeingefühls der Zunge ist eine nicht gar seltene Erscheinung, wird auch als solche bereits von Romberg bei Gelegenheit der *Hyperaesth. gustatoria* vorübergehend erwähnt. Es ist jedoch die Frage von Interesse, ob man sie für den Ausdruck einer idiopathisch erhöhten Reizbarkeit des Gefühlsnerven der Zunge, also für ein sogenanntes dynamisches Leiden, eine wahre Neurose oder andererseits für das Resultat einer abnormen Reizung zu halten habe? Für die erstere Annahme spricht die Wahrscheinlichkeit in solchen Fällen, wo die Affection der Zunge ähnlich, wie sonst andere ächte Neuralgien auftritt: halbseitig, anfallsweise, combinirt oder abwechselnd mit analogen Erscheinungen in andern Gebieten des Nervensystems und besonders des Quintus, auch wohl mit gleichzeitiger Betheiligung motorischer Nerven. So verhält sich aber die Hyperästhesie der Zunge nur in den selteneren Fällen. Weit öfter stellte sie sich mir dar als eine über beide Seiten des Organs ausgebreitete, permanente, aber beim Genuss von Speisen zunehmende brennende Empfindung, die den Geschmack mehr oder minder undeutlich machte, selbst ganz übertäubte. Manche der daran Leidenden klagten zugleich über eine lästige Trockenheit im Munde. Die Zunge zeigte dabei ein völlig normales Aussehen, war auch gegen Berührung nicht empfindlicher, als im gesunden Zustande; nur eine Kranke gab an, dass ihr auch das Anstossen der Zungenspitze an die Kiefer beim Sprechen unangenehm sei; bei dieser schienen die Papillen der Zungenspitze etwas vergrössert zu sein, jedoch ohne alle Hyperämie. Alle Kranken, bei denen ich dies Phänomen bisher beobachtete, waren Frauen [1]) in vorgerückterem Alter, keineswegs hysterisch oder sonst zu Nervenleiden besonders disponirt. Jenes Symptom stand entweder ganz isolirt da oder in Verbindung mit solchen anderen, welche eine abnorme Beschaffenheit der Secrete der Mundhöhle wahrscheinlich machten. Ein paar derartige Kranke waren in der klimakterischen Periode und nicht frei von den alsdann so oft sich entwickelnden Beschwerden einer *Plethora abdominalis*. Eine Andere litt seit Jahren an einem grossen Carcinom, das wahrscheinlich ursprünglich vom Pylorus oder dessen Nachbarschaft ausgegangen, jetzt bereits mit allen umliegenden Eingeweiden und den Bauchdecken zu einer umfangreichen Geschwulst verschmolzen war. Bei dieser Frau stellte sich in den letzten Monaten ihres Lebens jene Hyperästhesie der Zunge zugleich mit beständigem Durste und namentlich mit sehr rasch fortschreitender cariöser Zerstörung der bis dahin gesunden und schönen Zähne ein. Letztere Verbindung liess mich zunächst eine saure Reaction der Mundflüssigkeiten muthmassen. Doch konnte ich über diesen Punkt zu keinem sicheren Resultate gelangen; ein paar Male röthete sich das Lakmuspapier, andere Male nicht. Zu einer genaueren chemischen Untersuchung war nicht die genügende Menge Secret zu erhalten.

Was die Therapie dieses Leidens betrifft, so war sie hauptsächlich auf die etwaigen zum Grunde liegenden allgemeinen Störungen gerichtet. Wo Zeichen von Unterleibsstockungen zugegen waren, genügte der Gebrauch salinischer Mittel oder noch besser der auflösenden Mineralwässer neben Vermeidung gesalzener, stark gewürzter Speisen und spirituöser Getränke, um jene sammt dem Brennen auf der Zunge zu beseitigen. Wo sich eine solche Handhabe für die innere Behandlung nicht darbot, versuchte ich anfänglich narkotische Mundwässer, überzeugte mich jedoch bald von deren Erfolglosigkeit und überliess daher später das Uebel sich selbst; nach einiger Zeit verschwand es dann allmälig.

3) Fall von erworbener Hypertrophie der Zunge. Ein Knabe von 8 Monaten, leucophlegmatischen Aussehens, mit grossem Schädel, stark prominirender Stirn und weit offenen Fontanellen, etwas angeschwollenen Gelenkenden an Vorderarmen und Unterschenkeln wurde im August 1850 nach der Poliklinik gebracht. Als das Kind 6 Wochen alt gewesen war, hatte ihm die Mutter das angeblich sehr dicke und kurze Frenulum lösen lassen. Vielleicht hatte hierbei eine Quetschung durch eine stumpfe Scheere stattgefunden — kurz, von da an entwickelte sich am Bändchen eine Ulceration, die wir noch — von unregelmässiger Gestalt, mit unreinem speckigem Grunde und harter Umgebung — vorfanden. Darauf waren allmälig die vordere, untere Partie der Zunge und die Unterkieferdrüsen angeschwollen, und hatte besonders in letzter Zeit die Anschwellung ziemlich rasch bis zu dem Grade zugenommen, dass man die Zunge in dem offenstehenden Munde zwischen den Kiefern hindurch den grössten Theil der Mundhöhle einnehmen sah. Schmerzhaft schien sie nicht zu sein; ihre Bewegungen waren natürlich sehr beschränkt, doch war das Saugen noch möglich; die Färbung war die natürliche, eher blässer als dunkler; die Consistenz mässig derb. Im Uebrigen war das Befinden des Kindes trotz der im Habitus ausgeprägten Rhachitis ganz befriedigend; die Verdauung gut, 2 Unterzähne bereits durchgebrochen, auch die geistigen Fähigkeiten seinem Alter angemessen entwickelt. Es wurde Jodkali innerlich gegeben und Jodsalbe unter dem Kiefer eingerieben.

Die Geschwulst wuchs aber nun noch schneller, als zuvor. Die Lymph- und Speicheldrüsen des Unterkiefers bildeten bald nur einen einzigen harten Knollen, die Zunge wurde ebenfalls bedeutend härter, bedeckte sich an mehreren Stellen der unteren Fläche in Folge des Drucks des Unterkiefers und der Schneidezähne mit plastischen Exsudaten, ihre Papillen vergrösserten und verhärteten sich zum Theil dergestalt, dass manche das Aussehen und die Derbheit spitzer Condylome bekamen, und das Saugen wurde bald ganz unmöglich, so dass die Mutter dem Kleinen zuerst ihre Milch mit dem Löffel einflössen, und, da bei diesem Verfahren dieselbe natürlich bald versiegte, die Ernährung mit Kuhmilch eintreten lassen musste. Dabei blieb die Zunge von normaler, eher etwas blässerer Färbung und geringerer Empfindlichkeit gegen Druck. Kein Fieber, überhaupt bis auf Trägheit des Stuhlgangs und grosse Unruhe des Kindes keine sichtliche Störung in dessen Befinden. Es wurden, so ungern wir uns bei dem anämischen Aussehen des Kindes auch zu Blutentziehungen entschlossen, zweimal

[1]) So eben, nach Vollendung dieses Aufsatzes, kommt mir ein Mann in den Vierzigern mit obigem Leiden behaftet vor; alles übrige oben Gesagte passt auch auf diesen Kranken.

Blutegel unter das Kinn gesetzt, erweichende Cataplasmen gemacht und neben dem Jodkali ab und zu etwas Rheum gegeben. Bald aber musste von inneren Mitteln ganz und gar abgestanden werden: die Zunge vergrösserte sich nach oben und hinten so, dass sie dem Gaumen dicht anlag und die Mundhöhle vollständig ausfüllte; nach vorn ragte sie jedoch nur wenig hervor. Von Schlucken war natürlich keine Rede, selbst das Athmen ging nicht ohne bedeutende Schwierigkeit von Statten. Um das Kind vor dem Verhungern zu bewahren, musste mit einiger Mühe ein elastischer Katheter zwischen Zungenrücken und Gaumen bis in den Schlund geführt und durch denselben von Zeit zu Zeit etwas Bouillon oder Milch eingespritzt werden. Drei Tage lang musste diese Art der Ernährung fortgesetzt werden, denn erst sehr allmälig gelang es, durch wiederholte, tiefe Scarificationen, die verhältnissmässig wenig bluteten, durch abermalige Application von Blutegeln und fortgesetztes Cataplasmiren die Geschwulst wenigstens so weit zu verringern, dass das Schlingen wieder nothdürftig ausführbar wurde. Damit aber trat auch ein Stillstand in der Rückbildung des kranken Theils ein, und die antiphlogistische Methode schien sowohl deshalb, als wegen der sehr geschwächten Kräfte des Kindes ihre Grenze gefunden zu haben. Wir beschlossen demnach, wieder die zum Grunde liegende dyscrasische Anlage zum Objecte der Behandlung zu machen und verordneten den Leberthran.

Von da an datirt eine zwar langsam, aber continuirlich fortschreitende Besserung. Das Mittel wurde zwar mit einigem Widerwillen genommen, aber im Ganzen gut vertragen, ausser dass immer von Zeit zu Zeit der Stuhlgang durch Rheum befördert werden musste. Die Zunge sowohl, wie die angeschwollenen Drüsen nahmen mehr und mehr an Volumen und Härte ab, letztere schieden sich und wurden einzeln fühlbar und verschieblich, die Zunge gestattete das Schlingen ohne Unbequemlichkeit und schien auch den ersten articulatorischen Versuchen des Kindes nicht hinderlich zu sein; ihre wuchernden Papillen kamen auf das normale Volumen zurück. Gleichzeitig wurde auch die allgemeine Ernährung des Kindes besser und 3 Schneidezähne brachen durch. Als aber zu zwei verschiedenen Malen des Versuchs wegen der Leberthran auf einige Zeit ausgesetzt wurde, nahm alsbald die Anschwellung der Zunge und der Drüsen wieder zu.

Gegenwärtig ist das Kind 18 Monate alt und zeigt von dem früheren Leiden nur noch einen geringen Ueberrest. Die Zunge ist noch etwas dicker und schwerfälliger, als gewöhnlich. Der Mund kann geschlossen werden, wird aber, wohl zum Theil aus Gewohnheit, immer etwas offen gehalten.

Der so eben geschilderte Fall steht zwischen der angebornen Hypertrophie der Zunge, wie sie bei Kretinismus nicht selten ist, und der chronischen Glossitis in der Mitte. Jener ist er verwandt durch die zum Grunde liegende Rhachitis und die frühzeitige Entwickelung des Leidens, so wie durch die Abwesenheit von activen Symptomen; der Glossitis nähert er sich durch die einmalige subacute Steigerung der Anschwellung. Bemerkenswerth bleibt jedenfalls die durch die blosse antidyskrasische Behandlung erreichte Rückbildung der Geschwulst, während in allen von mir in der Literatur aufgefundenen verwandten Fällen (ich schliesse natürlich die Bildung syphilitischer Tuberkel in der Zunge, die man mitunter als chronische Glossitis beschrieben findet, hier aus!) ein operatives Heilverfahren nöthig wurde.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Aus der medicinischen Klinik des Dr. A. Siebert in Jena.

Rheumarthritis und Scarlatina.

Anna Margaretha Dathan (26 Jahre alt, aus Niederzimmern, aufgenommen den 26. Octbr. 1850), ein vordem gesundes, blühendes Mädchen, hat sich aller Verkältung und Durchnässung einer beschäftigten Dienstmagd ausgesetzt, und wurde von einer schmerzhaften Anschwellung mehrerer Gelenke befallen. Die Finger- und Handgelenke, das linke Knie sind mässig angeschwollen und fühlen sich wachsweich an. Es ist kein Fieber vorhanden; der Urin ist etwas dunkel, die Respiration und Verdauung nicht wesentlich beeinträchtigt. Es verspricht die Krankheit jene träge verlaufende Form von Rheumarthritis zu werden, wie man sie in unserer Gegend sich Monate und Jahre lang hinschleppen sieht. Trotz der vielen vorgeschlagenen Behandlungsmethoden kenne ich doch keine, welche als rationell zu rechtfertigen wäre, oder welche eine radicale genannt werden könnte. Entweder sind es Blutentziehungen und revulsorische oder empirische Mittel. Ich gestehe, dass ich in acuten Fällen mich zu einer antiphlegistischen und derivirenden Methode durch Antreibung aller Secretionen wende, dagegen in der schleichenden Form es noch zu keiner bestimmten, für alle Fälle ausreichenden Behandlungsmethode gebracht habe, indem bisweilen mit Leberthran, mit Jodeisen, mit Eisenvitriol, mit Sublimat, mit der vollständigen Kaltwasserkur etwas geleistet wird, sehr oft aber auch nichts. Von dem gepriesenen Guajac, Rhododendron, Colchicum ist nichts zu erwarten. Auch ich habe die Zeit manchmal nutzlos damit vergeudet. Leider haben wir es in unserer Anstalt noch nicht zur Einrichtung eines russischen Dampfbades bringen können. Neuerdings hat die Therapie in ihrer Hülflosigkeit sich dem Chinin zugewandt, und ich muss bekennen, dass mir dieses Mittel in einigen noch frischen Fällen von fieberloser Rheumarthritis höchst schätzbar geworden ist. Wo Chinin seine Wirkung äussert, ist dieselbe rasch und complet. In anderen Fällen, wo die Krankheit schon längere Zeit währt, ist es ganz ohne Wirksamkeit. In acuten Fällen, besonders wenn endocarditische Erscheinungen oder Tendenz zur Miliaria zugegen, ist es geradezu verboten.

Der Grund, warum die Rheumarthritis bei so verschiedenen Individualitäten, je nach der Körperconstitution und nach klimatischen Verhältnissen, in verschiedener Weise vorkommt, warum die verschiedensten Behandlungsmethoden zum Ziele führen oder im Stiche lassen können, liegt wohl darin, dass die Gelenkanschwellungen und die Exsudationen in und um die Gelenke nur ein Symptom verschiedener Krankheiten sind. Alteration der vasomotorischen Nerven kann die Widerstandsfähigkeit der Wände der Gelenkcapillaren aufheben; oder die Propulsion des Blutes ist gesteigert. In beiden Fällen entsteht Hyperämie. Der gewundene Verlauf der Gelenkgefässe determinirt die Hyperämie auf die Gelenke. Die Exsudation wird dem Zustande des Blutes entsprechen: bei Reichthum an Salzen werden die Ablagerungen krystallinisch; bei Hyperinose des Blutes werden festgeronnene fibrinöse Ablagerungen erfolgen, die bisweilen auch zu Eiter zerfallen können; je mehr sich der Zustand des Blutes dem hypinotischen oder hydrämischen nähert, desto geringere Consistenz verrathen die Exsudate; dieselben sind serös blutig bei skorbutischer Blutmischung. Diese verschiedenen Ursachen und Produkte erfordern natürlich eine sehr verschiedene Behandlung, und zwar von der strengen Antiphlogose bis hinauf zu den tonischen Mitteln. Sie sahen vor einigen Wochen einen robusten Kellner mit Fieber und schmerzhafter Gelenkanschwellung, welche mit Blutegeln und Abführmitteln in einigen Tagen geheilt war. Vor einigen Monaten wurde ein blasses Mädchen wegen chronischer, fast schmerzloser Gelenkanschwellung lange Zeit mit *Ferrum sulphuricum* behandelt und endlich geheilt.

Wir lassen unsere Kranke täglich 2 Gr. Chinin mit 5 Gr. Rheum und 5 Gr. *Natrum carbonicum* nehmen.

Den 2. Nov. Wir können mit dem Erfolge unserer Mittel zufrieden sein. Die befallenen Gelenke schwellen ab und werden beweglicher; es ist seit vorgestern kein neues Gelenk befallen worden. Appetit und Stuhl sind normal.

Den 5. Nov. Heute finden wir einen geänderten Zustand: belegte Zunge, Appetitlosigkeit, heisse Haut, Kopfschmerz, frequenter weicher Puls (120). Es ist eine sehr frappante Wendung, wenn plötzlich in der atonischen Gicht sich ein Fiebersturm erhebt. Alte Aerzte hielten dies für ein günstiges Zeichen, weil sie von einer acut gewordenen Arthritis eher eine definitive Entscheidung erwarteten, als von der schleichenden Form. Mir will eine solche Wendung niemals recht gefallen. Entweder verräth sie den Eintritt der Endocarditis oder eine neue Krankheit, oder — was freilich hier zu den Seltenheiten gehört — die Krankheit tendirt zur Miliarienbildung. Von letzterer haben wir kein Zeichen. Auch zeigt uns der weiche Puls und die gänzlich unveränderten Herztöne, dass das Endocardium nicht entzündet sein kann. Die Kranke klagt gar nicht mehr über die befallenen Gelenke, dieselben sind beweglich, schmerzlos und nur sehr gering geschwollen. Es ist ausserdem kein besonders drängendes Symptom vorhanden, und wir können die Sache ruhig abwarten. Die frühere Ordination wird weggelassen und dem Getränk *Acidum Halleri* zugesetzt.

Den 6. Nov. Der neue Akt, zu welchem wir gestern das Vorspiel wahrnahmen, hat begonnen. Die Kranke musste dem jetzt herrschenden Krankheitsgenius sich unterwerfen. Es herrschen Urticaria, Tonsillarabscesse, Rosen, Ziegenpeter und Scharlach. Scharlachröthe bedeckt den Rumpf und die Extremitäten der Kranken; die Zunge hat den weissen Oblatenbeleg, die rothen Papillen sind stark geschwollen, es ist leichte anginöse Beschwerde vorhanden, und zudem bekam sie noch eine Gesichtsrose, welche eine bedeutende Intensität zu erreichen verspricht: die Züge sind von der Geschwulst entstellt, die Rose verbreitet sich über das ganze Gesicht von der Stirn bis an den unteren Theil der Wangen, das rechte Auge ist ödematös zugeschwollen. Das Fieber hat zugenommen und die Kranke schwatzt confuses Zeug vor sich hin.

Wir lassen die Gesichtsrose mit Collodium dicht bestreichen. Wo sich dasselbe ablöst, wird es sogleich wieder frisch aufgetragen. Innerlich wird ℥j Chlor mit ℥iv *Aq. dest.* in 24 Stunden verbraucht.

Den 7. Nov. Das von Spengler [1]) empfohlene Mittel hat Vortreffliches geleistet [2]). Die Gesichtsrose ist wie weggezaubert. Man sieht schon heute durch die Risse und Spalten des trockenen Collodium hindurch die beginnende Desquamation. Der Scharlach macht seinen regelmässigen Verlauf. Er steht allenthalben in voller Blüthe, und man bemerkt, dass die Oberhaut rauh wird von Anschwellung der Hautpapillen. Der Oblatenbeleg der Zunge hat sich abgestossen, die Zunge ist glatt und tiefroth, die rothen Papillen sind verlängert, die anginösen Beschwerden geringer. Die Frequens des weichen Pulses 112. Die Kranke ist unruhig und delirirt bisweilen etwas wenig. Um die schon 2 Tage währende Stuhlverstopfung haben wir uns nicht zu bekümmern; es gehört dies im Scharlach zu den normalen Erscheinungen.

Auf die mannigfachen Gefahren, welchen ein Scharlachkranker entgegengehen kann, muss man in dieser tückischen Krankheit aufmerksam und gefasst sein. Man glaubt, dass der Scharlachkrankheit ein Agens von eigenthümlicher Bösartigkeit zum Grunde liege, welches seine Tükken durch verschiedene innere Entzündungen — durch Gehirnaffection — durch plötzliche „Intoxication" der Säftemasse u. s. f. ausübe. Da sich keine besondere Scharlach-Blutkrasis herausdemonstriren liess, wie denn überhaupt die acuten Exantheme die erste rauhe Klippe waren, an der die Hämatopathologen scheiterten; da mit der Pilztheorie nicht hauszuhalten war, so wandten sich Einige eben wieder blindlings einem „Scharlachgift" zu, welches seine beliebigen gesetzlosen Verheerungen anzurichten vermag. Mit Ausnahme des seltenen und höchst frappanten Phänomens, dass es nicht oder kaum zur Scharlach-Efflorescenz kommt, und dennoch der Tod sehr rasch und im Beginn der Krankheit erfolgen kann, geschehen aber die Insulten äusserer und innerer Organe keineswegs gesetzlos, und stehen unter sich im natürlichen und nothwendigen Zusammenhange.

Unsere Beobachtung des Scharlachs beginnt erst, wenn er in seiner charakteristischen Gestalt am Individuum in die Erscheinung tritt. Die Forschung nach der Grundursache ist bis jetzt fruchtlos gewesen. Die dem Organismus feindliche Potenz befällt in der Regel zuerst die Rachen- und Mundschleimhaut, die Schleimhaut des Magens und Duodenums, in manchen Epidemien auch die des Dickdarmes unter Ruhrzufällen. Alsdann prägt sich die Krankheit als Hyperämie des Papillarkörpers der Cutis aus, und wenn man die Dignität der äusseren Haut in allen ihren Theilen und deren Beziehung zum übrigen Organismus in's Auge fasst, so ist der Zusammenhang mit allen inneren Erscheinungen nicht räthselhaft. Betrachten wir die wichtigsten Richtungen, welche diese Krankheit einschlägt.

Die ersten Keimstellen, vorzüglich die Fauces sind es, welche, ohne dass der Scharlach der Haut eine bedeutende Intensität erreichte, schwere Sollicitation und den Tod hervorrufen können. Der Tod kann erfolgen durch *Gangraena centralis* der Tonsillen, und zwar in jeder Periode der Krankheit. Ferner durch diphteritischen Process — die sogenannte *Angina gangraenosa.*

Die Hyperämie des Papillarkörpers der Cutis (welche höchst selten in Stase übergeht) kann die Function der äusseren Haut so ausgedehnt und so vollständig unterdrücken, dass der Tod eintreten muss, wie bei Individuen, welche die Haut in grosser Ausdehnung verbrannt haben, oder wie bei jenem Malerkinde, dem der Vater als scherzhafte Strafe den ganzen Körper überfirnisste.

Aber auch ohnedies wird die bedeutende Sollicitation der Nerven des Papillarkörpers nach zwei Richtungen hin sich geltend machen, sie wird Concentrations- und Irradiationserscheinungen hervorbringen, welche dem Zustande der Hautnerven adäquat sind — daher Reizung oder Lähmung.

Bei Concentrationserscheinungen zählen wir die verschiedenen Cerebralaffectionen — meningitische, hydrocephalische und apoplektische Symptome, wie sie bei jeder ausgebreiteten Dermatitis entstehen können. Es muss die Möglichkeit zugestanden werden, dass von vornherein, nachdem die krankmachende Ursache die Keimstellen alterirte, der Krankheitsprocess durch die Gefässnerven dem Gehirn zugeleitet werden kann, ohne dass er in der Capillarität des Papillarkörpers sich entwickelte, oder wenigstens wahrnehmbar sich entwickelte. Auf diese Weise könnte man sich die gefährlichen Cerebralsymptome der Scharlachkrankheit „*sine exanthemate*", welche wohl die meisten Praktiker in manchen Scharlachepidemien beobachteten, erklären.

Die Irradiationserscheinungen sind dieselben, wie man sie schon bei kleinen Alterationen des äusseren Hautorgans beobachtet. Die Irradiation spricht sich pathisch aus in dem vesiculären Theil der Lungen durch Hyperämie, welche selten im Scharlach in Stase mit Produktenbildung übergeht. Man findet bei Scharlachleichen die Lungenhyperämie schön ponceauroth in lobulärer Verbreitung. Im Magen und Duodenum trifft man Katarrh an, der sich im Scharlach wie in der gewöhnlichen Rose so gern auf die Schleimhaut der Lebergallengänge fortsetzt. Im Dünndarm beobachtet man croupöse, selten folliculäre Entzündung. In manchen Epidemien sieht man wirklich einen Antagonismus, indem die Intensität der Darmaffection in umgekehrtem Verhältnisse steht zu dem Scharlach der äusseren Haut.

Die Irradiationserscheinungen in den Nieren, welche schon bei Lähmung der Hautnerven durch starke Verkältung mit Durchnässung so häufig als *Nephritis albuminosa* auftreten, sind in manchen Epidemien des Scharlachs eine constante Erscheinung. Die Nierenhyperämie, Stase und Transsudationen halten denselben Gang wie in der gewöhnlichen *Nephritis albuminosa:* einfache Albuminurie — Gefässzerreissung und Hämaturie — Niereninfiltration — Hydrämie mit Wasserinfiltration in verschiedenen Theilen des Organismus — endlich Vernarbung der befallenen Theile der Nieren und vollständige Genesung oder totale Entartung und lethaler Ausgang an Bright'scher Krankheit. Dass die Verletzung der Hautnerven das Causalmoment zur Nierenkrankheit ist, sieht man in dem Scharlach so deutlich, wie es Verkältung und Durchnässung oder Verbrennung einer grösseren Hautfläche beweisen.

Wenn keine besonderen symptomatischen Indicationen für die Therapie des Scharlachs vorliegen, stellt man sich vorzüglich zwei Aufgaben: die Ermässigung des Fiebers, welches an und für sich verderblich werden kann, und die Behandlung der äusseren Haut. Letzteres nach dem Grundsatze, dass Irradiationssymptome von selbst verschwinden, wenn die Krankheit an dem primären Collisionspunkte getilgt ist.

In letzterer Beziehung bediene ich mich auf der Höbe des Scharlachs der warmen Essigwaschungen, weil ich niemals Nachtheil, dagegen stets so viel Vortheil für die Erhaltung und Wiederherstellung der Hautfunction sah, als man eben bei dem gerade vorliegenden Intensitätsgrade der Krankheit erwarten kann. Gegen die kalten Uebergiessungen hat mir ein plötzlich erfolgter sehr unglücklicher Ausgang eine respectvolle Scheu eingeflösst. Ob die Speckeinreibungen mehr leisten als die Essigwaschungen, bin ich nicht im Stande aus Erfahrung zu sagen. Ob die mangelnde Ernährung der Hautbälge dadurch ersetzt wird, oder ob die Abschliessung der Hautöffnungen von der Luft günstig wirkt, nicht vielmehr die so nothwendige Perspiration unterdrückt, vermag ich ebenfalls nicht anzugeben. Ich hege aber gegen jedes Mittel Misstrauen, welches von einer Seite her enthusiastisch gepriesen, von vielen Anderen sehr kühl erwähnt wird.

In ersterer Beziehung erwies sich mir stets das Chlor als ein vortreffliches Mittel. Nach Gebrauch desselben ermässigte sich in der Regel die Pulsfrequenz.

Ord.: Das Chlor wird fortgesetzt und der ganze Körper täglich dreimal mit warmem Essig gewaschen.

Den 9. Nov. Die hier und da eintretenden leichten Delirien sind nun vollends geschwunden; die Pulsfrequenz erhält sich auf 100. Die Scharlachröthe ist noch vorhanden, aber die Haut hat ihre Rauhheit verloren, sie wird weich und bereits duftend, besonders nach jedesmaliger Essigwaschung.

Den 13. Nov. Die Scharlachkrankheit ist ziemlich zu Ende, an einigen Stellen beginnt bereits Loslösung der Oberhaut. Der Urin, welcher keine Spur von Albumen enthält, ist reichlich, hellroth, trübe, er hat ein schleimiges Sediment, was nicht allein von Beimischung des Vaginalschleimes herrühren kann, indem sein neutrales Verhalten, sein unangenehmer Geruch auf Beginn der alkalischen Gährung in der Blase, und zwar hervorgebracht durch Desquamation der Blasenschleimhaut, hindeutet. Dieses Phänomen hat dieselbe Bedeutung wie im Typhus. Auf die Schmerzen, welche die Kranke in den Gelenken der Finger, der Handwurzel klagt, ist kein grosses Gewicht zu legen; es ist nicht ein Zeichen der wiederkehrenden Rheumarthritis, sondern ein dem Scharlach angehörendes Symptom, welches sich besonders häufig gegen die Desquamation hin einstellt.

Den 17. Nov. Trotz der reinen Zunge, der fortdauernden Desquamation, dem befriedigenden Zustande der Haut, bemerken wir einige Zeichen, welche noch nicht auf definitive Genesung schliessen lassen: die Kranke ist hinfällig, matt, es wird ihr schwer, sich aufzurichten, sie hat Oppressionsgefühl der Brust, der Urin ist dunkel und die Pulsfrequenz bis auf 118 gestiegen. Ist dies eine Scharlachkrankheit, oder ein neues Uebel, oder steht es im Zusammenhang mit der dem Scharlach vorausgegangenen Krankheit? — Bei aufmerksamer Untersuchung des Herzens bemerkt man, dass der erste Herzton etwas gedehnt ist, dass über dem linken Ventrikel die mit einer gewissen beunruhigenden Wucht vollzogene Kammerpresse von blasendem Geräusch begleitet wird. Man findet allerdings denselben blasenden Herzton bei Oligämischen, auch bei Chlorotischen, aber dies ist hier nicht der Fall, und die Frequenz des Pulses, die übrigen Symptome, die Antecedentien lassen auf eine entzündliche Anschwellung im Endocardium schliessen. In der Rheumarthritis, sei die Form auch noch so gelinde, hat man stets sein

[1]) S. Deutsche Klinik No. 36. 1850.

[2]) Einige Wochen später wurde ebenfalls das Collodium in der Gesichtsrose mit demselben entschiedenen Erfolge angewendet.

Augenmerk auf das Herz zu richten, denn der Krankheitsprocess etablirt sich so gern in dem Klappenapparat desselben, weil in dessen subseröser Capillarität alle Bedingungen gegeben sind, wie in der Capillarität der Synovialhaut der Gelenke. Es mag sein, dass das Scharlachfieber Veranlassung gab zu dieser jetzigen Wiederauftauchung der Rheumarthritis, die aber nun nicht mehr in den Gelenken der Extremitäten sich ausspricht, sondern im Endocardium. Ich mache Sie, m. H., aufmerksam, sich unter den genannten Umständen niemals zufrieden zu geben, so lange die Herzschläge noch mit abnormer Frequenz erfolgen, so lange die Systole noch von einer Spur fremdartigen Geräusches begleitet ist; ehe Sie sich's versehen, hat sich doch eine unheilbare Formveränderung an den Klappen gebildet, wenn auch die Erscheinungen so gering waren, dass das Individuum seinen Geschäften nachging. Langsam zwar bilden sich die Verdickungen, Verwachsungen der Zipfel und Stenosen, aber sehr schnell können die aus feinen, dünnen Membranen bestehenden Segel zu Grunde gehen: ihre Capillargefässe, in welchen die Stase vorfiel, obliteriren und die Segel schwinden; sie sehen dann aus wie von Mäusen angenagt, und auf dem Rande des Schwundes sitzen die granulirten Exsudate.

Es ist viel gethan, wenn es gelingt, die Bewegung des Herzens zu verlangsamen. Wir geben der Kranken ein *Infusum digitalis*, aus ℈j bereitet, mit Zusatz von ʒj *Acidi phosphorici diluti*, und appliciren in die linke Seite, etwas entfernt vom Herzen, ein *Empl. canthar. perpetuum*.

Nachträglich: Allmälig verlor sich die Pulsfrequenz, und der erste Herzton wurde ruhig, gemessen, ohne sehr abrupten Anschlag, ohne blasendes Geräusch. Vier Wochen später wurde die Kranke entlassen.

Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien.

Von

Professor Dr. Sigmund.

(Fortsetzung aus No. 24.)

II. Primäre syphilitische Geschwüre mit ihren Folgeleiden (483 M., 320 W. = 803 Kranke).

A. Bei den Männern kamen vor:

Ulcera syphilitica primaria	allein, an den Geschlechtstheilen	133
„ „ „	mit Phimose	63
„ „ „	mit Paraphimose	11
„ „ „	mit Gangrän der Vorhaut	10
„ „ „	mit und auf breiten Condylomen	25
Adenitis inguinalis bei und nach primären Geschwüren, rechts 79, links 96, beiderseits 47		222
Adenitis supra symphisim pubis		3
Adenitis mit Gangrän des umgebenden Gewebes		16
	Summe	483

Das Vorkommen der Geschwüre betraf die als die gewöhnlichsten Stellen ohnehin bekannten Theile; auf der äusseren Haut des Penis sahen wir dieselben isolirt 5 Mal, mit ausgesprochener Entzündung der Lymphgefässe auf dem Rücken des Penis 2 Mal, das *Frenulum praeputii* durchbohrend 13 Mal, (unter 483 und beziehungsweise 601 Fällen) in der Harnröhre 47 Mal [1]). Die überaus grosse Häufigkeit der angeführten letzteren Geschwüre musste uns auffallen; aber theils sahen wir dieselben (21 Fälle) deutlich, theils fühlten wir die genau begrenzten harten Stellen (14 Fälle), und gewahrten das dünne, bei schon mässigem Drücken und Streichen blutgemengte Secret meist in sehr geringer Menge hervordringen; theils waren gleichzeitig auch auf anderen Stellen primäre Geschwüre zugegen (24 Mal); ferner sahen wir secundäre Erscheinungen (14 Mal) gleichzeitig oder bald danach auftreten; verschiedene Mittel gegen vermeintliche Blennorrhöe der Harnröhre waren fruchtlos angewendet worden, und die gegen das Geschwür sofort eingeleitete Behandlung führte zur Heilung. Es waren keine Stricturen im Verlauf der Harnröhre hinter der schiffförmigen Grube vorhanden. Wir kennen alle Gründe, welche man gegen einzelne dieser Merkmale anführen kann, aber bei einer zuverlässigen Erkenntniss der erst angeführten einzelnen und bei dem gemeinsamen Vorhandensein mehrerer derselben ist doch jene Gewissheit hergestellt, deren die objective Anschauung überhaupt fähig ist. Zweifelsohne sind einzelne Fälle noch immer fälschlich unter diese Gruppe gereiht worden, insbesondere eiternde Wunden, die von dem Abschneiden, Abätzen, Abstossen spitzer Condylome zurückbleiben, wie uns solche genau constatirte Fälle anderweitig vorgekommen waren. Das Bestehen skrophulöser und sogenannter Trippergeschwüre, und zwar gerade an diesem Theile, haben wir bisher noch niemals wahrgenommen. Trippergeschwüre, wie sie hier und da beschrieben und angenommen werden, beobachteten wir überhaupt niemals; wohl aber haben wir von Formen, die denselben ähnelten, mit Erfolg geimpft.

Von den mit Geschwüren allein behafteten Kranken (242) wuchs über die Hälfte (139) der Anstalt erst nach der zweiten Woche des Bestehens derselben zu; in vielen Fällen aber waren die Angaben der Kranken so schwankend, dass sie für eine wissenschaftliche Statistik von gar keinem Werthe sind. Verschiedene — meist Aetzmittel (*Sulphas zinci, Sulphas cupri, Nitras arg.*, Corrosiv in Kalkwasser etc.) hatten 73, Mercurialien innerlich 53 angewendet; von Quacksalbern waren 47 behandelt worden. Mit Speichelfluss traten ein 29. Zum zweiten Male waren eben auch an Geschwüren erkrankt 82, zum dritten Male 30, zum vierten Male 19, zum fünften Male 3, zum sechsten Male 1, mehr als 6 Mal 1.

Die Behandlung hielt, neben der Rücksicht auf bestehende Entzündung, im Auge: die möglichst rasche und vollständige Zerstörung des Grundes und der Ränder der Geschwüre, die häufige Reinigung derselben und ihre Bedeckung mit milde zusammenziehenden Mitteln. So lange Entzündung bestand, wurden dem Grade derselben entsprechende kalte Ueberschläge (selbst Eis-) und horizontale Lage verordnet; das Herabhängen des Gliedes steigert und verlängert die Krankheit. Man zerstörte den Grund und die Ränder der Geschwüre am häufigsten mit *Argent. nitr. fusum*, dann mit Wiener Aetzpaste (Aetzkali und Aetzkalk in Weingeist), mit Aetzkali allein, mit Salpetersäure, mit Schwefelsäure, mit *Sulphas cupri*, mit dem Glüheisen und durch Ausschneiden. Von den beiden letzteren Mitteln machte man aus Rücksicht auf die Kranken [1]) selten Anwendung, obwohl uns das erstere — das Glüheisen — als das beste und zur schnellsten Heilung führende Zerstörungsmittel bekannt ist, das auch durch die Anästhesirung seine Schrecken verloren hat; nach dem Glüheisen gebührt unbedingt dem Aetzkali und dem Aetzkalk der Vorzug; Form, Ausdehnung und Lage der Geschwüre, die begleitende Entzündung, sowie Phimose, gestatten aber nicht so häufig deren Anwendung, welche überdies von manchen Umständlichkeiten begleitet ist. — Zur Reinigung empfahl man häufige Gliedbäder und darauf den Verband mit Lösungen von *Argent. nitric. crystallisat.* (1 Gr. auf 2 Drachmen bis 1 Unze dest. Wasser), *Cupr.* oder *Zinc. sulphur.* (1—2 Gr. auf 2 Drachmen Wasser), *Natr. chlorat.* (1 Drachme auf 1 Unze Wasser), *Ferrum sulphur.* (1—2 Gr. auf 1 Drachme Wasser), *Kali hydrojod.* und reines Jod (10 Gr. und 1 Gr. auf 1 Unze W.), reine Jodtinctur, *Oxydum hydrarg. rubr.* (1—2 Gr. auf 1 Drachme *Ungt. elemi*), *Hydrarg. nitr. sol.* (*Liq. Bellostii*, drei- bis vierfach verdünnt). Wo sich nach der Aetzung ein reiner Grund darstellte — der häufigste Fall — kamen die erwähnten Lösungen von Silber-, Kupfer-, Zink- und Eisensalzen in Anwendung, die beiden ersteren am häufigsten und mit dem besten Erfolge; wo es sich um die Beseitigung dünner Exsudatschichten, welche sich oft erneuerten, handelte, die Jodmittel; bei harten Rändern und sehr hartem Grunde das Oxyd und das *Nitras hydrargyri*; bei rasch sich in die Breite oder Tiefe ausdehnenden Geschwüren wurde die wiederholte Aetzung und das Glüheisen, selten die Salpeter- und Schwefelsäure, und zwar mit gewünschtem Erfolg angewendet. Auf brandige Geschwüre zog man das bei brandigen Zerstörungen in der Leistengegend näher zu bezeichnende Verfahren mit dem borsauren Natrum in Gebrauch. Drei Mal brachten Kranke solche Zerstörungen der Eichel mit sich, dass letztere bis an die cavernösen Körper, jedoch unter der Erhaltung der Harnröhre, abgesetzt wurde.

Bei primären syphilitischen Geschwüren allein reichte man innerlich in diesem Jahre niemals Mercurialpräparate; nur einzelne Skrophulöse, dann früher mit Mercur behandelte, ferner mit Speichelfluss behaftete Kranke erhielten Jodpräparate (Jodkali, Jodeisen); sehr herabgekommene, blasse und blutarme Individuen Eisenpräparate, bittere Extracte, Chininsulphat oder Chinoidin. Allgemeine Bäder fanden, wie fast bei allen syphilitischen Kranken, eine regelmässige, möglichst häufige Anwendung. Die Nahrung bestand aus mässigen Mengen einer mit Gemüsen und Mehlspeisen gemengten Fleischkost; nicht wenigen Individuen gab man der sehr gesunkenen Ernährung halber auch Braten, Bier und Wein, ein Verfahren, das wir seit Jahren der methodischen Ausbungerung aller Patienten vorzogen, zumal dieselben auf geheimen

[1]) Kranke mit einfachen Geschwüren und Trippern melden gewöhnlich, so lange nur thunlich, die Anstalt, theils der allgemeinen Abneigung gegen das Spital, theils des Verlustes ihrer Erwerbsquellen halber. Es ist wahrscheinlich, dass von solchen Kranken nur etwa jeder fünfte der Anstalt zuwächst. Damit stimmt auch die ungemein grosse Zahl von Leistendrüsen-Entzündungen (359) überein.

[1]) Die häufigere und eindringliche Aetzung der Geschwüre, die öftere Anwendung des Messers bei Drüseneiterungen und bei Condylomen, welche vorgenommen wurden, hatten Veranlassung gegeben, den neu eingetretenen Kranken einen übermässigen Schrecken einzuflössen.

Wegen gewöhnlich nur desto unpassendere Nahrungsmittel sich verschaffen. — Die durchschnittliche Dauer der Behandlung einfacher Geschwüre machte 16 Tage aus. — Die örtlich geheilten und sonst keine Erkrankungen irgend eines Systems noch darbietenden Individuen einer längeren Beobachtung zu unterziehen, gestattete theils der Raum der Anstalt durchaus nicht, theils gingen die örtlich Geheilten auf eine längere Bewahrung in derselben gar nicht ein, ja nicht Wenige derselben störten die Hausordnung so schwer und so unverbesserlich, dass ihre Entlassung zur dringenden Humanitätspflicht wurde.

Verengerung der Vorhaut (63 Fälle) war eine sehr missliche Begleitung der Geschwüre, sie mochte angeboren (seltener) oder eben durch dieselben entstanden sein. Die Aufsaugung des Contagiums wird dadurch sehr begünstigt, während die Therapie nur sehr wenig leisten kann. Eine angemessene entzündungswidrige Behandlung, Einspritzungen mit Wasser oder den oben berührten Lösungen, später Einführung von damit getränkten Charpiebäuschchen zwischen Vorhaut und Eichel war Alles, was sich eben thun liess, zugleich meist sehr schmerzhaft für den Kranken und doch nur sehr langsam zum Ziele führend. Bei sehr zahlreichen Geschwüren, zumal rings um die Mündung der Vorhaut gruppirten und an dem inneren Blatte derselben ausgebreiteten, schritt man lieber zu der Absetzung der Vorhaut, mit möglichster Ersparung an dem äusseren Blatte (in 63 Fällen 27 Mal), und beschleunigte damit entschieden die Heilung, welche gewöhnlich unter Bildung einer rein eiternden Wunde, 8 Mal durch die rasche Vereinigung vor sich ging. In 3 Fällen bekam die Schnittfläche die Merkmale des Geschwürs, und die Heilung nahm einen sehr schleppenden Verlauf, während eine zackige, hässliche Narbe gebildet wurde.

Mit beginnender oder beinahe vollständiger brandiger Zerstörung der Vorhaut kamen 10 Kranke vor; fast alle behaupteten, nur wenige Tage vorher die Anwesenheit von Geschwüren wahrgenommen zu haben; die vollständige Zersetzung des Gewebes der Vorhaut ging auch unter unseren Augen in 2—4 Tagen vor sich, und erstreckte sich immer nur bis an den Grund der Eichel, bisweilen einen Hautzapfen das Bändchen entlang zurücklassend. In einzelnen Fällen wurde die Vorhaut ringsum so regelmässig, wie durch eine kunstgerechte Circumcision, abgesetzt und die Vernarbung erfolgte darauf sehr rasch. Vergleichende Versuche, in Fällen von Gangrän zu operiren, haben uns für Absetzung durch die Natur entschieden. Nebst kalten Ueberschlägen kam die Lösung des borsauren Natrums in Anwendung.

Die Entzündung der Drüsen (241 Fälle) betraf weit überragend die Leistendrüsen (222 Mal), wobei nicht selten die Schenkeldrüsen mitlitten; nur selten die Drüsen über dem Schoossbogen (3), und von brandiger Zerstörung der Haut, des Zellgewebes und der Fascien in der Leistengegend waren 16 Fälle begleitet. Die Angaben über die Zeit der Entstehung — im Verhältnisse zu jener des Geschwüres — waren so ungenügend, dass wir nur in sehr wenigen Fällen darauf ein Gewicht legen konnten; in der grössten Mehrzahl der Fälle fand sich das Geschwür einfach oder mehrfach noch vor, oft den Kranken selbst unbewusst; während das Geschwür links sass, hatte sich die Drüsenentzündung rechts entwickelt und umgekehrt, im Ganzen links am häufigsten. Von der einfachen Anschwellung einer einzelnen oberflächlich oder tief gelegenen Leistendrüse bis zu der massenhaften Verklebung infiltrirter Drüsenreihen mit dem Zellgewebe, den Fascien und der Haut, von der beinahe schmerzlosen Härte bis zu der empfindlichsten Entzündung aller dieser Theile, der Vereiterung und brandigen Zerstörung derselben, kamen alle Abstufungen vor, ohne dass Zahl, Grösse, Lage und Behandlung der Geschwüre durch Aetzmittel hierauf einen sehr wesentlichen Einfluss genommen hätten; dagegen hatte lange Vernachlässigung der Geschwüre, übermässige körperliche Bewegung (Tischler, Bäcker), Quetschung beim Sitzen (Schuster, Schneider), Misshandlung durch Pflaster und Salben verschiedener Art, durch unpassende Compression, entschiedenen Antheil an der Verschlimmerung; in 43 Fällen waren auch Blutegel (obwohl zahlreich) fruchtlos angewendet worden; in 22 Fällen aber bestand bereits Speichelfluss von den gebrauchten Mercurialmitteln. Die verhältnissmässig grössere Zahl der an Drüsenentzündungen Leidenden war skrophulös oder mit offener Tuberkulose der Athmungsorgane behaftet, und hatte vor dem Eintritte mancherlei (meist unpassende) Mittel versucht. Einzelne kamen mit bereits ausgebrochenem Brande der Theile in die Anstalt.

Die Behandlung berücksichtigte die Geschwüre als solche zuerst, und gleichzeitig zunächst die vorhandene Entzündung, gegen welche kalte (selbst Eis-) Umschläge neben streng antiphlogistischem Regimen gehandhabt wurden. Mit der Kälte liess sich die Entwickelung einer namhaften Zahl eben beginnender Entzündungen geradezu unterdrücken, eine Beobachtung, welche wir seit 10 Jahren gemacht, und unbeirrt von den Widersprüchen Jener, die nicht mit beobachten wollen, bis heute unter sehr günstigen Erfolgen fortbenutzt haben. Die Kälte war zugleich das beste und von den Kranken selbst sofort liebgewonnene schmerzstillende Mittel. Bei Bildung von Eiter wurde frühzeitig und gewöhnlich mit dem Messer geöffnet, die fernere Behandlung aber nach den allgemeinen Regeln der Heilkunde eingeleitet; neben dem Messer diente die Wiener Aetzpaste und das kaustische Kali sowohl zur Eröffnung, als auch zur Beseitigung isolirter, harter und die Heilung mechanisch hindernder Drüsen. Wir haben uns beider Mittel seltener, als es uns angezeigt erschien, bedient, weil wir auf den damit geätzten Stellen öfters ausgebreiteten Brand sich entwickeln sahen. Erhielten wir statt rein eiternder und zu mehr oder minder rascher Vernarbung führender eiternder Flächen, Verschwärungen — oft das treue Bild eines ausgebreiteten Schankers — so folgten wir in der örtlichen und allgemeinen Behandlung denselben Grundsätzen, welche wir früher bezeichnet haben. Laue Ueberschläge, nur bisweilen Cataplasmen und Bäder, unterstützten dieselbe. — Isolirte infiltrirte Drüsen, welche ringsum von Eiter umgeben und von den Nachbargeweben wie herauspräparirt dalagen, — mit den unterliegenden Fascien nur verklebt noch erschienen — wurden nicht in den Kreis der Vernarbung gezogen, sondern hinderten dieselbe vielmehr als fremde Körper; man entfernte solche mit dem Messer (am häufigsten), mit dem Aetzmittel oder durch Abbindung. Nach der directen Exstirpation mit dem Messer sahen wir wohl Blutungen, die durch Druckverband leicht gestillt wurden, niemals aber Lymphangitis oder Pyämie erfolgen. — Bei torpiden Drüsenanschwellungen kam der methodische Druck (mit Bruchbändern oder Bleiplatten) und die bekannte Reihe von Epispasticis (Vesicantien und Corrosivlösungverband, Jodtinctur, *Acid. sulph.* und *nitr.*) in Gebrauch; der beharrlichen Anwendung der Jodtinctur als Einpinselung verdankten wir die Aufsaugung oft namhafter Anschwellungen der Drüsen und des umgebenden Zellgewebes. — Bei den meisten Drüsenentzündungen, welche nicht sehr rasch zur Eiterbildung führten, wurde das *Unguent. hydrarg. ciner.* (am häufigsten), oder das *Ung. protojod. hydrarg.* (seltener), oder Jodkali in Salbenform und als Lösung in Weingeist und Wasser auf die entsprechende Schenkelfläche eingerieben.

Gangrän der Leistendrüsen, häufiger des sie umgebenden Zellgewebes, der Fascien und der Haut wurde von einzelnen Kranken in die Anstalt gebracht, am häufigsten von solchen, die in Ställen (Kutscher, Pferdewärter) oder an unreinlichen Orten (Weber) gelegen und sich gröblich vernachlässigt hatten (Kellner, Fleischhacker). In einzelnen Zimmern breitete sich der Brand ungemein rasch aus und ging eben so häufig auf andere Individuen mit eiternden Bubonen über (Säle 18 b und 18 c), während in anderen derselbe entweder gar nicht vorkam, oder, dorthin von aussen gebracht, sich nicht mehr ausbreitete und auf demselben Individuum erlosch, obwohl sich daselbst mehrere Kranke mit eiternden Bubonen, und zwar gerade neben solchen Kranken befanden (Säle 74, 75, 77). Der Saal 18 b allein umschloss und umschliesst jetzt noch allein mehr gangränöse Bubonen, als alle übrigen Säle dieser Abtheilung. Wir haben unwiderlegliche Thatsachen für die Uebertragung des Brandes von einem Kranken auf den anderen (durch die verbindenden Hände, die Verbandstücke, die sogenannten Reinigungsmittel selbst), ohne dass wir aber der schädlichen Beschaffenheit der Luft (Sumpf-, Koth- und Aasluft auf den Sälen 18 b und 18 c), besonders im Winter, bei unausführbarer genügender Lüftung, den gebührenden Antheil an der Verbreitung absprechen wollten. Während wir auf den eben berührten Sälen Gangrän häufig und heftig auftreten sahen, erschien dieselbe gar nicht in den im ersten Stocke belegenen, stets überladenen, und zwar mit den meistens in Schmutz, Ungeziefer und weit gediehenen Formen verwahrlosten Polizei- und Gerichtskranken gefüllten Sälen 74, 75; allerdings sind diese Säle auch dem Lichte und der Luft zugänglicher, und viel reiner gehalten. Die häufigsten Fälle von Gangrän fallen zwar auf die sechs Wintermonate, doch fehlen solche auch in der trockensten Jahreszeit nicht; wir haben noch zu wenig Thatsachen hier selbst gesammelt, um über das gleichzeitige Vorkommen von Gangrän mit gleicher Erkrankung auf den chirurgischen Abtheilungen, mit Puerperalprocessen, mit Typhus und den übrigen parallel gestellten Vorgängen genügende Rechenschaft geben zu können. Wir bereiten dieselbe für spätere Berichte vor.

Die Behandlung der Gangrän bezog sich auf die Bekämpfung der begleitenden, meistens ziemlich namhaften Haut-, Zellgewebs- und Fascien-Entzündung durch kalte Ueberschläge, auf möglichst häufige Reinigung durch Wasser, auf die Verhinderung der weiteren Einwirkung der Brandjauche auf die noch nicht zerstörten Theile; letzteres erzielte man am besten durch das häufige Einlegen von Charpiebäuschchen, getränkt in Lösungen von *Boras natri alcalinus* (1—2 Drachmen in 6 Unzen Wasser). Eine ruhige Beobachtung der Thatsachen, wie sie sich unter unseren Verhältnissen darstellten, bestimmte uns, diesem Mittel den Vorrang vor dem neuerlich wieder gerühmten Glüheisen, das wir auch versuchten, einzuräumen. Ein energisches, Tag und Nacht emsig fortgesetztes Verfahren, wie oben bezeichnet, — bei raschen Fortschritten des Brandes von Stunde zu Stunde wiederholtes Einlegen und Aufträufeln des borsauren Natrums, — brachte Heilung bei Kranken, die bis 13 Zoll lange und 7 Zoll breite Zerstörungen der Haut

und des Zellgewebes darboten. Die Einführung und erfolgreiche Anwendung dieses Mittels gebührt dem Hülfsarzte der Anstalt Dr. Effenberger.

Die Fälle von breiten Condylomen, auf und neben welchen wir Geschwüre beobachteten, haben wir unter die primär-syphilitischen Erkrankungen eingereiht, so oft ausser denselben keine anderen secundären Erscheinungen gleichzeitig zugegen oder eben vorhergegangen und in ihren Merkmalen wahrnehmbar gewesen sind. Wir wünschten die gesammte Frage über diese Form einer längeren Forschung offen zu lassen, und haben dieselbe ganz gleich mit den Geschwüren behandelt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken in Berlin.

Von

Dr. Bührig.

Drei Fälle von *Hernia incarcerata*. Operation. Heilung.

(Schluss aus No. 25.)

3) C. R., Handarbeiterin, 50 Jahre alt, welche nie an einer Hernie gelitten haben will, bemerkte am 28. Decbr., in Folge heftigen Erbrechens beim Eintritt ihrer Menses, eine Geschwulst in der rechten Schenkelbeuge, die sehr empfindlich und bald nachher von Schmerzen im Bauche begleitet war. Sie liess einen Arzt rufen, der das Uebel für eine Hernie erkannte und Repositionsversuche machte. Dieselben wurden am 29. und 30. Dec. wiederholt und mit solcher Gewalt ausgeführt, dass der rechte Schenkel ganz blau und taub wurde, wie die Kranke berichtete. Dessenungeachtet gelang die Reposition nicht, die Entzündungserscheinungen steigerten sich von Moment zu Moment. Uebelkeit, Erbrechen und Stuhlverstopfung, sowie die Schmerzen im Bruch und Unterleibe nahmen in dem Grade zu, dass sich endlich die Kranke am 31. Decbr. entschloss, sich in die chirurgische Klinik des Herrn Jüngken im Charité-Krankenhause bringen zu lassen. Die Untersuchung ergab eine *Hernia cruralis incarcerata*, welche durch wiederholte Repositionsversuche sehr misshandelt war, und bei welcher eine äusserst feste Zusammenschnürung der hervorgetretenen Contenta in der Bruchpforte bestehen musste. Es wurde deshalb von einem jeden neuen Repositionsversuche abgestanden und sofort zur Operation geschritten, nachdem die Patientin vorher in ihrem Bette chloroformirt, und das auf dem Bruchsacke und dessen Umgegend vorhandene Haar abrasirt war.

Bei der Spaltung der Haut über dem Bruchsacke zeigte sich das Zellgewebe stark infiltrirt, als Folge der vielen gewaltsamen Repositionsversuche, welche angestellt waren. Der dunkel gefärbte Bruchsack erschien in der Mitte eingeschnürt und hatte ganz das Ansehen eines Darmes, eine Täuschung, welche dadurch erhöht wurde, dass zwischen ihm und der letzten Zellhautschicht, welche ihn deckte, etwas seröse Flüssigkeit angesammelt war, welche sich bei der Trennung der letzteren entleerte. Hr. Jüngken erklärte jedoch das vorliegende Gewebe für den Bruchsack, nach dessen Eröffnung ein dunkel geröthetes, chocoladenfarbenes Bruchwasser ausfloss, und eine kleine, dunkelblau gefärbte Schlinge des Dünndarmes sichtbar wurde. Der Bruchsack war durch eine fadenförmige Einschnürung fast in zwei Hälften getheilt. Eine zweite Einschnürung, die sehr stark war, fand sich im Bruchsackhalse. Um die letztere zu trennen, wurde der Bruchsack stark hervorgezogen, und die Wunde in demselben mit der Scheere bis in die Bruchpforte erweitert, womit diese Einschnürung gehoben war. Aber es bestand eine zweite Einschnürung, und diese lag in der Bruchpforte selbst. Die Haupteinklemmung aber, welche eine äusserst heftige war, lag im Schenkelringe, in welchem das Gimbernat'sche Band die hervorgetretene Darmschlinge fest einschnürte, als wäre eine seidene Schnur fest um dieselbe zusammengezogen. Nur mit grosser Mühe gelang es Hrn. Jüngken, das feine Knöpfchen des Bruchmessers an der inneren und äusseren Seite der nach aussen und unten gedrückten Darmschlinge so weit in die Bruchpforte zu schieben, um diese durch Einkerbung des Gimbernat'schen Bandes genügend zu erweitern. Als dieses geschehen, konnte man an der hervorgezogenen Darmschlinge, der Einschnürung entsprechend, den Peritonealüberzug der beiden Darmenden wie mit einem scharfen Messer halbkreisförmig eingeschnitten wahrnehmen. Die Reposition gelang ohne Schwierigkeit; der Brucksackhals wurde durch drei blutige Knopfnähte sorgfältig geschlossen, ein Theil des Bruchsackgrundes exstirpirt, die Wunde in den Bauchdecken ebenfalls durch die *Sutura nodosa* bis auf den unteren Wundwinkel, aus welchem die Fäden der Nähte des Bruchsackhalses heraushingen, genau vereinigt, und dieser Verband durch Plumasseaux und Heftpflaster gehörig unterstützt.

Die Nachbehandlung geschah in ähnlicher Weise, wie bei der vorhin genannten Operirten. Als am Abend die Schmerzen im Unterleibe und in der Bruchgegend sich nicht ermässigt hatten, wurde eine Venaesection von 6 Unzen gemacht, welche am andern Morgen etwas reichlicher wiederholt werden musste, worauf noch 15 Blutegel an den unteren Theil des Unterleibes in der Umgegend der Wunde gesetzt wurden. Die Anwendung der letzteren wurde am nächstfolgenden Tage wiederholt. Am dritten Tage nach der Operation stellten sich endlich auf den Gebrauch von wiederholten Gaben Ricinusöl und die Anwendung von Lavements fäculente Ausleerungen unter grosser Erleichterung der Kranken ein, deren Heilung im Allgemeinen schnell fortschritt.

Anders verhielt es sich jedoch mit dem Heilprocesse in der Wunde. In Folge der vielen Misshandlungen, welche der Bruch durch die wiederholten gewaltsamen Repositionsversuche erlitten hatte, und der bedeutenden Infiltration des Zellgewebes, welche dadurch herbeigeführt war, trat eine umfangreiche Nekrotisirung des letzteren ein, und damit wurde die Wunde in einem grösseren Umfange brandig, so dass das Glüheisen angewendet werden musste, welches eine Reinigung der Wunde und damit das Erscheinen einer productiven Eiterung und Granulationsbildung in dem Grade herbeiführte, dass der Heilprocess ohne besondere Zufälle schnell und glücklich von Statten ging, so dass die Operirte 8 Wochen später, gleichfalls mit einem Bruchbande versehen, glücklich geheilt entlassen werden konnte. —

Als Hr. Jüngken nach Neujahr diese drei Operirten seinen Zuhörern vorstellte, knüpfte derselbe daran folgenden Vortrag:

Die Mehrzahl der Bruchoperationen, meine Herren, hat darum einen unglücklichen Ausgang, weil sie zu spät verrichtet werden. Hiervon trifft einerseits die Kranken selbst die Schuld, welche aus einer übertriebenen Furcht vor Operationen die Einwilligung zu dieser so lange als möglich verzögern, bis endlich die erduldeten Qualen sie zu einer Zeit dazu bestimmen, wo meistens die Folgen der Einklemmung eine solche Höhe erreicht haben, dass die Operation vom Tode nicht mehr erretten kann. Andererseits können wir eine grosse Zahl von Aerzten von dem Vorwurf nicht frei sprechen, dass auch sie aus einer zu weit getriebenen Befangenheit sich von der zeitigen Verrichtung dieser Operation abhalten lassen. Sie quälen und martern lieber Tage lang ihre Bruchkranken, bevor sie sich zur Verrichtung der Operation entschliessen können, und glauben einen grossen Triumph zu feiern, wenn es ihnen unter vielen Fällen in einem einzigen gelungen ist, nach Tage langen Versuchen noch die Reposition zu bewirken, und vielleicht gar bei einem Kranken, dem man bereits die Operation in Aussicht gestellt hatte. Aber sie bedenken nicht, dass sie durch ein zu langes Zögern und eine unverständige Manipulation der Brüche gar manches Leben opfern können, bevor ausnahmsweise in einem vereinzelten Falle eine Lebensrettung gelingt, und dass solch ein Ausnahmefall durch viele traurige Erfahrungen aufgewogen wird.

Und woher entspringt bei den Aerzten diese Scheu vor der Bruchoperation? Ich werde es Ihnen sagen: 1) kommt sie von den unglücklichen Resultaten, welche die Mehrzahl dieser Operationen ergehen, 2) von einem Mangel von Kenntniss der Operation selbst und der Art, sie in heilbringender Weise zu verrichten; 3) vor allen Dingen aber aus einem Mangel an Vertrautsein mit dem Terrain, auf welchem sich der Arzt bewegen soll, mit einem Worte, an hinreichender Kenntniss der Anatomie der betroffenen Theile. Aus diesem Grunde bemüht sich gar mancher Arzt, die Repositionsversuche so lange fortzusetzen, bis er einen Zustand herbeigeknudelt, den keine Kunst mehr zu heben im Stande ist. Wenn irgend ein Krankheitsprocess im Stande ist, Ihnen die Nothwendigkeit eines sorgfältigen anatomischen Studiums in einer recht anschaulichen und dringlichen Weise vorzuführen, so sind es die eingeklemmten Brüche, und ich vermag Ihnen nicht genug dieses Studium abermals und abermals an das Herz zu legen und Sie dringend aufzufordern, es nie zu verlassen, auch dann nicht, wenn sie später in den Strudel einer umfangreichen praktischen Thätigkeit gezogen werden, denn es ist das einzige Mittel, welches den Arzt in den Stand setzt, sich auf dem operativen Felde mit Sicherheit zu bewegen. Eine penetrirende Bauchwunde ist unter allen Umständen eine wichtige Verletzung, aber keineswegs in dem Grade, dass sich daraus die unglücklichen Resultate der Mehrzahl der Bruchoperationen erklären liessen. Diese Wunden sind vielmehr unter allen, die natürlichen Höhlen des Körpers penetrirenden gerade diejenigen, welche verhältnissmässig die günstigste Prognose geben. Bei der Operation der eingeklemmten Brüche kommt noch der Umstand in Betracht, dass die Verwundung an Theilen geschieht, welche durch ihr abnormes Lageverhältniss bereits eine, ihre grosse Empfindlichkeit vermindernde Veränderung erlitten hatten. Auch sind die unglücklichen Operationsresultate im Allgemeinen nicht von der accidentellen Verletzung von Theilen abhängig, welche aus anatomischen Gründen geschont werden

müssen. Die Zahl der Bruchoperationen, welche ich selbst verrichtet und unter meiner Leitung habe verrichten lassen, ist sehr gross, und niemals ist es mir begegnet, dass ich die *Art. epigastrica* verletzt hätte, dieses Gespenst, durch welches so viele von der Verrichtung dieser Operation abgehalten werden. Es entspringen vielmehr die unglücklichen Heilresultate der Bruchoperationen fast ausschliesslich aus dem Umstande, dass die Krankheitsprocesse, welche durch die Einklemmung hervorgerufen werden, zur Zeit der Operation bereits eine solche Höhe erreicht haben, dass sie nicht mehr bewältigt werden können.

Ich bin weit entfernt, dem impudenten Operiren das Wort zu reden. Es ist die Pflicht eines jeden gebildeten Arztes, wo möglich eine Operation, und wenn es die unbedeutendste wäre, zu meiden, vorausgesetzt, dass dieses ohne Gefahr für Gesundheit und Leben des Kranken geschehen kann. Wenn aber die Frage aufgeworfen wird: was bei einem eingeklemmten Bruche grössere Gefahr bringe, eine zu früh verrichtete oder eine zu lange verzögerte Operation, so nehme ich keinen Augenblick Anstand, mich auf das Entschiedenste für das letztere auszusprechen, da hierdurch der Kranke in einen Zustand gerathen kann, der ihn dem sichern Tode entgegenführt, während er im ersten Falle, wenn nicht ganz besonders ungünstige Verhältnisse obwalten, bei einer zweckmässigen und aufmerksamen ärztlichen Behandlung gewiss geheilt wird. Daher rathe ich Ihnen, m. H., in allen zweifelhaften Fällen die Operation nicht zu verzögern.

Werden Sie zu einem Kranken gerufen, der an einem eingeklemmten Bruche leidet, so machen Sie mit Vorsicht und Schonung die nöthigen Repositionsversuche nach den Regeln der Kunst. Aber enthalten Sie sich ja des gewaltsamen Zurückpressens der hervorgetretenen Theile, zumal da, wo der Bruch bereits anfängt empfindlich zu werden. Denn weit entfernt, durch ein solches Verfahren Ihren Zweck zu erreichen, werden Sie fast immer durch solche Gewaltmaassregeln die Ursache der Immobilität der Brüche erhöhen. In älteren wie in neueren chirurgischen Werken findet man zwar den Grundsatz, dass bei eingeklemmten Brüchen die Operation verzögert werden kann, bis der Bruch schmerzhaft zu werden beginne, dass man bei alten Leuten mit der Operation länger warten könne, als bei jungen; dass sich bei jenen, zumal wenn örtliche Entzündungserscheinungen fehlen, die Operation selbst bis zum 8. Tage verschieben lasse. Dieses sind jedoch höchst gefährliche Lehren. Je älter und decrepider das Individuum, um so mehr muss man die Operation beeilen, um so weniger darf man Repositionsversuche machen; denn bei solchen Individuen entscheiden oft einige Stunden früher oder später über Leben und Tod. Bei alten und decrepiden Individuen vertragen die vorgefallenen Theile bei weitem weniger einen Druck und eine Einschnürung, als bei jungen Personen, und schon ein geringer Grad von Druck ist hinreichend, Brand hervorzurufen, denn die Anlage zum Brande ist eben in dem höhern Alter und der grössern Decrepidität gegeben. Daher finden Sie bei hochbejahrten Individuen einen Bruch oft schon am Abend brandig, der erst am Morgen eingeklemmt war, ohne Erscheinungen von Reizung oder Entzündung wahrzunehmen. Der Brand ist hier das Produkt eines durch Druck veranlassten unmittelbaren Sinkens der Lebenskraft. Hieraus erklärt es sich, dass man bei der Operation solcher Personen eine bereits in brandige Zersetzung übergegangene Darmschlinge im Bruchsacke finden kann, ohne dass eine schmerzhafte Empfindung in der Geschwulst vorangegangen wäre. Wer bei hochbejahrten Personen mit der Operation eines eingeklemmten Bruches zögert und gar warten will, bis sich Schmerzen in demselben einstellen, wird in der Mehrzahl der Fälle die traurige Erfahrung machen, dass er das Leben derselben opfert.

Ebenso kann ich nicht dringend genug zu einer Beschleunigung der Operation in allen denjenigen Fällen rathen, wo der Einklemmung eine Einschnürung in der Bruchpforte oder im Bruchsacke zum Grunde liegt, denn in Fällen dieser Art vermehrt jeder wiederholte Repositionsversuch durch mechanische Reizung die Einschnürung und bringt jeder verlorene Augenblick neue Gefahr. Wenn keine Anschwellung und Infiltration des Zellgewebes zwischen der äussern Haut und dem Bruchsacke vorhanden ist, dann lassen sich dergleichen Incarcerationen an der grossen Spannung der Contenta bei Betastung des Bruchsackhalses und an ihrer gänzlichen Unbeweglichkeit in der Bruchpforte erkennen.

Nur eine Art von Incarceration giebt es, bei der man mit der Operation zögern darf, dieses ist bei der Einschnürung durch Krampf, welche in Folge von gastrischen Reizen im Vereine mit Erkältung vorzukommen pflegt. Die krampfhafte Spannung der Bauchmuskeln, der Wechsel in den Erscheinungen, der Nachlass der letzteren unter Anwendung der Wärme und krampfstillender Mittel, lassen über die wahre Natur dieser Einklemmung keinen Zweifel, bei welcher die Reposition oft spät noch gelingt, obschon der Zustand des Kranken zeitweise ein sehr schmerzhafter sein kann.

Was die Operation der eingeklemmten Brüche betrifft, so ist es diejenige, welche bei weitem am meisten Sachkenntniss, Geistesgegenwart und Talent des Operateurs erfordert, denn jede Operation der Art bietet neue Erscheinungen dar, und wenn Sie ein ganzes Hundert solcher Operationen gemacht, so wird Sie dennoch die nächstfolgende durch etwas Fremdartiges überraschen. Daher lässt sich diese Operation am wenigsten auf bestimmte Regeln zurückführen. Wohl aber giebt es Principien, die Ihnen leitend zur Hand gehen, und von diesen erlaube ich mir Ihnen aus dem Schatze meiner Erfahrungen die folgenden mitzutheilen:

Es kommen häufig Fälle vor, welche den Anfänger in Verlegenheit setzen und selbst den Erfahrenen stutzig machen können, wo es nicht leicht ist, zu bestimmen, ob das vorliegende häutige Gewebe bereits Darm, oder ob es Bruchsack sei? Zumal wenn Bruchsack und Darm bereits die Spuren beginnender Gangränescenz zeigen, oder der Bruchsack aus mehreren Lagen besteht, zwischen welchen sich ein flüssiges, dem Bruchwasser ähnliches Secret angesammelt hat, oder wo das Bruchwasser ganz fehlt und der Bruchsack unmittelbar auf dem Darme aufliegt, oder endlich, wo der Bruchsack an einer oder mehreren Stellen kreisförmig abgeschnürt ist und dadurch ganz das Ansehen eines Dickdarmes gewinnt. Fälle der letzteren Art sind nicht selten, und sie sind oft so täuschend, dass man verleitet werden kann, den Bruchsack mit seinen Contentis zu reponiren, nachdem man das ihn umkleidende Zellgewebe abgelöst und die Bruchpforte erweitert hat. Allein nach geschehener Reposition wird die Einklemmung fortdauern und der Kranke ihr Opfer werden; und wenn man durch die freigewordene Bruchpforte den Finger einführt, so gelangt man mit demselben nicht in die Bauchhöhle, sondern zwischen die Bauchwand und das abgelöste Peritonäum. Solcher Fälle gedenken bereits Garengeot und Richter.

Ausser den bekannten Vorschriften für die Entblössung und Eröffnung des Bruchsackes gebe ich Ihnen besonders für alle zweifelhaften Fälle der gedachten Art noch folgende 2 Regeln, welche Sie leiten werden.

1) Ergreifen Sie das vorliegende häutige Gewebe mit den Spitzen von Daumen und Zeigefinger, und versuchen Sie es in einer Falte zusammenzufassen und aufzuheben. Gelingt dieses, dann ist es der Bruchsack, welcher vorliegt, dessen Trennung dreist und sicher unternommen werden darf. Gelingt dieses nicht, ist das Gewebe glatt, fest, gespannt, so dass die Fingerspitzen wiederholt darüber hinweggleiten, dann ist es Darm, den Sie vor sich haben.

2) Bei einem jeden vorliegenden Darmstücke muss man in der Bruchpforte die beiden Darmenden deutlich fühlen und unterscheiden können, wenn der Bruchsack wirklich geöffnet ist. Vermag man dieses nicht, so ist es ein Beweis, dass man sich getäuscht und den Bruchsack noch nicht geöffnet hat. Nur in Fällen, wo bloss eine Darmwand vorliegt, bei den sogenannten Divertikeln, kann man kein Darmende in der Bruchpforte fühlen. Hier ist aber der Bruch so klein und liegt so tief im Bruchsackhalse verborgen, dass man den hervorgetretenen Darmtheil oft erst wahrnehmen kann, nachdem man den Bruchsackhals bis tief in die Bruchpforte hineingespalten hat. Demnächst gebe ich Ihnen den Rath, stets den Bruchsack recht ergiebig zu eröffnen. Es ist dieses eine sehr wichtige Regel, welche die Operation ungemein erleichtert und die Gefahr bei derselben vermindert. Namentlich muss die Trennung des Bruchsackhalses stets bis tief in die Bruchpforte hineingeführt werden. Bei weitem häufiger, als es die Mehrzahl der Aerzte glaubt, liegt die Einschnürung der hervorgetretenen Contenta nicht in der Bruchpforte allein, sondern zugleich auch in einer solchen, die sich im Bruchsackhalse befindet; oft besteht sie sogar in dieser allein, und so kann es kommen, dass mit einer hinreichenden Erweiterung der Bruchsacköffnung bis tief in den Bruchsackhals die Ursache der Einklemmung gehoben wird, und die vorliegenden Contenta sich reponiren lassen. Dergleichen Einschnürungen im Bruchsackhalse bestehen bisweilen in einer einzelnen contrahirten Faser desselben, sie haben das Ansehen eines feinen Zwirnsfaden, der um die Contenta gebunden, und können diese so fest umschliessen, dass sie dadurch oberflächlich eingeschnitten werden.

Um aber die Erweiterung der Wunde im Bruchsacke bis tief in den Bruchsackhals fortsetzen zu können, muss man den ganzen Bruchsack stark aus der Bauchhöhle hervorziehen. Dieses kann mit den Fingern nicht in genügender Weise ausgeführt werden; auch würden die Hände der Gehülfen den Operateur nur hindern. Daher fasse man die Seitenwandungen des geöffneten Bruchsackes mit 2 Hakenpincetten, und lasse sie von Gehülfen so kräftig hervorziehen, dass der Hals desselben aus der Bauchhöhle heraustritt, worauf die Erweiterung mittelst der Scheere leicht und ohne Gefahr bis tief in die Bruchpforte fortgesetzt werden kann. Hierdurch gewinnt man sehr an Raum und erleichtert sich auch für solche Fälle sehr die Operation, wo die Ursache der Einschnürung in der Bruchpforte liegt, und diese daher erweitert werden muss.

Für die blutige Erweiterung der Bruchpforte selbst gebe ich Ihnen die Lehre, niemals eine grosse Incision zu machen; eine solche ist in einem hohen Grade gefährlich und könnte bei den häufigen Abweichungen, welche im Laufe der Epigastrica vorkommen, leicht Verletzung derselben zur Folge haben. Beschränken Sie sich stets auf kleine Einkerbungen, nach denen der Bruchsack jedesmal etwas stärker hervorgezogen werden muss, und machen Sie dieselben an der Stelle, wo Sie die stärkste Einschnürung finden, denn je stärker die Einschnürung, um so grösser die Wirkung der Einkerbung. Wiederholen Sie aber diese letzteren bis der Zweck erreicht, d. h. bis die Bruchpforte in dem Grade erweitert ist, dass die Reposition der Contenta mit Leichtigkeit ermöglicht wird. Niemals dürfen Sie diese mit Gewalt zurückdrücken, denn Sie würden dadurch nur die Insultation der vorliegenden Theile, und dadurch die in ihnen bestehende entzündliche Reizung erhöhen, und wenn bereits Brand vorhanden sein sollte, Veranlassung zu einem Bersten der mürben Darmwand geben. Nach gelungener Reposition unterlassen Sie nicht, den Finger in die Bauchhöhle zu führen, theils um sich zu überzeugen, dass die Contenta in derselben frei liegen, theils Gewissheit zu erlangen, dass keine Blutung besteht.

Was den Verband betrifft, so halte man auch bei dieser Operation den Grundsatz fest, der für die Behandlung aller Wunden gelten muss, welche die natürlichen Höhlen des Körpers penetriren: „man verschliesse sie möglichst hermetisch.“ Nichts wirkt so nachtheilig als das Eindringen fremder Stoffe in die natürlichen Höhlen, die athmosphärische Luft nicht ausgenommen. Daher muss ich mich eben so sehr gegen das ältere, noch heute weit verbreitete Einführen von Bourdonets in die Bruchpforte erklären, um dadurch das Hervortreten der Contenta der Bauchhöhle zu verhüten, als gegen das einfache Bedecken derselben mit einem Plumasseau, wie Dieffenbach es wollte. Ein zweckmässiger Verband muss ebensowohl die Bauchhöhle hermetisch verschliessen, als das Hervortreten der Bruchcontenta verhindern, ohne diese mechanisch zu insultiren, wie es ein in die Bruchpforte eingeschobenes Bourdonet thut. Zu dem Ende verschliesse ich zuerst den Bruchsackhals durch einige blutige Knopfnähte, 2—3, welche ich durch denselben anlege; von jedem dieser Nähte wird das eine Fadenende abgeschnitten, und das andere in den untern Winkel der Hautwunde gelegt; darüber vereinige ich sodann auch die Hautwunde durch blutige Knopfnähte auf das sorgfältigste bis auf den untern Wundwinkel, welcher durch die darin befindlichen Fäden offen erhalten wird. Dieser Verband bildet einen hermetischen Verschluss der Bauchhöhle, und verhindert das Hervortreten der Contenta aus derselben, und ruft endlich im Bruchsackhalse eine entzündliche Reizung hervor, welche durch Verwachsung der Wandungen eine organische Verschliessung desselben bis an die innere Bauchwand zur Folge hat.

Zur Unterstützung der blutigen Nähte wird auf die Wundspalte ein Plumasseau aufgelegt, darüber eine Compresse, und diese durch gekreuzte lange Heftpflaster, welche gerade über der Wunde eine Spica bilden und etwas fest angelegt werden müssen, befestigt. Nachdem der Operirte auf sein Lager gebracht und aus dem Schlafe erwacht ist, gebe man ihm ein Clysma von Chamillenthee mit Ricinusöl, um die peristaltische Bewegung zu fördern, und zum inneren Gebrauche eine einfache Emulsion, der man, erfolgt hierauf keine Ausleerung, einen Löffel voll Ricinusöl interponiren kann. Dauern die Erscheinungen der entzündlichen Reizung fort, dann zögere man mit der Anwendung einer Blutentleerung nicht, und mache diese, wofern es der Kräftezustand des Operirten gestattet, durch eine verhältnissmässig ergiebige Venäsection. Die entzündlichen Processe, welche einer Bruchoperation folgen, treten zunächst in den serösen und fibrösen Geweben der vulnerirten Theile auf, und nehmen schnell den Ausgang in Exsudation, zumal in Fällen, wo diese Theile während der Dauer der Incarceration und der gegen sie angewandten Repositionsversuche bald längere, bald kürzere Zeit einer mechanischen, druckweisen Insultation ausgesetzt waren. Diese Entzündungen gelingt es nur dann mit Erfolg zu bekämpfen, wenn man den Muth hat, gleich bei ihren ersten Erscheinungen einen ergiebigen Aderlass zu machen, und diesen zu wiederholen, sobald sie recrudesciren. Der Puls des Operirten allein giebt keine sichere Indication für den Aderlass, fast bei allen operirten Bruchkranken pflegt er klein, ärmlich und gereizt zu sein, und hebt sich erst nach einem ergiebigen Aderlass, oft erst nach dem zweiten. Ebensowenig dürfen Sie sich durch das Gefühl von Ermattung, Hinfälligkeit und Schwäche des Kranken von der Verrichtung eines Aderlasses abhalten lassen, denn diese Erscheinungen sind allen Unterleibsentzündungen eigen. Nur bei hochbejahrten, abgemagerten, wirklich decrepiden Individuen sei man vorsichtig mit dem Aderlass und ersetze ihn durch eine örtliche Blutentleerung mittelst Blutegel. In allen andern Fällen muss diese dem Aderlasse folgen, wenn nach der Anwendung desselben nicht alle örtlichen Erscheinungen gewichen sind, oder dergleichen später sich einstellen. Nach der Operation eingeklemmter Schenkel- und Leistenbrüche entwickeln sich leicht Entzündungen in den nahegelegenen sehnichten Geweben, als dem Poupart'schen Bande und den Wandungen des Inguinalkanales. Daher unterlasse man nicht, diese Regien täglich zu untersuchen, denn Entzündungen in diesen Geweben gehen leicht in Suppuration über und geben zu bösen Ulcerationen Anlass.

Kalte Umschläge verträgt der Unterleib nicht, man darf sie daher nur in solchen Fällen über die Wunde machen, wo eine Blutung zu stillen ist. Sonst bedient man sich der Umschläge mit lauwarmer *Aqua saturnina* zur Unterstützung der Wirkung der örtlichen Blutentleerung. Die Diät des Operirten beschränke sich in den ersten Tagen auf den Genuss einer aus Wasser gekochten Schleimsuppe von Hafergrütze, Graupen, Reiss, oder Griess und auf Milch, Wasser, Zuckerwasser zum Getränk; durchaus gemieden müssen alle festen, alle schwer verdaulichen und blähenden Nahrungsstoffe werden.

Erfolgt in den ersten 24 Stunden keine Entleerung von geformten Fäces, dann wiederhole man die Gaben von *Ol. Ricini* 2—3mal im Laufe des Tages, und setze dabei die Anwendung der Clysmata fort, bleibt auch dieses erfolglos, dann gehe man zu grösseren Gaben des Calomel, zu 4—6 Gr. pr. dos. über. Man lasse sich durch dünne wässerige, fäcalgefärbte Ausleerungen, untermischt mit kleinen knotigen Kothmassen, nicht täuschen; dergleichen Entleerungen genügen nicht, sie kommen meistens aus dem untern Darmende, während die grösseren Kothmassen durch die Darmstelle, welche eingeschnürt war und dadurch verengt bleibt, nicht hindurch kommen. So lange nicht eine reichliche Entleerung fester, geformter Kothmassen eingetreten ist, fehlt der Beweis, dass jene Darmstelle wieder erweitert und permeabel geworden ist, und so lange schwebt der Operirte noch in Gefahr, wenn auch die übrigen Symptome ermässigt erscheinen.

Zu Ende des dritten Tages müssen die blutigen Nähte aus der Hautwunde entfernt werden, wenn dieses nicht durch frühzeitig eingetretene Eiterung bereits früher nothwendig sein sollte. Man ersetzt sie durch einen sorgfältig angelegten Heftpflasterverband. In der Mehrzahl der Fälle findet man die Wundränder in den ersten Tagen vereinigt; allein diese Vereinigung wird selten erhalten. Die blutigen Nähte am Bruchsackhalse werden nämlich durch den Eiterungsprocess zwischen dem 6. und 12. Tage ausgestossen, und dieser Eiterungsprocess, zumal wenn er etwas profuse eintritt, giebt gewöhnlich Veranlassung, dass sich die Vereinigung der Hautwunde theilweise oder ganz auch wieder löst. Jedenfalls aber ist das Zustandekommen einer *prima intentio* in den ersten Tagen in der äussern, der Hautwunde, auch wenn sie sich später wieder löst, dennoch von grossem Nutzen, denn sie hat 1) immer eine Verkleinerung der Wunde zur Folge und bildet 2) so lange eine schützende Decke über der Bruchpforte, bis in dieser eine organische Verschliessung zu Stande gekommen ist, was zur Zeit, wo die Nähte vom Bruchsackhalse ausgestossen werden, der Fall ist, womit die Bauchhöhle hermetisch geschlossen erscheint.

Die fernere Nachbehandlung des Operirten muss dieselbe wie die eines Kranken sein, welcher an einer Darm- oder Bauchfellentzündung erkrankt war, wobei die Wunde wie eine jede eiternde Fläche *in inguine* behandelt werden muss. Eiterungen aber an jener Stelle nehmen sehr leicht einen putriden Charakter an, zumal wo Haut und Zellgewebe in Folge gewaltsamer Repositionsversuche gelitten hatten, und dergleichen putride Ulcerationen können sehr leicht umfangreiche Zerstörungen anrichten. Sistiren die bekannten pharmaceutischen Antiseptica die Putrescenz nicht, dann zögere man mit der Anwendung des *Ferrum candens* um so weniger, als einerseits wenn sie unter Chloroformnarkose geschieht, dem Kranken dadurch kein Schmerz erwächst, andererseits das Mittel wesentlich zur Bildung einer festen organischen Verschliessung der Bruchpforte und zur Bildung einer Narbe beiträgt, durch welche die Contenta der Bauchhöhle an der Bruchstelle sicher zurückgehalten werden.

Bis zur gänzlichen Vernarbung der Wunde lasse man den Operirten die horizontale Rückenlage innehalten, und lege ihm der grössern Vorsicht wegen ein leichtes Bruchband an.

Geschrieben in den letzten Tagen des April 1851.

Nachtrag. Seit dem 31. Dec. des vorigen Jahres sind bis jetzt in der Klinik des Herrn Jüngken 10 eingeklemmte Unterleibsbrüche und sämmtlich unter recht ungünstigen Verhältnissen operirt worden, da in der Regel die Kranken lange zögern, bevor sie sich in das Charité-Krankenhaus bringen lassen. Bei 8 ist die Operation mit Lebensrettung und vollständiger Heilung gelungen. Eine alte decrepide Frau in den 80er Jahren wurde fast sterbend in die Klinik gebracht, und bei der Eröffnung des Bruchsackes ergab sich die brandige Darmschlinge bereits perforirt; sie starb bald nach der Operation. Bei einem zweiten Bruchkranken hatte die Bauchfellentzündung zur Zeit, wo er in die Anstalt kam, bereits eine solche Höhe erreicht, dass eine Lebensrettung nicht gelang. Bei sämmtlichen Bruchkranken kamen die obigen Grundsätze in Anwendung.

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baden. Dem Geh. Rath Prof. Dr. Tiedemann in Heidelberg (jetzt in Frankfurt a. M. wohnend) der k. preuss. Orden pour le mérite.

Hannover. Dem k. Leibarzte Dr. Baring das Commenthurkreuz 2. Kl., den Hofräthen Prof. DD. v. Siebold und Marx in Göttingen das Ritterkreuz, dem Hofrath Prof. Dr. Berthold daselbst, dem Hofchirurg Dr. Wellhausen, den Ober-Wundärzten DD. Köllner vom Garde-Hus.-Reg., Langenbeck vom 1. Inf.-Reg., Schumacher von der Artillerie und dem Hofmedicus Dr. Brockmann zu Klausthal die 4. Kl. des k. Guelphen-Ordens.

Oesterreich. Dem Kreisphysikus in Bochnia Dr. Th. Beer der k. russ. St. Stanislaus-Orden 3. Kl.; dem Badearzte Dr. Schmelkes zu Teplitz das Ritterkreuz des k. sächs. Albrechts-Ordens; dem Oberarzte Dr. Wartbichler bei der österr. Internunciatur zu Konstantinopel das goldene Verdienstkreuz mit der Krone.

Preussen. Dem Kreisphysikus Dr. Rupprecht in Langensalza, dem prakt. Arzte Dr. O. Schulze in Nordhausen und dem Stadtphysikus Dr. Creuswieser zu Königsberg in Pr. der Charakter als Sanitätsrath. Dem Stabsarzte Dr. Westphal beim medicin.-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Institute der Rothe Adler-Orden 4. Kl., dem Wundarzte J. Jahn zu Städtel-Steinau das Allgemeine Ehrenzeichen. Dem General-Stabsarzte Dr. Grimm der k. russ. St. Wladimir-Orden 3. Kl. und das Comthurkreuz des k. hannov. Guelphen-Ordens.

Personalveränderungen. Baden. Ernannt: Dr. Wilhelmi, prakt. Arzt in Baden, zum Amtschirurg daselbst.

Baiern. Ernannt: Dr. J. Schmitt, prakt. Arzt in Weilheim, zum Physikatsarzt in Neu-Ulm, Dr. Daxenberger, prakt. Arzt in München, zum unbesoldeten Mitgliede des Kreis-Med.-Ausschusses von Oberbaiern, Dr. Grandaur zum prakt. Arzt in München.

Preussen. Angestellt: Der prakt. Arzt, Operateur und Geburtshelfer Dr. C. A. Burckhardt als Kreisphysikus des Marienwerderschen Kreises, der Wundarzt 1. Kl., Operateur und Geburtshelfer Claar als Kreiswundarzt des Recklinghausenschen Kreises, der Thierarzt 1. Kl. Köhne als Kreisthierarzt in Kempen, Reg.-Bezirk Düsseldorf, und der Thierarzt 1. Kl. Napp ebenso in Löwenberg. Versetzt: Der Kreisphysikus Dr. Zettnow zu Lötzen, Reg.-Bezirk Gumbinnen, in gleicher Eigenschaft in den Kreis Regenwalde, Reg.-Bezirk Stettin, der Kreisthierarzt Wannovius in den Kreis Steinfurt-Tecklenburg zurück. Niederlassungen: Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Niehe ist von Gniewkowo nach Inowraclaw, der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Becker von Ehrenbreitstein nach Manderscheid und der Kreiswundarzt Horniekel von Dürrwiss nach Setterich, Kreis Jülich, gezogen. Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Kluge hat sich im Dorfe Sellnow, Kreis Arnswalde, der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. K. Walter in Bonn, der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Steinau in Attendorf, Kreis Fraustadt, der Thierarzt 1. Kl. Gross in Liebenau und der Thierarzt 1. Kl. Fabricius in Putbus niedergelassen. Der Reg.-Arzt Dr. Herkenrath ist von Deutz und der Thierarzt 1. Kl. Royer von Putbus fortgezogen. Der prakt. Arzt Dr. W. H. Danker ist als Assistenzarzt in Stralsund und der prakt. Arzt und Operateur Dr. Stephani als Assistenzarzt in Insterburg eingetreten.

Todesfälle. Baiern. Dr. Payr, prakt. Arzt zu Pfaffenhofen.
Grossh. Hessen. Renz, pens. Stabsarzt zu Friedberg.
Oesterreich. Dr. J. Erter, prakt. Arzt zu Brody.
Preussen. Dr. Hackel, prakt. Arzt und Wundarzt in Gostyn, und Dr. Stisser, prakt. Arzt in Landsberg a. d. W.
Sachsen. Dr. Schmidt zu Chemnitz; Dr. G. Kunze, Prof. der Botanik an der Universität zu Leipzig.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1].

2. Augenheilkunde.

(Fortsetzung aus No. 15.)

Bouley, Ueber eine besondere Varietät der Entzündung der Conjunctiva beim Pferde, veranlasst durch Bildung fibrinös-kalkiger Granulationen im entzündeten Gewebe. Ann. d'Ocul., Jan. — März.
Cornaz, Ueber Hyperchromatopsie. Ibid.
Deval, *Traité de l'amaurose ou de la goutte sereine; ouvrage contenant des faits nombreux de guérison de cette maladie, dans des cas de cécité complète.* Paris, 1851. 8. Prix 6 Fr. 50 C.
Follin, Zergliederung eines Auges, an dem 15 Jahre vor dem Tode die Cataracta operirt war. Ann. d'Ocul., April.

[1] Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Hasner, Ueber Aetiologie der Cataracta. Prager Viertelj.-Schr. Bd. 2.
Jacob, Ueber die Entzündung des Auges. Dubl. Press 635 u. 644.
Lange, *Pulvis plumbi acetici* gegen Augenkrankheiten. Deutsche Klinik 19 u. 20.
Leão, Ueber die epidemische Ophthalmie der Truppen zu Porto. Ann. d'Ocul., April.
Lebert, Ueber die Ophthalmie der Skrophulösen. Ibid., Jan. — März.
Mackenzie, Beobachtungen über einen angeblichen Fall von Hydatide der vorderen Augenkammer, beobachtet von Dr. Neumann. Ibid.
Magre, Methode um radical die Geschwulst und die Fistel des Thränensackes zu heilen. Ibid.
Mirault, Neue Methode zur Heilung des auf Verbrennungen folgenden Ectropium. Ibid., April.
— O — *Scintillatio pupillae*, das Flirren oder Funkeln der Pupille. Med. Zeitung Russlands 3.
Rodrigues, Paralyse des *Nervus oculo-motorius externus.* Ann. d'Ocul., Jan. — März.
Schlotthauer, Anheilung eines Lappens der Conjunctiva. Pr. Vereins-Ztg. 22.
Serre, Ueber die praktische Anwendung des Phosphene oder des durch Compression des Auges hervorgebrachten Lichtspiegels. Ann. d'Oc., April.
Sichel, Zur Geschichte der Spintheropie. Ibid., Jan. — März.
de Simas, Ueber die Ophthalmie in der portugiesischen Armee. Ibid.
Stöber, Ueber die Obliteration des Thränensacks, als Mittel die Thränenfistel zu heilen. Ibid.
Tavignot, Behandlung der *Keratitis vascularis interstitialis* durch Scarification der Gefässe der Hornhaut. Ibid.
Ulrich, Katarrhalisch-blennorrhoische Augenentzündung. Deutsche Kl. 25.
Wedt, Ueber die unmittelbar nach Entleerung des *Humor aqueus* eintretende Blutstase in den Ciliargefässen. Wiener Zeitschr., Febr.
White-Cooper, Ueber Cataracta bei Bären. Ann. d'Ocul., Jan. — März.
Wilde, Epidemische Ophthalmie in Tipperary u. Athlone. Lond. Journ., Jan.
— *Observations in the epidemic Ophthalmia which has prevailed in the workhouses and schools of the Tipperary and Athlone unions.* Dublin. 8. 27 S.

3. Frauenzimmerkrankheiten.

(Fortsetzung aus No. 15.)

Beck, Functionelle Krankheiten des Uterus. Lond. Journ., Mai.
Bennett, Die Diagnose der Uteruskrankheiten. Ibid.
Credé, Bemerkungen über den Vorfall der Gebärmutter und die Episioraphie. Casper's Wochenschrift 14. 15. 17.
Ewenius, Ueber die Scheiden- und Mastdarmfistel. Med. Zeitung Russlands 5 u. 6.
Forster, Ein Fall von Menstrualgeschwür im Gesicht. Lond. Gaz., März.
Heinecke, *Haemorrhagia uteri.* Zeitschr. d. Chirurg.-Ver. V. 1.
Kiwisch v. Rotterau, Exstirpation eines grossen Ovarien-Cystoids mit vollkommen glücklichem Erfolge, nebst epikritischen Bemerkungen. Prager Vierteljahrs-Schrift Heft 1.
Lange, Brand der Gebärmutter. Deutsche Klinik 25.
Mackenzie, Irritabler Uterus. Lond. Journ., Mai.
Möller, Ungewöhnlicher Fall von *Atresia hymenis.* Deutsche Klinik 25.
Montgomery, Beiträge zur Behandlung der Uteruskrankheiten. Dubl. Journ., Febr.
Myrtl, Ovariotomie nach 20jährigem Bestehen der Geschwulst. Monthly Journ., März.
Richter, *Hypertrophia uteri et hydrometra.* Zeitschr. d. Chirurg.-Ver. V. 1.
Tilt, Ueber Ovariengeschwülste. Lond. Gaz., März.
Velpeau, Ueber die Geschwülste der weiblichen Brust. Rev. méd.-chirurg., April.
Wagner, Mittheilungen aus B. Langenbeck's chirurgischer Klinik. (*Hydrops ovarii; Exstirpatio ovarii;* Heilung.) Deutsche Klinik 21.

Anzeigen.

Sonnabend, № 27. 5. Juli 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber Froschgeschwulst.

Von

Dr. Albert Haller.

(Fortsetzung aus No. 25.)

Diagnose, Aetiologie und Prognose.

Die Diagnose der Ranula ist im Allgemeinen nicht sehr schwierig; achtet man nur auf die wesentlichen Momente: den Ort der Entstehung, die Art des Wachsthums, die meist vollkommene Schmerzlosigkeit, die deutliche Begrenzung der Geschwulst, ihre Elasticität und Weichheit, die Fluctuation, so wird die Natur des Uebels meist klar. Dazu kommt noch die häufige spontane Oeffnung der Geschwulst mit Ausfluss des flüssigen Inhalts und das baldige Wiedererscheinen, wie auch die Hartnäckigkeit des Widerstehens bei Heilversuchen, welches noch besonders charakteristische Zeichen sind. Es kann daher die Ranula weder mit entzündlichen Affectionen der umliegenden Theile, noch mit krebshaften Geschwülsten, noch mit Oedem verwechselt werden: bei Entzündung findet sich Härte, Schmerz und Röthung; bei Krebs gleichfalls Härte, Schmerz und baldige Verschwärung der Geschwulst; beim Oedem kann die Geschwulst nicht so umschrieben sein. Doch können Complicationen der Ranula, namentlich mit Entzündung vorkommen, welche allerdings die Diagnose erschweren können. — Wichtig ist zwar die Unterscheidung der Ranula von den durch Speichelsteine hervorgebrachten Symptomen, doch werden hier wieder die fehlenden Zeichen der Entzündung und der Reizung der Drüsen, von denen schon oben die Rede war, hinreichenden Aufschluss gewähren.

Was die Unterscheidung der Ranula von den aus Schleimfollikeln entstandenen Geschwülsten betrifft, so ist darüber schon oben das Nöthige gesagt. Um sie von Lipomen und ähnlichen Parasiten zu unterscheiden, die, wenn sie unter der Zunge sitzen, bisweilen viele Aehnlichkeit mit der Ranula zeigen, bleibt oft nur die *Punctio probatoria*, um den Inhalt zu untersuchen; denn was man von der Gestalt als Unterscheidungszeichen gesagt hat [1]), kann nach dem Vorherigen wohl nicht von Wichtigkeit erscheinen. Am schwierigsten ist wohl die Unterscheidung zwischen der Ranula in unserem Sinne und wahren Balggeschwülsten; hier ist der Ort der Entstehung zu beachten, denn, während es noch zweifelhaft scheint, ob letztere sich überhaupt jemals von Anfang unter der Zunge entwickeln, scheinen sie sich wohl von der Gegend des Halses unter dem Unterkiefer bis unter die Zunge erstrecken zu können, wie Wernher [2]) es vom *Hygroma cysticum colli congenitum* wahrscheinlich macht; dasselbe gilt von der Unterscheidung einer angeborenen Ranula in unserem Sinne, wenn sie überhaupt vorkommt, vom *Hygroma cysticum colli congenitum*. Doch sind diese Unterscheidungen weniger wichtig, weil sie auf die Behandlung im Ganzen nicht von grossem Einfluss sind.

Die Aetiologie der Ranula ist sehr dunkel; in den meisten Fällen wissen die Kranken durchaus keine Umstände zu beschuldigen. Wie schon erwähnt, hat man angeborene und erworbene Ranula unterschieden; ob beiderlei Geschwülste aber durchaus gleichartig sind, ist zu bezweifeln; es scheinen vielmehr die angeborenen meist zu den eigentlichen Hygromen zu gehören, während die erworbenen auf einer Krankheit des Schleimbeutels beruhen. Was die Ursachen der angeborenen Ranula betrifft, so sind sie durchaus unbekannt.

Dass in Betreff der erworbenen Ranula Aphten, Entzündungen, Verschwärungen beschuldigt worden sind, aber wohl meist mit Unrecht,

[1]) Dupuytren l. c. Tom. III. pag. 329.
[2]) Wernher l. c.

ist schon erwähnt worden. C. C. Siebold [1]) bringt die Ranula mit häufiger Anstrengung der Zunge und Lippen durch Sprechen, Pfeifen und Singen in Verbindung, was indess wohl nur für einzelne Fälle zu gelten scheint. Jedenfalls scheint die Krankheit rein local zu sein; über die veranlassenden Momente aber lässt sich aus der Erfahrung nichts sagen. Gewiss scheint nur, dass die Ranula besonders das Kindesalter heimsucht; nur Camper [2]) will sie nie bei kleinen Kindern beobachtet haben.

Die Prognose ist im Allgemeinen nicht ganz ungünstig; wesentliche Benachtheiligung der Gesundheit entsteht nur selten, und meist nur bei zarten Kindern, wo durch die Erschwerung des Saugens mangelhafte Ernährung entstehen kann. Auch das Athmen kann allerdings in hohem Grade und gefahrdrohend erschwert werden. Durch Compression der nahen Gefässe des Halses kann eine grosse Ranula überdies Congestionen veranlassen; der Tod ist aber, ausser bei zarten Kindern, wohl nie in Folge einer Ranula entstanden.

Weniger günstig stellt sich die Prognose in Bezug auf Heilung heraus, denn das Uebel gehört zu den hartnäckigsten. Zwar lassen sich die durch das Uebel hervorgerufenen Beschwerden leicht lindern, die radicale Heilung aber ist wegen der häufigen Recidive schwierig, und wird noch besonders erschwert, wo die Geschwulst veraltet, der Sack knorplig geworden ist; daher ist Heilung um so schwieriger, je fester ihre Wände und je häufiger Rupturen dagewesen sind, oder je häufiger Operationsversuche angestellt wurden.

Behandlung.

Nachdem wir gesehen, wie verschieden die Ansichten über das Wesen der Ranula sind, kann es uns durchaus nicht mehr auffallen, dass auch die von den Chirurgen befolgten Kurmethoden eben so viele Verschiedenheiten darbieten. Aber eben diese Mannigfaltigkeit der angegebenen Behandlungsarten, und der verschiedene Erfolg, den die verschiedenen Autoren von jeder einzelnen gesehen haben wollen, ist uns ein sicheres Zeichen, dass sie alle nur bedingungsweise helfen, und eine jedem Falle angemessene Behandlung auch hier, wie in anderen Krankheiten, nicht anzugeben ist. Wir werden daher jede einzelne Methode soviel möglich einer Kritik unterziehen müssen, um die Indicationen für dieselbe feststellen zu können.

Dass sich die einmal ausgebildete Ranula durch irgend welche Mittel werde zertheilen lassen, ist a priori schon nicht anzunehmen. Betrachten wir ihre Natur, ihre Zusammensetzung aus einem secernirenden Balge und seinem Secret, was ihr mit echten Balggeschwülsten grosse Aehnlichkeit giebt, so können wir uns nicht verhehlen, dass ein Zertheilen der Geschwulst nicht statthaft ist, denn es widerspricht allen Regeln der Erfahrung. Wir werden daher jede allgemeine Behandlung zu diesem Zweck in Fällen von Ranula verwerfen müssen; es kann eine solche nur gegen etwaige Complicationen gerichtet sein, nach deren Natur sie sich dann zu richten hat. Viele Aeltere freilich, wie Argelatus [3]), Forestus [4]), Fonseca [5]), Diemerbroek [6]), wollen wenigstens versuchsweise eine Behandlung mit inneren Mitteln, namentlich Purgantien und Derivantien, auch mit Aderlässen anwenden; doch greifen sie meist später zu Operationen; es ist also auch ihnen die allgemeine Behandlung nicht ausreichend erschienen. Auch noch im

[1]) C. C. Siebold l. c.
[2]) Camper l. c.
[3]) Argelatus, Chirurgia. pag. 136. cap. 35. — Soultter l. c.
[4]) Forestus l. c.
[5]) Fonseca l. c.
[6]) Diemerbroek l. c.

vorigen Jahrhundert ist diese Behandlungsart durch Soullier[1]) und, wie es scheint, auch durch Haguenot[2]) warm empfohlen worden. Es stellt sich aber heraus, dass Soullier keine eigentliche Ranula, sondern eine entzündliche Geschwulst der Drüsen dadurch geheilt hat, da er selbst angiebt, die Geschwulst sei sehr rasch entstanden, schmerzhaft, hart und mit Fieber verbunden gewesen. Es ist also eine solche Behandlung nur gegen Complicationen statthaft.

Eben so wenig können wir aber durch örtliche Anwendung pharmaceutischer Mittel eine Zertheilung hervorrufen; wenn also die Araber, wie auch von den Späteren namentlich Forestus, Ruland[3]), Stalpart van der Wiel[4]), wenigstens in manchen Fällen eine [illegible] erwarten, so können wir ihnen nicht beistimmen. Ueber die von ihnen als auf diese Weise geheilt angeführten Fälle lässt sich der Mangelhaftigkeit ihrer Beobachtung wegen nicht genau urtheilen.

Ebenso in rein historischem Interesse ist eine Operation zu erwähnen — das Anschneiden der Venen unter der Zunge, welches sich im Aëtius[5]), Paulus von Aegina[6]), wie auch später im Avicenna[7]) und dann im Actuarius[8]) angegeben findet. Dass diese Operation sich nur auf die damalige Ansicht von Krankheit der Venen stützt, jetzt also längst verlassen sein muss, ist klar; daher wir über sie nichts weiter zu sagen haben.

Es bleiben nun bei der Behandlung der Ranula eigentlich nur zwei Aufgaben übrig, die wir uns stellen können, woran sich als Nothbehelf aber noch eine dritte schliesst. Dieses sind:

1) Exstirpation der ganzen Geschwulst mit dem Balge;
2) Vernichtung der secernirenden Membran durch hervorgerufene Obliteration und Verwachsung des Sackes;
3) Eröffnung einer bleibenden Ausflussöffnung für die secernirte Materie.

Die dritte Indication ist nicht gegen die krankhafte Secretion, die eigentliche Krankheit, gerichtet, sondern beabsichtigt nur Verhütung der Bildung der Geschwulst, ist also nur palliativ.

I. Die Exstirpation des ganzen Sackes nach Art der Operation von Balggeschwülsten ist eine der ältesten Operationsmethoden der Ranula. Sie findet sich zuerst im Albucasis[9]) deutlich angegeben; die Erwähnung derselben im Celsus[10]) ist nicht sicher hierher zu rechnen, da es nicht gewiss zu entscheiden ist, ob er unter seinem Abscessus eine eigentliche Ranula verstand. Albucasis indess schon muss bei der Operation bedeutenden Schwierigkeiten begegnet sein, da er mehrmals operiren will. Claudinus[11]) soll die Operation unternommen haben, und zwar, um einer Hämorrhagie vorzubeugen, mit glühendem Messer. Auch Diemerbroek[12]) lässt sie für manche Fälle gelten, ebenso wie neuerdings Malgaigne[13]). Doch ist die totale Exstirpation schwierig und die Gefahr der Blutung sehr gross, wie das unter anderen der Fall von Lassus[14]) beweist, wo schon bei partieller Excision die Hämorrhagie kaum zu stillen war. Ganz erklärlich wird das durch die anatomischen Verhältnisse und die Menge von Gefässen in dieser Gegend. Daher ist die Exstirpation in neuerer Zeit wohl nur partiell unternommen worden, wo sie aber eben so wenig sicheren Erfolg haben kann, wie die noch zu besprechende Excision der vorderen Wand.

Eine eigene Modification der Exstirpation ist von Schreger[15]) angegeben, der die Geschwulst einschneiden und dann mit der Pincette allein den Sack ausstreifen will. Doch wird wohl nur in den allerseltensten Fällen die Verbindung des Sackes mit den umgebenden Theilen locker genug sein, um dieses Verfahren ausführbar erscheinen zu lassen.

II. Verwachsung des Sackes hat man auf sehr verschiedene Weise zu erreichen gesucht: dahin gehört zuerst die einfache Aetzung des nicht eröffneten Sackes, die schon die Araber und später auch Sennert[16]) wenigstens versucht zu haben scheinen, und die Horne[17]) noch neuerlich (mit *Lapis infernalis*) mit Erfolg angewandt haben will. Letzterer ätzte täglich, bis die Geschwulst sich öffnete, und fuhr auch dann mit dem Aetzen fort, wenn es noch nöthig erschien. Doch

[1]) Soullier l. c. pag. 226.
[2]) Haguenot, tractat. de morbis capitis externis. Art. II. pag. 264.
[3]) Ruland l. c. cent. IV. cur. 49.
[4]) Stalpart van der Wiel l. c.
[5]) Aëtius, tetrab. II. sect. 4. cap. 37. — Med. art. princip. ed. Stephanus. fol. 389.
[6]) Lib. II. cap. 26. — Stephanus fol. 445.
[7]) Avicenna l. c. lib. III. fen. 6. tract. 1. cap. 18.
[8]) Lib. IV. cap. 14. — Stephanus fol. 241.
[9]) Albucasis l. c. Tom. I. pag. 197.
[10]) Celsus l. c.
[11]) Claudinus, consultationes medicae. — Jourdain l. c. pag. 590.
[12]) Diemerbroek l. c.
[13]) Malgaigne l. c.
[14]) Lassus l. c. pag. 406.
[15]) Schreger, Grundriss der chirurgischen Operationen. 3. Ausg. Nürnberg, 1825. Th. I. pag. 414.
[16]) Sennert, practic. lib. I. part. 3. sect. 9. p. 254. cap. 4. — Soullier l. c.
[17]) J. Horne in: Froriep's neue Notizen, Bd. 41. No. 12. 1834. — Kleinert's Repertor. 1836. Jahrg. 10. Heft 7. pag. 41.

ist es wohl kaum wahrscheinlich, dass das auf die unverletzte Schleimhaut angewandte Causticum, namentlich der wenig tief wirkende Höllenstein, eine gehörige Reizung des Sackes, und zwar in allen seinen Theilen hervorbringen sollte, um zur adhäsiven Entzündung desselben zu führen. Eher dürfte das schon durch das von Chopart und Desault[1]) empfohlene *Butyr. antimonii* erreicht werden; dieses lässt aber in seiner Wirkung zu wenig Localisation zu, als dass seine Anwendung rathsam wäre. Daher entspricht die einfache Cauterisation ihrem Zwecke nicht hinreichend.

Hieran schliesst sich die Anwendung des Glüheisens, zuerst von Paré[2]) empfohlen, der zu dem Behuf eigene Instrumente erfand. Ihm folgten viele Spätere, namentlich in den Fällen, wo die Geschwulst schon hart war; so: Tulpius[3]), Jourdain[4]) u. A. Dass Paré das Glüheisen anrieth, um eine bleibende Oeffnung zu erhalten, wie die späteren Schriftsteller meist angeben, lässt sich bezweifeln; es scheint vielmehr sein Verfahren eine heftige Entzündung und Verheilung oder Auseitern des Balges hervorbringen zu müssen, um so Recidive verhüten zu können, wie das wohl auch Larrey[5]) wird bewirkt haben, wenn er die ganze Geschwulst mit dem Glüheisen durchbohrte und die vordere Wand wegbrannte. Uebrigens möchte die Schwierigkeit der Beschränkung der Entzündung nicht sehr für das Glüheisen sprechen.

In derselben Absicht behandelten viele Chirurgen die Geschwulst nach vorläufiger Eröffnung mit verschiedenen reizenden, adstringirenden und ätzenden Mitteln. Schon Ruland[6]) behandelte so eine Ranula nach der Eröffnung mit dem *Oleum Heracleum;* Fonseca[7]), Purmann[8]), Riverius[9]), Musitanus[10]) betupften den Sack mit Schwefelsäure. Desselben Mittels bediente sich auch Dionis[11]), der aber noch besonders auf das Reiben des Sackes Gewicht legt. Camper[12]) und neuerlich wieder Ritscher[13]) ätzten den Sack mit *Lapis infern.*, welches Mittel Capelletti[14]) in Solution mit Charpie einbringt. Aehnlich verfuhren auch Alix[15]) und Acrel[16]), welcher letztere Salzsäure anwandte. Callisen[17]) reizt den Sack durch einfaches Ausstopfen mit Charpie, ätzt aber nachher noch mit einer Mineralsäure. Prof. Adelmann wendet ein mit *Lapis infern.* getränktes Bougie an. Zu ähnlichem Zwecke liesse sich auch die Galvanopunctur anwenden, indem man durch etwa unter dem Kinn und im Munde in die Geschwulst eingestochene Acupuncturnadeln einen galvanischen Strom durch die ganze Geschwulst leitete, wodurch jedenfalls einige Reizung des Sackes hervorgebracht werden müsste.

Van der Haar[18]) zog ein Haarseil durch die Geschwulst, das Kyll[19]) in manchen Fällen noch mit reizenden Salben (*Unguent. canthari d., basilic.*) bestreichen will. Aehnlich sollen der Bleidraht Pétrequin's und Olivet's[20]) und die Hasenschartennadeln oder der Silberdraht von Vanzetti[21]) wirken; letzterer biegt die Enden zu einem Ringe zusammen.

Noch Andere machten Einspritzungen in derselben Absicht; so Burns[22]) Einspritzungen von *Tinct. myrrhae* und *Aqua potassae*, Preiss[23]) von *Oleum terebinth.*, Velpeau[24]) und viele Neuere Jodeinspritzungen. Auch nach der Excision eines Theiles haben Manche Aehnliches angewandt, wie z. B. Loder[25]) Waschungen mit Branntwein.

Wenn schon nicht zu leugnen ist, dass der Zweck dieser Behandlungsarten dem Wesen der Krankheit, wie es oben auseinandergesetzt ist, vollkommen entspricht, so ist doch nicht ausser Acht zu lassen,

[1]) Chopart und Desault l. c.
[2]) Paré l. c.
[3]) Tulpius, observationes medicae. Amst., 1652. lib. I. obs. 52. p. 103.
[4]) Jourdain l. c.
[5]) Larrey l. c. Tom. II. pag. 49.
[6]) Ruland l. c. cent. VIII. curat. 37.
[7]) Fonseca l. c. Tom. I. pag. 560.
[8]) Purmann l. c. Th. I. cap. 27. pag. 153.
[9]) Riverius l. c. Tom. II. sect. 4. cap. 2. pag. 144.
[10]) Musitanus l. c. cap. 38. pag. 320.
[11]) Dionis l. c. pag. 624.
[12]) Camper l. c.
[13]) J. B. Ritscher, über die Ranula der Kinder. In: Med. Zeitung, herausg. von dem Verein für Heilkunde in Preussen. 1838. No. 23.
[14]) Capelletti l. c.
[15]) Alix l. c. fasc. I. obs. 6. pag. 27.
[16]) Acrel l. c. Bd. I. No. 29.
[17]) Callisen, System der neueren Wundarzneikunst. Aus dem Lateinischen von K. G. Kühn. Kopenhagen, 1800. Bd. II. pag. 117.
[18]) Van der Haar, über die Beschaffenheit des Gehirns. pag. 309. — Schreger l. c. Th. I. pag. 411.
[19]) Kyll l. c.
[20]) Olivet in: Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse. 1847, Mars et Avril. — Canstatt und Eisenmann, Jahresbericht für 1847. Bd. III. pag. 206.
[21]) Vanzetti, annales scholae clinicae chirurg. caesar. Univers. Charkoviensis. Ann. academ. 1845—1846. Charkoviae, 1846. pag. 150.
[22]) Burns l. c. pag. 231.
[23]) Preiss in: Loder's Journ. Bd. III. pag. 468.
[24]) Velpeau l. c.
[25]) Loder, chirurg.-medicin. Beobachtungen. Weimar, 1794. Bd. I. pag. 249.

dass die Ausführung manche Uebelstände mit sich bringt, die sogar Gefahr herbeiführen können. Vornehmlich wird die Schwierigkeit dahin zu rechnen sein, die hervorgerufene Entzündung gehörig auf den Sack zu localisiren und in den gehörigen Schranken zu halten. Nur zu leicht kann sich die Entzündung auf die umliegenden Theile ausbreiten, diese zur Vereiterung oder doch zu einer Geschwulst bringen, die selbst den Kranken mit Suffocation bedrohen könnte, wie wir dies auch nach der Anwendung des Glüheisens befürchten müssen; ja es kann Gangrän entstehen, wie das ein von Jobert [1]) mitgetheilter Fall beweist. Am meisten wird dieses bei den Einspritzungen der Fall sein können, und, wenn schon man im Stande ist, diesen Uebelstand durch grössere Verdünnung der Mittel zu mindern, so muss es dabei doch schwer fallen, den gehörigen Grad zu treffen, damit die Reizung nicht wiederum zu schwach sei; daher auch hier Recidiven nicht sicher vorgebeugt ist. Ja bei Injection von *Tinct. jodinae* in eine sehr grosse Ranula könnte wohl selbst Jodismus befürchtet werden, daher bei bedeutenderer Grösse der Geschwulst jene Injectionen nicht leicht vorgenommen werden. Uebrigens zeigt die Erfahrung, dass diese Uebelstände bei einigermaassen vorsichtiger Einspritzung doch nicht von dem Belange sind, wie man a priori glauben könnte, und die Injectionen bleiben daher immerhin ein versuchenswerthes Mittel.

Das Betupfen des Sackes mit Causticis in Substanz hat wieder den Nachtheil, dass sehr leicht der Sack nicht in allen seinen Theilen vom Causticum getroffen wird, wo dann Recidive kaum fehlen dürften. Die Reaction auf die Anwendung des Haarseils ist bei verschiedenen Individuen so verschieden, lässt sich daher so wenig vorher berechnen, dass dasselbe schon darum weniger gern gewählt wird. Doch kann nicht unbeachtet bleiben, dass namentlich bei grösserer Ranula, bei schon bedeutend verdickten Wänden, die Erfahrungen Vieler, und namentlich auch von Dieffenbach [2]), für die Anwendung des Haarseils sprechen. Man kann dasselbe dann entweder so einziehen, dass beide Enden im Munde liegen — was für die noch weniger entwickelten Geschwülste hinreichen wird; oder so, dass das eine Ende des Haarseils im Munde liegt, während das andere aussen am Halse befestigt wird. Letztere Art passt namentlich für die Fälle, wo eine schon bedeutend grosse und feste Geschwulst auch unter dem Kinn stark hervortritt. Es ist aber im Allgemeinen die Injection den beiden letzteren Verfahrungsarten vorzuziehen.

Ganz dasselbe ist auch von der Anwendung von Causticis nach partieller Exstirpation der Geschwulst zu sagen, und in Bezug auf den Werth der Einspritzungen muss es sich natürlich gleich bleiben, ob man sie von der Mundhöhle aus oder vom Halse her unternimmt, sobald es feststeht, dass die Eröffnung der Geschwulst von der äusseren Haut aus keine Nachtheile bringt.

(Schluss folgt.)

Die abortive Behandlung des Erysipelas.

Von

Dr. Grossmann in Hofheim.

Angeregt durch Dr. Spengler's Abhandlung „die abortive Behandlung des Erysipelas durch Collodium“ in No. 36. der deutschen Klinik 1850, und in No. 6. 1851 versuchte ich, sobald sich die Gelegenheit darbot, dieses von Spengler zuerst gegen Rose angewandte Mittel, indem ich entschlossen war, die gemachten Erfahrungen dann zu veröffentlichen, wenn ich hoffen konnte, dass dieselben auch durch ihre Zahl einigen Werth haben würden. Obgleich ich nun bis heute nur 5 Fälle von Erysipelas mit Collodium behandelt habe, so übergebe ich dennoch diese Beobachtungen schon jetzt auf den speciellen Wunsch meines Freundes Spengler der Oeffentlichkeit, weil in No. 24. der deutschen Klinik d. J. Dr. Sämann als Gegner der Collodium-Behandlung aufgetreten ist. Indem ich mir keine weitläuftigen Reflexionen über diese Fälle, welche meistens in Orten, in welchen Intermittens endemisch und zu einer Zeit, während welcher *Typhus abdominalis* epidemisch herrschte, vorkamen, zu machen erlaube, schicke ich diese Beobachtungen gerade so ein, wie ich sie zum Zwecke des Sanitätsberichtes für das I. Semester d. J. aufgezeichnet habe.

1) Lehrer R. Wittwe dahier, 41 Jahre alt, regelmässig menstruirt, deutliche Narben von in der Jugend überstandenen skrophulösen Drüsengeschwüren zeigend, war bis zum Abend des 26. Dec. 1850 gesund, um welche Zeit sie von einem heftigen Schüttelfroste überfallen wurde. Nach der schlaflos zugebrachten Nacht quälten sie am 27. Dec. gastrische Beschwerden und heftiges Kopfweh; am Abend desselben Tages stellten sich brennende Schmerzen in der etwas gerötheten rechten Wange ein, welche am 28., nachdem die Kranke die Nacht abermals unruhig und delirirend zugebracht hatte, sehr geschwollen, roth und äusserst schmerzhaft war. Am Abend des 29. sah ich Patientin zum ersten Male; die rechte Wange und das rechte Auge, dessen Lider geschlossen waren, bildeten eine grosse, feste, lebhaft geröthete, sehr schmerzhafte Geschwulst, auf deren Mitte sich drei haselnussgrosse Blasen, welche eine dünne, hellgelbe Flüssigkeit absonderten, gebildet hatten; die Geschwulst war von den Augenbrauen, der Nasenwurzel und der Oberlippe begränzt, jedoch zeigten diese Theile, so wie die Stirn und das linke obere Augenlid eine intensive, unter dem Fingerdrucke verschwindende, aber schnell wieder erscheinende Röthe; gleichzeitig waren diese Theile nach der bestimmten Versicherung der Kranken erst seit einigen Stunden schmerzhaft geworden. Ausserdem klagte Patientin über grosse Brechneigung, Appetitlosigkeit, bittern Geschmack, Stuhlverstopfung, hatte eine weisse, dick belegte Zunge, heftigen Durst und starkes Kopfweh; dabei zählte der Puls 110 Schläge. Als Ursache ihrer Krankheit gab sie Verkühlung beim Waschen an. Ich diagnosticirte Erysipelas der rechten Wange und des rechten Auges, welches sich auf die benachbarten Theile auszudehnen begann — *Erysipelas serpens*. — Ich bestrich nun, ohne irgend eine Arznei zu verordnen, die ganze erkrankte und einige Linien der gesunden Haut dick mit Collodium, indem ich nur die geborstenen Blasen vermied. Nachdem Patientin über einen geringen zusammenziehenden Schmerz in den am meisten geschwollenen Theilen — der rechten Wange und dem rechten Auge — geklagt hatte, äusserte sie alsbald ihr Erstaunen, dass sie jetzt frei von fast allen Schmerzen sei und den Kopf leicht erheben könne, was ihr vorher nur mit Anstrengung gelungen war. Ich empfahl ihr Ruhe und leichte Diät. Begierig auf den Erfolg des Collodiums besuchte ich die Kranke nach einigen Stunden und fand sie in einem tiefen Schlaf, den sie während dreier Tage und Nächte entbehrt hatte. Am Morgen des 30. war die Geschwulst bedeutend gefallen, weswegen sich die Collodiumdecke blasenförmig an einzelnen Stellen erhoben hatte, die Röthe, namentlich in den benachbarten Theilen bedeutend vermindert, der Puls hatte 90 Schläge; die gastrischen Symptome waren etwas geringer, das Kopfweh unbedeutend, die Kranke hatte gut geschlafen und nicht mehr delirirt; der abgelöste Collodiumüberzug wurde erneuert und keine Arznei ordinirt. Am 31. hatte sich Geschwulst und Röthe noch mehr vermindert, der Schmerz gänzlich aufgehört und das Allgemeinbefinden bis auf die gastrischen Symptome sehr gebessert. Am 7. Jan. d. J. entfernte ich die an den meisten Stellen abgesprungene Collodiumdecke und war Schmerz, Geschwulst und Röthe gänzlich verschwunden, nur in der Nähe der geborstenen Blasen war eine unbedeutende ödematöse Geschwulst zurückgeblieben. Ausser den gastrischen Erscheinungen, zu deren Beseitigung ich am 5. Jan., nachdem die Kranke schon seit mehreren Tagen das Zimmer verlassen hatte, ein leichtes Brechmittel reichte, war die Frau vollkommen gesund.

2) K. St. zu R., ein blühender, 10jähriger Knabe, litt seit zwei Tagen an einer Geschwulst des rechten Oberschenkels, welche, als ich den Kranken am 10. Jan. d. J. zum ersten Male sah, roth, gespannt und schmerzhaft war, und die Haut des ganzen Oberschenkels von der Inguinalgegend bis zum Knie ergriffen hatte; dabei fieberte der kleine Patient heftig, sein Puls machte 100 Schläge, der Durst war bedeutend und Kopfschmerz anhaltend, gastrische Symptome fehlten jedoch. Nachdem etwas mehr als die erkrankte — geröthete — Haut mit Collodium dick bestrichen war, verminderten sich der Schmerz und die Röthe, und verlor sich allmälig jede krankhafte Affection der Haut, sowie auch die Fiebererscheinungen, ohne den Gebrauch irgend einer Arznei verschwanden. Am 11. Jan. wurde die Collodiumdecke entfernt und verliess der Kranke an diesem Tage — am 4. seiner Krankheit und am 2. nach der Collodium-Anwendung — das Zimmer gesund und munter.

3) M. H. zu O., ein 24jähriges, sonst gesundes, regelmässig menstruirtes Mädchen, hatte schon öfters — auch schon vor erreichter Pubertät — an Rose der linken Gesichtshälfte gelitten, zuletzt vom 18. bis zum 28. Juni 1850, während welcher Zeit ich sie behandelte. Das Erysipelas hatte damals wie auch früher die ganze linke Gesichtshälfte ergriffen und sich von dem oberen Theile der Stirn über das linke Auge, das durch die sehr angeschwollenen Lider gänzlich geschlossen war, den linken Nasenflügel, die Wange, das Ohr, die Oberlippe, die Unterkiefergegend bis auf den Hals fortsetzte; leichte gastrische Erscheinungen, Fieber, Kopfschmerz, des Nachts leichte Delirien begleiteten damals, wie auch früher, die Rose. Während ihres früheren Krankseins war Patientin viel mit Brech- und Abführmitteln und mit heissen, mit aromatischen Kräutern gefüllten Säckchen geplagt worden, und genöthigt, gegen 3 Wochen das Bett; und noch längere Zeit das Zimmer zu hüten. Ich liess die kranke Gesichtshälfte nur mit Watte bedecken, und innerlich nur *Tart. stibiat.* gr. j auf *Aq. destill.* ℥iv nehmen, bei welcher Behandlung die Kranke am 26. das

[1]) Jobert l. c. Tom. I. pag. 439.
[2]) Dieffenbach, operative Chirurgie. Bd. II. pag. 87. Leipzig 1848.

Bett und am 28. das Zimmer verlassen konnte. Am 16. Febr. zeigte sich, nachdem das Mädchen seit der letzten Rose ganz gesund gewesen war, der Anfang des Erysipelas auf der Mitte der linken Wange bei gelinden gastrischen Beschwerden, Kopfweh und Fieber; der Kranken wurde leichte Diät, Ruhe und der Aufenthalt im Zimmer ohne allen Arzneigebrauch empfohlen. Am 17. hatte sich auf der linken Wange eine gespannte, rothe, schmerzhafte Geschwulst gebildet, welche sich bis zum unteren Augenlide, dem linken Nasenflügel, der Oberlippe und dem Unterkiefer erstreckte; die gastrischen Erscheinungen waren nicht vermehrt, jedoch stärkeres Fieber, heftigerer Kopfschmerz und während der Nacht Delirien eingetreten. Ich bestrich sogleich die erkrankte Haut dick mit Collodium, welches ich auch noch auf ihre Umgebung auftrug, indem ich namentlich den linken Schlaf dicht an dem äusseren, und die Nasenwurzel dicht an dem inneren Augenwinkel vorbei bis zur Stirne, so wie die Nase, die Oberlippe, einen Theil des Ohres und des Halses mit Collodium bedeckte, weil ich nur so das Fortschreiten der Krankheit auf die Theile, welche sie früher immer befallen hatte, zu verhüten hoffen konnte. Sogleich nach vollendeter Operation, während welcher die Kranke über einen nicht sehr bedeutenden Schmerz geklagt hatte, liess die schmerzhafte Spannung in dem Gesichte und der Kopfschmerz nach; die Kranke blieb zu Bette und erhielt leichte Diät, aber keine Arznei; nachdem dieselbe während der darauf folgenden Nacht ruhig und ohne Delirien geschlafen hatte, erwachte sie am 18. ohne Kopfschmerz, mit verminderten gastrischen und Fiebererscheinungen, nur über Mattigkeit und einen nicht mehr bedeutenden Schmerz in den erkrankten Hautstellen, welche an Geschwulst und Röthe sehr abgenommen hatten, klagend. Nachdem die schadhaft gewordenen Stellen des Collodiumüberzuges ausgebessert worden waren, wurde der Kranken dasselbe Verhalten wie Tags vorher empfohlen; am 19. waren alle krankhaften — sowohl locale als allgemeine — Erscheinungen verschwunden, so dass nach Entfernung der lose gewordenen Collodiumdecke die Kranke das Bett und folgenden Tags, also am 5. Tage ihrer Krankheit, das Zimmer verlassen konnte.

4) J. H. zu R., ein 39jähriger Schreiner, befragte mich am 18. Februar d. J. wegen einer Tages vorher entstandenen, rothen, schmerzhaften, spannenden Geschwulst, welche den unteren Theil der beiden Wangen, die Nase, die Ober- und Unterlippe und das Kinn einnahm und sich über die beiden Unterkiefer bis zum Hals erstreckte, und welche ich als Erysipelas diagnosticiren musste, um meinen Rath; die vorhandenen gastrischen Symptome waren nur gering, Fieber mässig, der Puls 90 Schläge, Kopfweh nicht heftig, Patient klagte mehr über Eingenommensein des Kopfes. Während der sogleich vorgenommenen Anwendung des Collodiums, welches ich auch auf die Umgebung der erkrankten Hautstelle, namentlich die Augenlider, die Nasenwurzel und den Hals auftrug, klagte der gerade nicht sehr empfindliche Kranke über heftigen, zusammenziehenden, einige Minuten anhaltenden Schmerz; kurz darauf verminderten sich jedoch sowohl die topischen, wie allgemeinen krankhaften Erscheinungen so auffallend, dass Patient wie früher arbeiten konnte. Nachdem ich am 19. einige losgesprungene Stellen der Collodiumdecke durch frisches Bestreichen ausgebessert hatte, war der Kranke am 20. gänzlich hergestellt, und wurde an diesem Tage der Collodiumüberzug entfernt.

5) H. G. von L., ein 24jähriger, bis jetzt gesunder, sehr kräftiger Bursche, hatte sich nach seiner Angabe durch langes Stehen in kaltem Wasser ein Erysipelas des linken Unterschenkels zugezogen; als ich den Kranken am 6. März zum ersten Male sah, erstreckte sich die charakteristische Geschwulst von der Mitte der inneren Seite des linken Unterschenkels über einen grossen Theil der Wade bis zum Kniegelenk und zum *Malleolus internus*, so dass sich der Kranke nur unter heftigen Schmerzen auf das linke Bein stützen konnte; ausserdem klagte er noch über Mattigkeit, Schwindel, etwas Kopfweh und fieberte bei einem Puls von 95 Schlägen; gastrische Erscheinungen fehlten jedoch gänzlich. Nachdem der ganze Unterschenkel ohne grosse Schmerzen mit Collodium bestrichen war, verminderten sich sowohl die Schmerzen, als auch die Geschwulst fortwährend, so dass Patient am 7. auf den Fuss treten und am 8. das Zimmer verlassen und seine gewöhnliche Arbeit verrichten konnte; am 9. März entfernte sich der Kranke selbst die sehr lose gewordene Collodiumdecke.

Die nähere Betrachtung dieser 5 Fälle berechtigt zu den Schlüssen:

1) Erysipelas ist nur eine Dermatitis;
2) die gastrischen — biliösen — Erscheinungen bilden kein wesentliches ätiologisches Moment, sie sind vielmehr, wie bei vielen Entzündungen, eine zufällige Complication;
3) Collodium ist ein specifisches Mittel gegen Erysipelas und heilt dasselbe abortiv.

Nachtrag und Berichtigungen zu den in No. 7 und folgenden der deutschen Klinik vom Jahre 1851 gegebenen Beiträgen zur Lehre vom Nonnengeräusche.

Von

Dr. Küchenmeister, prakt. Arzt in Zittau.

1) Hatte ich schon bei einer früheren Gelegenheit (Beiträge zur Diagnose und Behandlung der Eierstockskrankheiten) vergessen zu erwähnen, dass Kilian vor Simpson sich zur Diagnose der Uterinkrankheiten einer elfenbeinernen Sonde bedient hatte, die jedoch von der Simpson'schen sicher an Brauchbarkeit übertroffen wird, so muss ich auch nachträglich erwähnen (cfr. Albers Erkenntniss der Krankheiten der Brustorgane aus physikalischen Zeichen), dass Kilian seit 1834 ein nicht hohles Stethoscop zu geburtshülflichen Zwecken anwendet, dessen Gestalt dem Garnfänger der Spule eines Spinnrades gleicht, und benutzt Kilian ausserdem die abschraubbare Platte für Ohrmuschel auch als Plessimeter. Ich erwähne dies, um Herrn Kilian nicht in Betreff von Prioritätsangelegenheiten zu nahe zu treten.

2) Eine bei Volkmann unlängst gefundene Beobachtung rief mir die in E. H. Weber's Vorlesungen vernommene Aeusserung, dass die Herztöne in einer Terz auseinander lägen ins Gedächtniss zurück, und muss ich berichtigend erwähnen, dass Weber dort nicht von der musikalischen (kleinen oder grossen) Terz sprach, sondern von der Zeitterz. Der Erste, der einmal von einer musikalischen Terz spricht, ist wiederum der alte Lännec, cfr. Albers l. c. pag. 216: „Lännec hörte einmal ein accordmässiges Aufeinanderfolgen der Töne, ähnlich einer kleinen Terz und Albers will etwas Aehnliches gleichfalls einmal gehört haben." Auch in einer durch Günsburg mir freundlich übersendeten Abhandlung desselben (Häser's Archiv VIII. pag. 302) finde ich einen Fall, von dem es mir scheint, dass die Bedingungen zu einem solchen Accorde gegeben gewesen seien: „in den Ventrikeln zeigte sich Spaltung und Arythmie der Töne, vorzugsweise in der Gegend des rechten Ventrikels und der gewöhnlichen Aortengegend (⏑ ⏑ – oder – ⏑ ⏑ ⏑). Diese Spaltung oder Auseinanderziehung der Herztöne zu 4 Momenten ist jedenfalls für meine Angaben und musikalischen Bestimmungen der Herztöne von grösster Wichtigkeit und geeignet, auch solche zu überzeugen, welche an die allerdings sehr mechanische Bestimmung der Herztöne eben dieser mechanischen Erklärungsversuche wegen nicht glauben wollen. Vielleicht gelingt es noch durch ein Paar andere Experimente, den Beweis der Musik der Herztöne in angegebener Weise fester zu begründen. Einen Theil dieser Experimente hat Herr Günsburg einer genaueren Prüfung zu unterwerfen versprochen, da mir es an Beobachtungsmaterial (hinreichenden Herzfehlern), so wie besonders an Beobachtung in einer grösseren Anstalt gebricht und ich selbst aus meinen wenigen Versuchen, störender Nebenumstände wegen, noch kein Resultat gewonnen hatte. Ueber den zweiten Theil werde ich später selbst berichten. Im Allgemeinen muss ich bemerken, dass der Brustkasten zarter, zumal chlorotischer Frauen zur musikalischen Bestimmung sich sehr gut eignet.

3) Oppolzer giebt bekanntlich an, dass zuweilen Chlorotische das Rauschen der Jugularvenen im eigenen Ohre hören, und zwar einseitig, wenn das Geräusch auf einer Seite besteht, doppelseitig, wenn es auf beiden Seiten des Halses in Jugularvenen vom Auscultator vernommen wird. In meiner obengenannten Arbeit habe ich mich etwas undeutlich über diese Geräuscherscheinung ausgesprochen, und es könnte fast scheinen, als hätte ich nicht gewusst, dass Oppolzer von dem Vernehmen des Nonnengeräusches Seitens des Kranken im eigenen Ohre gesprochen. Diesen Ausdruck hier verbessernd, erwähne ich noch, dass Oppolzer dieses Geräusch als von den Jugularvenen nach dem Ohre fortgeleitet betrachtet, wie aus der Fassung seiner Mittheilungen hervorgeht. Wenn die Sache sich bewahrheitete, so müssten diejenigen, welche die Geräusche in den Arterien entstehen lassen, darin einen Grund mehr für ihre Ansicht finden dürfen, indem das Geräusch wohl am besten mit der Blutstromrichtung sich fortpflanzte, oder wir müssten ihnen beweisen, dass sich auch gegen den Strom im Blute die Töne und Geräusche fortpflanzten. Mir scheint das Selbsthören von Nonnengeräuschen im eigenen Ohre, wenn es stattfindet, von ganz anderen Erscheinungen herzurühren, und ein Resultat der Fortleitung in den Knochen oder festen Theilen überhaupt nach dem Ohre zu sein. Dabei aber hat man zeither noch sehr wichtige Umstände übersehen. Es sind nämlich, wovon ich nichts berichtet finde, jedesmal die Ohren einer Kranken, welche solches Selbsthören angiebt, auf etwaige Verstopfung beider Gehörgänge (Schmalz, Polypen, fremde Körper, Vortrommelfell etc.) zu untersuchen. Träfe zufällig solche Verstopfung damit zusammen, in einem oder beiden Ohren, so müssen wir damit vergleichen, die von Medicinalrath Schmalz mit Stimmgabelschwingungen behufs der Diagnose der Schwerhörigkeit gemachten bekannten Angaben. Es ist ausserdem diese Oppolzer'sche

Angabe in ein neues Stadium getreten durch H. E. Richter's Experiment zur Auscultation der *Tuba Eustachii*, wo man ja sehen wird, ob bei solchen, welche die Nonnengeräusche selbst hören, auch bei Auscultation ihres Ohres nach Richter vom Auscultator das Nonnengeräusch hier vernommen wird. Es fragt sich weiter, ob bei denen, deren Ohren irgend wie schon verschlossen sind, es der Einbiegung des Ohrläppchens in den Gehörgang zur Auscultation der Tuba bedarf? So z. B. hat noch Niemand den Versuch gemacht, einen an Obstruction des Ohres Leidenden pfeifen und singen zu lassen, theils um ihn selbst sagen zu lassen, welche Töne er besonders höre, theils um zu erkennen, welche der Auscultator am besten hört. Dabei kann ich nicht umhin, der allerdings seltenen Erscheinung zu gedenken, dass man bei Perforatio und Defectus des Trommelfells in grösserer Ausdehnung zuweilen eine rhythmische, pulsähnliche Fluctuation an unterer Wand des Gehörganges in Nähe des defecten Trommelfelles bemerkt. Solchen Fall sah ich einmal, bei einem taubstummen Knaben im Prager Taubstummeninstitut. Mein Lehrer Arlt machte damals aufmerksam auf die Uebereinstimmung der Bewegungen im Gehörgange mit den Bewegungen der Respiration. Es liess sich keineswegs leugnen, dass diese Bewegungen am stärksten bei Inspiration waren. Dennoch aber kamen auch zeitweilig in den von Respiration freien Zwischenräumen kleine Oscillationen im Gehörgange vor, die wohl von Kauen, Schlucken, (Taubstummen-) Sprechen etc. resultirt haben dürften.

4) Ich hatte seiner Zeit in demselben Aufsatze bemerkt, dass es fast scheine, als ob die im späteren Alter auftretende schwarze Pigmentablagerung in den Lungen eine Stellvertretung der früheren Pigmentablagerung in den Haaren sei. Seit jener Zeit achtete ich bei 2 in den 50er Jahren verstorbenen Glatzköpfen auf die Pigmentablagerung in den Lungen, die dieser Stellvertretung durchaus nicht wider-, sondern eher dafürsprach, indem sie in bedeutenderer Menge auftrat, als ich erwartet hatte.

5) Prof. Eduard Weber (cfr. Frorieps Tagesberichte) giebt an, dass, wenn man den Athem anhält, während ein anderer die Brust comprimirt, die Herztöne an Stärke abnehmen, endlich ganz aussetzen für ein Paar Schläge und dabei zu gleicher Zeit ein Nonnengeräusch über die ganze Brust hörbar sei. Hr. Dr. Mittrich, Hr. Chirurg Vogel allhier und ich selbst stellten folgende Versuche an:

a) Wir auscultirten uns gegenseitig, indem dabei Einer von uns des Andern Brust comprimirte, und derselbe dabei angehalten ward, Inspirationsversuche zu machen. Es versteht sich, dass bei solch einer behinderten und mangelhaften Respiration auch nur behinderte Respirationsgeräusche zu Stande kommen, und wir vernahmen deshalb eine Art blasenden Geräusches, die wir aber nun und nimmermehr für ein Nonnengeräusch beanspruchen können, sondern für ein Respirationsgeräusch erklären müssen, das durch das Schwanken und Zittern des Athems bei diesem Verfahren entsteht.

b) Comprimirten wir die Brust bei angehaltenem Athem, so bemerkten wir ein unbestimmtes, ganz schwaches Blasen, ein Schwanken der in den Lungen enthaltenen Luft. Ein Blutgeräusch, ähnlich dem Nonnengeräusch, zeigte sich nirgend. Dass ein vibrirendes Schwanken der in der Lunge bei angehaltenem Athem und gleichzeitiger Compression enthaltenen Luft möglich ist, davon wird sich Jeder überzeugen, der seine comprimirende Hand an die Brust des Anderen anlegt, während Letzterer den Athem anhält; Jeder wird hierbei fühlen, wie der Andere dagegen ankämpft, um die durch die Compression nach oben drängende Luft durch Gegendruck von Mund, Gaumen und Nase her wieder nach abwärts zu treiben. Dass dabei ein Schwanken und Erzittern der eingeschlossenen Luftsäule möglich ist, dass dadurch Luftgeräusche entstehen können, wird Jeder zugeben müssen. College Mittrich verglich das hier entstehende Geräusch ganz richtig mit dem schwankenden, unterbrochenen Athmen, das die neueren Beobachter als für beginnende Tuberkulose charakteristisch ansehen wollen.

c) Hätte Hr. E. Weber gleichzeitig die Gefässe in der Supraclaviculargegend untersucht, so würde er gefunden haben, dass an diesen Gefässen ein Unterschied zwischen den Erscheinungen bei freigelassener Respiration, bei während der Compression der Lunge gestatteter Inspiration und bei während gleichzeitiger Compression verhinderter Respiration in der Art des Geräusches nicht weiter zu bemerken war, es sei denn, dass, was mir einmal zu begegnen schien, der Carotidenpuls ganz aufgehoben, und ein anderes Mal der schallende Arterienton stärker ward. Ein Nonnengeräusch in den Halsvenen konnten wir nicht erzielen, ob aber vorhandene Nonnengeräusche hierbei zum Schweigen kommen, musste zur Zeit unentschieden bleiben.

Aus Allem aber geht hervor, dass, wer Nonnengeräusche öfters gehört hat, das hier entstehende Geräusch nicht für ein Blutgeräusch, sondern für ein Respirationsgeräusch halten wird, das am ehesten dem bei beginnender Tuberkulose analog ist.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilung aus der unter Direction des Hrn. Hofrath Fuchs stehenden Abtheilung des akademischen Hospitals zu Göttingen.

Von

Dr. Adolph Wachsmuth.

Ein Fall von wahrscheinlicher Rotzvergiftung.

Wilhelm Hartmann, 27 Jahre alt, Ackerknecht aus Weende, ein kräftiger, bisher ganz gesunder Mensch, nur seit den letzten acht Tagen etwas heiser, ist Tags zuvor noch ganz wohl mit einem Fuder Korn über Land gefahren, hat sich übrigens bei Gelegenheit dieser Expedition sehr stark betrunken.

Als er den 31. Mai d. J. gegen Abend in's Spital gebracht wird, trägt er eine bedeutende Geschwulst in der linken Halsgegend, die sich bis hinter das linke Ohr, auf die linke Wange, am Halse etwas über die Mittellinie hinaus und über das Schlüsselbein auf die Brust erstreckt. Die Haut über der Geschwulst ist etwas geröthet, sie ist weich, nicht eigentlich ödematös, so dass sie den Fingerdruck hielt, aber gegen Berührung sehr empfindlich. Die Bewegung des Unterkiefers ist dabei etwas erschwert, doch zeigt sich der Boden der Mundhöhle ganz frei, unter der Zunge keine Anschwellung fühlbar, eben so wenig leiden die Fauces mit. Schlingen eben nicht erschwert, auch die Respiration nicht sonderlich beengt, die Stimme noch etwas heiser. Auffallend ist unter dem Kinne, etwas nach rechts, nicht im Centrum der Geschwulst, eine kleine, kaum linsengrosse Phlyctäne, die mit eitriger Flüssigkeit gefüllt erscheint, der Umkreis derselben nicht anders wie die übrige Geschwulst. Der Kranke fiebert dabei lebhaft, Bothlaufpuls, 110 Schläge; Haut heiss, brennend, aber turgescirend, Kopfschmerz in der Stirn, vermehrter Durst, Zunge etwas belegt, Esslust verloren, Stuhl Morgens erfolgt.

Pat. giebt als Ursache der heute Morgen entstandenen Geschwulst an, dass er sich gestern erkältet. Von einem Insectenstich, auf den die Phlyctäne leiten könnte, weiss er nichts; auch den Contact mit einem sonstigen thierischen Gifte stellt er in Abrede. Die Schafe und Kühe in Weende (Pat. ist Ackerknecht der dortigen Domaine) sollen ganz gesund sein. Von seinem Begleiter wird auf Befragen angegeben, dass ein Pferd in Weende schon seit 14 Tagen an der Druse krank sei; ein Contact mit diesem Thiere ist möglich. (Diese Angabe wird später, durch genauere Erkundigungen, auch von dem Thierarzte bestätigt. Rotzkranke Pferde sind nicht da; das fragliche Thier hatte einfache Druse, Ausfluss aus der Nase ohne Geschwüre, die Ganaschendrüsen gingen in Eiterung über, und das Pferd ist jetzt bereits völlig genesen.)

Verordnung: Säckchen mit aromatischen Kräutern auf die Geschwulst. Innerlich: *Rp. Pulp. Tamarind., Cremor. tart.* āā ℥β. *Aq. font.* ℥v, *Syr. Rub. Id.* ℥β. *M.D.S.* Stündlich 1 Esslöffel voll.

Den 1. Juni. Die Nacht schläft der Kranke einige Stunden ruhig. Die Geschwulst hat sich nicht weiter verbreitet, ist aber etwas empfindlicher und härter als gestern. Die Phlyctäne auf derselben ist zusammengesunken, mit einer kleinen Kruste bedeckt. Pat. hustet etwas, und expectorirt mit einiger Mühe schaumige, etwas purulent aussehende Massen; die Heiserkeit ist jedoch geringer geworden. Fieber auch in den Morgenstunden sehr lebhaft, Puls 100; Harn etwas höher gestellt, Stuhl ist erfolgt. Verordnung bleibt dieselbe.

Den 2. Juni. Die Nacht wenig geschlafen, jedoch nicht delirirt. Die Geschwulst hat sich seit gestern Abend, besonders im Gesicht und auf der Brust, etwas weiter ausgebreitet, ist härter und fester geworden, noch immer sehr empfindlich; die Haut auf derselben mehr gespannt und geröthet, sehr heiss (bietet ganz das Ansehen eines Erysipelas). Die Phlyctäne ist kaum noch zu bemerken, ihr Umkreis ohne Härte etc. Die Mundhöhle bleibt völlig frei, das Schlingen ist nicht mehr erschwert, die Heiserkeit hat sich verloren, doch hustet der Kranke mehr und expectorirt noch immer die purulenten, heute auch mit leichten Blutstreifchen gemischten Massen. Fieber wie gestern, kein Kopfschmerz, warme feuchte Haut, die Zunge etwas belegt, Durst noch vermehrt, Harn normal, ein Stuhl. Gegen Abend ist die Geschwulst noch härter geworden, hat sich auf der Brust weiter ausgebreitet; die Haut auf ihr brennend heiss und namentlich auf der Brust scharlachroth; Fingerdruck macht die Röthe momentan verschwinden. Das Fieber ist dagegen mässiger geworden, Haut feucht, Puls 90, noch ein Stuhl.

Verordnung: Umschläge mit *Liq. ammon. acet.* auf die Geschwulst. Innerlich: *Pulp. Tamarind., Natr. sulph.* āā ℥j. *Aq. dest.* ℥vβ, *Syr. Rub. Id.* ℥β. *M.D.S.* Stündlich 1 Esslöffel voll.

Den 3. Juni. Nachts wenig Schlaf, ungefähr 10 dünne Stühle. Die Beschaffenheit der Geschwulst seit gestern Abend nicht verändert, die linke Wange dünner, die rechte mehr geschwollen; auch am Halse liegt sie jetzt gleichmässig zu beiden Seiten. Umfang um den Nacken 43 Cm. Es ist die Geschwulst ziemlich fest, aber nicht so schmerzhaft wie früher. Der Kranke klagt mehr über den Hals, obwohl sich die Heiserkeit verloren und die Inspection der Fauces nichts ergiebt. Fieber wie gestern Abend.

Verordnung: Umschläge mit *Aq. saturnina.* Arznei ausgesetzt.

Unter Tages noch einige dünne Stühle. Gegen Abend wird der Kranke mehr unruhig, er klagt über Doppeltsehen, redet leicht irre. Kein Kopfschmerz, Kopf nicht heisser als andere Theile. Schmerzen und Ziehen in den oberen Extremitäten. Haut warm, feucht; Puls gegen 90, voll, weich.

Den 4. Juni. Pat. ist die Nacht sehr unruhig gewesen, hat viel delirirt. Halsgeschwulst wie gestern; die Schmerzen in den Armen haben zugenommen, Steifigkeit in den Gelenken derselben. Erscheinungen von Kopfcongestionen nicht vorhanden, Fieber wie früher. Es werden noch reichlicher als früher zähe purulente, mit Blutstreifchen gemischte Massen expectorirt; die Quelle derselben ist nicht ganz klar, der Kranke meint, dass sie aus dem Kehlkopf stammen, doch ist die Sprache ganz frei.

Verordnung: *Kali nitric.* ʒij, *Liq. ammon. acet.* ℥ß. *Aq. Sambuc.* ℥v, *Syr. diacodion* ℥ß. *M.D.S.* Zweistündlich 1 Esslöffel voll.

Gegen Abend hat die Steifigkeit der oberen Extremitäten beträchtlich zugenommen; bei genauerer Besichtigung zeigen sich an beiden Armen je zwei, ziemlich umschriebene, nicht sehr feste, wenig vorspringende, fast hühnereigrosse Geschwülste, welche gegen die Berührung sehr empfindlich sind; die Haut über ihnen ist geröthet. Sie liegen, die eine oberhalb, die andere unterhalb des Ellenbogengelenkes, rechts mehr an der Flexorenseite, während sie links die äussere Seite des Armes einnehmen, hier nicht so umschrieben, nicht so gross sind. Sie sind keine Fortpflanzung von der Geschwulst auf dem Thorax, da das obere Drittheil beider Oberarme ganz frei geblieben. Eine Affection nach dem Verlauf der Venen oder Lymphgefässe nicht zu bemerken, die Achseldrüsen nicht geschwollen, nicht schmerzhaft. Die Gesichtsgeschwulst schwindet jetzt, ihre Haut desquamirt, der Hals nicht dicker, nicht so empfindlich. Das Fieber hat indessen fast ganz cessirt, Puls 80, Hauttemperatur nicht mehr erhöht; der Kranke spricht vernünftig und zusammenhängend, steht aber häufig aus dem Bette auf, reisst den Verband ab etc. Verordnung: Graue Salbe, Breiumschlag. (In dieser neuen Affection wird ein wesentliches Moment zur Bestätigung der ursprünglichen Diagnose, d. h. der Einführung eines thierischen [Rotz-] Contagiums in den Körper gesehen.)

Den 5. Juni. Nachts war der Kranke sehr unruhig, hat alle Augenblicke sein Bett verlassen, die Tafel über seinem Bette zerbrochen, alle Verbände abgerissen, viel irre geredet. Heute früh ist er etwas ruhiger, kein Fieber. An beiden Armen sind nach dem Handgelenk zu neue Anschwellungen entstanden, die alten sind flacher, diffuser geworden. Consistenz der Geschwülste beinahe teigig. Oberer Theil der Oberarme, sowie die unteren Extremitäten bleiben ganz frei. Die Halsgeschwulst weniger fest, kleiner, nicht empfindlich; aus der früheren Phlyctäne, welche übrigens durchaus keine Härte im Umkreise zeigt, fliesst eine gelbliche Flüssigkeit. Die Geschwulst auf dem Thorax noch immer, wenn auch nicht so lebhaft geröthet, hat etwas zugenommen. Gegen Mittag stellen sich wieder Delirien ein, bei auffallend weiten Pupillen und ohne Erscheinungen von Kopfcongestionen; der Kranke isst jedoch mit Appetit, seine Zunge rein, feucht; Stuhl ist erfolgt, Harn etwas saturirter, ganz schwach sauer. Kalte Umschläge auf den Kopf. Seit Mittag nimmt der Kranke: *Rp. Ammon. carbon.* ʒij. *Aq. destill.* ℥v, *Gummi arab.* ℥j. *M.D.S.* Alle 2 Stunden 1 Esslöffel voll. Bald nach Mittag hat sich Fieber erhoben, Hauttemperatur erhöht, Puls 108, die Beulen an den Extremitäten wachsen mit jeder Stunde an Umfang, werden aber diffuser. Der Kranke ist so unruhig, dass er nur mit Mühe im Bette gehalten werden kann, er delirirt fortwährend. Abends Puls 120, aber kräftig, Haut heiss und trocken, Lippen und Nasenlöcher des Kranken trocknend, mit russigem Anflug, Zunge an der Spitze und den Rändern lebhaft roth, nicht belegt. Augen sondern viel gelbliches Secret ab. Auf dem linken Ellenbogen zeigt sich eine kleine, kaum linsengrosse Phlyctäne, ganz wie die erste am Halse, welche zugespitzt, sich rasch mit eitriger Flüssigkeit gefüllt hat.

Den 6. Juni. Nachts ist der Kranke wieder sehr unruhig, Delirien wie früher. Auch bei Tage dauert das Irrereden fort, übrigens ist das Aussehen des Kranken heute Morgen etwas ruhiger, bewusster, sein Puls kräftig, weich, macht 116 Schläge. Die Haut nicht so heiss, feucht, Stuhl seit gestern Morgen nicht erfolgt, Harn saturirt, schwach sauer. Zunge noch roth, etwas trocknend, Durst vermehrt, Esslust gering. (Verordnung dieselbe, Bouillon, Wein.) Die Geschwulst am Halse ist seit gestern noch kleiner geworden, die Secretion einer gelblichen, die Umgebung leicht erodirenden Flüssigkeit aus der Phlyctäne dauert fort. Geschwulst auf dem Thorax mehr violettroth, ist nach unten zu fest, hat aber weiter nach oben eine weiche, ganz teigige Beschaffenheit angenommen. Die Affection der Arme hat sich nicht wesentlich geändert, nur sind die einzelnen Geschwülste noch diffuser geworden, so dass beide Arme jetzt gleichmässig geschwollen; nirgends Fluctuation. Haut prall gespannt, glänzend, nach den Handgelenken zu mehrere geröthete Hautstellen. Der Husten hat nachgelassen, nur normale Bronchialsputa expectorirt, Stimme frei. Gegen Abend hat der Kranke einige Stunden etwas ruhiger gelegen, bis später der alte Zustand wieder eintritt; Fieber exacerbirt nicht, die Haut ist feucht geworden, namentlich am Kopfe schwitzt der Kranke. Auf der Geschwulst der Arme, die jetzt mehr teigig, hat sich besonders rechts die Epidermis zu grossen, flachen, unregelmässigen Blasen erhoben, die theilweise schon geplatzt sind, und ein schwach gelbliches, alkalisch reagirendes Fluidum entleeren. Einzelne circumscripte, intensiver gefärbte Stellen auf den Armen. Die kleine Pustel am linken Ellenbogen zu einer dunklen Pustel vertrocknet; neue Eruption nicht zu bemerken. Verordnung bleibt dieselbe, *Solut. ammon. carbon.* (ʒij) ℥v, *Syr. flor. aurant.* ʒj. *M.D.S.* Zweistündlich 1 Esslöffel voll. Bis Nachmittags waren ʒij *Ammon. carbon.* mit einigem Verlust durch Unart des Kranken verbraucht.

Den 7. Juni. Nachts gar nicht geschlafen, Delirien wie früher, machen den Eindruck von Säuferdelirien, weshalb dem Kranken 10 gtt. *T. thebaic.* gegeben werden. Das Fieber hat den früheren Charakter, Puls gehörig entwickelt, 116 in der Minute; Haut nicht trocken; Zunge nicht mehr so roth, feucht. Lippen und Nase nicht so trocken, weniger schmutzig; Stuhl noch nicht erfolgt. Die Geschwulst des Halses noch kleiner als gestern, die Secretion aus der kleinen Pustel dauert fort. Auf der Brust ist die Röthe mehr violett geworden, einzelne missfarbigere Flecken. Affection der Arme hat keine Fortschritte gemacht; linke Hand etwas ödematös geschwollen, während die rechte unverändert bleibt. Die Blasenbildung greift besonders am rechten Arme weiter um sich, so dass die Epidermis fast ganz abgehoben wird. Gegen Mittag ist der Kranke auf die Dosis Opium etwas ruhiger und zahmer geworden, die Pupillen sind enger. Da noch kein Stuhl erfolgt, Clysma mit *Magnes. sulph.*, und ausserdem nochmals eine Dosis Opium. Auf das Klystier sind harte, feste Kothmassen entleert. Nach der zweiten Dosis Opium wurde die Respiration beschwerlicher, tönend, unregelmässig, intercoupirt, und der Patient war sehr unruhig, bis er gegen 6 Uhr in Schlaf verfiel. Die Respiration bleibt noch erschwert, der Kranke zuckt viel mit den Muskeln des Gesichts und der Hände, Puls jedoch kräftig, nicht beschleunigter, 112 in der Minute. Keine Erscheinungen von Kopfcongestion; Haut des Kranken schwitzend.

Den 8. Juni. Der Kranke hat die Nacht im Schlafe mit unregelmässiger Respiration gelegen. Heute früh hat er sich erholt, ist völlig bei Besinnung, athmet wieder ruhig und leicht, ist jedoch im Ganzen collabirter als gestern Morgen, klagt über grosse Mattigkeit, über Schmerzen in dem etwas aufgetriebenen Bauch. Fieber wie früher, Haut feucht, schwitzend, Pupillen von normaler Weite. Geschwulst beider Arme hat noch etwas zugenommen, die Blasen, besonders am rechten Arm, meist zerrissen, die Haut unter ihnen nicht missfarbig. Von der violetten Stelle auf der Brust hat sich die Oberhaut abgestossen, auch die Cutis hat brandiges Aussehen. Die Secretion aus der Pustel am Halse dauert mässig fort, die Halsgeschwulst selbst ist fast ganz geschwunden. Verordnung: *Ung. plumb.* zum Verbinden der Arme. Innerlich: *Rp. Ammon. carbon.* ʒij, *Infus. rad. Valerian.* (ex ʒvj) ℥vß, *Sacch. albi* ʒij. *M.D.S.* Zweistündlich 1 Esslöffel voll. Den Tag über zuweilen leichte mussitirende Delirien; es zucken dabei die Muskeln des Gesichts, der Hände, der unteren Extremitäten häufig sehr lebhaft. Mittags hat der Kranke etwas Bouillon mit Ei gegessen, Wein getrunken; auf ein Clysma ist normaler Stuhl erfolgt; Leib nicht mehr so aufgetrieben. Puls kräftig, 104 in der Minute. Die missfarbige Stelle auf der Brust hat sich geöffnet: durch eine Dilatation der Oeffnung wird eine grosse Quantität ganz dünnflüssiger, gelblicher Jauche entleert; die Geschwulst fällt dadurch zusammen, das Unterhautzellgewebe brandig. Blasenbildung hat jetzt auch am linken Arme weiter um sich gegriffen, der jetzt stärker und fester geschwollen als der rechte; Oedem der linken Hand nimmt zu. Die Achseldrüsen bleiben beiderseits intact. Abends spät 10 gtt. Opium.

Den 9. Juni. Die Nacht hat Pat. einige Stunden ruhig geschlafen, nicht eigentlich delirirt. Sein Allgemeinbefinden heute Morgen den Umständen nach ziemlich gut; er fühlt sich zwar sehr schwach und angegriffen, hat aber nirgends Schmerzen. Der Puls 108, Haut weich und feucht, Zunge ziemlich rein, Durst noch etwas vermehrt. Der Kranke geniesst Bouillon und etwas Brot mit Appetit. Von der Geschwulst am Halse ist heute nur noch eine Verhärtung und Vergrösserung der Submaxillardrüsen hinterblieben. Die Oeffnung in den Bedeckungen des Thorax hat sich etwas vergrössert, das brandige Zellgewebe

liegt in ihr zu Tage. Der Eiter, welcher sich von beiden Seiten hervordrücken lässt, ist jedoch seit gestern consistenter geworden. Der rechte Arm nimmt etwas an Umfang ab, einzelne Stellen etwas missfarbig, während der linke sehr hart und fest gespannt, die linke Hand noch stark ödematös geschwollen ist. Verordnung: Auf die Arme Bleiwasser; innerlich *Ammon. carbon.* wie früher. Den Tag über geht es erwünscht; der Kranke geniesst auch Mittags etwas mit Appetit, schläft einige Stunden ganz ruhig, ohne das frühere Zucken der Muskeln und ohne Delirien. Stuhl ist auf ein Clysma erfolgt, der gelassene Harn normal gefärbt; nur hustet der Kranke heute wieder mehr und expectorirt wieder puruleote, übelriechende Massen; Stimme dabei unverändert.

Den 10. Juni. In der Nacht wenig Schlaf, doch war Pat. ruhig, delirirte nicht. Fieber wie gestern, Haut etwas trockener, Zunge feucht und rein. Bauch heute Morgen nicht so aufgetrieben, weich, nicht empfindlich. Sputa von besserem Aussehen, nicht so übelriechend. Die brandige Stelle der Brust hat sich abgegrenzt, der heute in geringerer Quantität entleerte Eiter hat eine viel bessere Beschaffenheit. Die Geschwulst, namentlich des rechten Armes, hat besseres Aussehen, auch das Oedem der linken Hand nimmt ab. Nachmittags fängt der Kranke an, über Beschwerde beim Schlingen und beim Athemholen zu klagen; eine Brustbeklemmung, die sich schon gestern Abend vorübergehend gezeigt hatte, stellt sich häufiger ein; eine Inspection der Fauces zeigt jedoch in diesen keine Abnormitäten, die Stimme bleibt unverändert, es wird wenig expectorirt. Nase ist gehörig wegsam, zeigt so wenig wie früher Veränderungen. Stuhl von breiiger Beschaffenheit heute spontan erfolgt. Auffallend ist, dass der Kranke fast alle 5 Minuten das Uringlas fordert, immer nur wenige Tropfen normalen Harnes, aber ohne alle Schmerzen lässt; Palpation der Blasengegend lässt nichts entdecken.

Den 11. Juni. Die Nacht brachte der Kranke im Allgemeinen ruhig zu, gegen Morgen soll er etwas geschlafen haben. Er respirirt heute Morgen beschleunigter und beschwerter als früher, er klagt über Beschwerde beim Schlingen und Husten, doch zeigt die nochmalige Inspection der Fauces nichts Krankhaftes; Sputa sind nicht purulent und übelriechend wie früher; seine Sprache nicht verändert. Ein Versuch, den Kehldeckel mit dem Finger zu erreichen, wird immer durch krampfhaftes Hinaufziehen des Unterkiefers von Seiten des Kranken verhindert. Pat. fasst wieder mehr mit den Fingern, zuckt mit den Muskeln, redet hin und wieder leicht irre. Seine Zunge ist rein und feucht, die Lippen und Nasenlöcher trocken, etwas schmutzig, Puls 104; breiiger Stuhl heute Morgen erfolgt, der Drang zum Urinlassen hat aufgehört. Die brandige Stelle hat sich zur Grösse eines Achtgroschenstücks ausgebreitet, der entleerte Eiter ist nicht so gut aussehend, blutig. Einzelne Stellen des rechten Armes wieder missfarbiger, am Vorderarme ein neues, mit scharfem Rande sich abgrenzendes Erythem. Der linke Arm wie gestern, das Oedem der Hand fast ganz geschwunden. Verordnung: *Infus. decoct. cort. chin. reg.* (*ex* ℥β) ℥v, *Ol. amygd. dulc.* ℥β, *Gumm. arab.*, *Syrup. emulsiv.* āā ʒij. *M.D.S.* Alle 2 St. 1 Esslöffel voll. Gegen Mittag nehmen die Respirations- und Schlingbeschwerden mehr zu; der Kranke klagt, dass ihm etwas im Halse sitze, was er vergebens auszuräuspern versuche. Da die Fauces nichts zeigten, war man eine Zeitlang geneigt, das Hinderniss im Oesophagus zu suchen, doch werden einige Löffel Suppe und Arznei vom Kranken ohne sonderliche Mühe hinuntergebracht. Nachmittags steigert sich die Respirationsnoth mehr und mehr; Pat. verlangt aufzusitzen, um besser Athem holen zu können. Der Thorax dehnt sich bei den tönenden Inspirationen ganz vollständig aus, Puls ist kleiner und frequenter geworden. Der Kranke stirbt Nachmittags 6 Uhr unter steigenden Respirationsbeschwerden.

Section 18 Stunden nach dem Tode. Die Leiche zeigt äusserlich die bereits während des Lebens beschriebenen Veränderungen, die gewöhnlichen Todtenflecke, übrigens noch keine Zeichen beginnender Fäulniss.

Kopfhöhle. Hirnhäute etwas blutreich. Gehirn auf der Schnittfläche stark glänzend (leichtes Oedem), zeigt besonders nach seiner Peripherie zu zahlreichere Blutpunkte; übrigens wird nichts Abnormes in demselben gefunden.

Brusthöhle. Der Geschwulst im Leben entsprechend, zeigt sich im Unterhautzellgewebe am Halse, bis auf das obere Drittheil der Brust sich erstreckend, ein grosser Eiterherd; das meist zu dünnflüssiger Jauche erweichte Exsudat liegt auf und unter den Fascien. Die Muskeln sind unter ihm ziemlich unverändert geblieben. Die Submaxillardrüsen selbst unverändert, nur in ihrer Umgebung eine Infiltration, die noch fester geblieben ist. Bei Eröffnung des Thorax collabiren die Lungen etwas, weniger die rechte, welche im seitlichen und unteren Theile ziemlich fest durch ältere Verwachsungen der Rippenpleura adhärirt. — In den Luftwegen findet sich ein ziemlich beträchtliches Oedem der Uvula, der Epiglottis, der *Ligg. aryteno-epiglottica*; Tonsillen und Gaumenbögen nicht verdickt. Im Larynx, dessen Schleimhaut ebenfalls, aber unbedeutend ödematös infiltrirt, zeigt sich nahe der hinteren Commissur der *Cartil. thyreoid.*, dicht oberhalb der Stimmritzenbänder, an jeder Seite einander gegenüberliegend, ein trichterförmiges, beinahe erbsengrosses, nicht eben missfarbiges Geschwürchen. Stimmbänder selbst ganz gesund. Trachea, besonders nach unten und an der Bifurcation, lebhaft geröthet. (Eine sehr sorgfältige Exploration sowohl der Nasen- als der Stirnhöhlen lässt in ihnen durchaus nichts Krankhaftes entdecken; ihre Schleimhaut überall blass. Nur auf dem Vomer wird eine kleine, stecknadelkopfgrosse Vertiefung entdeckt, in die übrigens der glatte Epithelialüberzug sich vollständig fortzusetzen schien, die deshalb nicht als Geschwürbildung angesprochen werden konnte.) — Schilddrüse gesund, Oesophagus zeigt eine blasse, nirgends veränderte Schleimhaut. — Lungen zeigen äusserlich keine Veränderung; die unteren Lappen beider Lungen fester als normal. Durchschnitt erweist in ihnen eine ganz gleichmässige, beginnende, aber noch nicht fest gewordene rothe Hepatisation, so dass sie noch etwas Luft enthalten; nirgends Eiterbildung. Die oberen Partien beider Lungen ganz gesund, etwas blutreicher als normal; keine Tuberkel oder sonstige Ablagerungen. — Am Herzen und den grossen Gefässen keine Abnormitäten; beide Ventrikel enthalten nicht sehr feste, kleine Fibrincoagula, die keine ungewöhnliche Beschaffenheit darbieten.

Bauchhöhle. Bei Eröffnung derselben wird eine im Leben nicht erkannte Eiterinfiltration im Unterhautzellgewebe oberhalb der *Symphysis oss. pubis* gefunden; die Haut über ihr war nicht verändert; sie erklärt wohl genügend die Schmerzen im Unterbauch und den häufigen Drang zum Harnlassen. — Die Baucheingeweide zeigen keine wesentlichen Veränderungen. Leber etwas vergrössert, blutreich, sonst von normalem Gewebe. Milz auch etwas gross, ist von weicher Consistenz, blutreich, von eigenthümlich marmorirter Durchschnittsfläche (wie bei Typhusmilz). — Magen und Darmkanal nicht geöffnet, zeigen äusserlich keine Abnormitäten. Mesenterialdrüsen etwas geschwollen, aber ohne Ablagerungen in denselben. Nieren ganz gesund; auch die Blasenschleimhaut bietet keine Veränderungen.

Extremitäten. Achseldrüsen beiderseits unverändert. Die Venen, welche zunächst bei den Geschwülsten interessirt sein konnten, lassen nichts Krankhaftes entdecken. — Durchschnitt der geschwollenen Partien der Extremitäten zeigt eine mehr feste, nur stellenweise schon zu Eiter erweichte Infiltration des Unterhautzellgewebes; am rechten Arm liegt sie über und unter der Fascia mit gesunden Muskeln unter derselben, während sie links viel tiefer sich auch zwischen die Muskeln erstreckt, diese weich, matsch, missfarbig sind, und der Humerus in weiter Ausdehnung seines Periosts völlig beraubt erscheint. Durchschnitt der noch sichtbaren Pustel am linken Ellenbogen zeigt diese als eine blosse Erhebung der Epidermis.

Es fehlt im vorliegenden Falle freilich Einiges, um die Krankheit des W. Hartmann mit Bestimmtheit als Rotzvergiftung ansprechen zu können. Es fehlt vor Allem der Nachweis der giftigen Quelle, es fehlen auch die gewöhnliche Affection der Nasenhöhlen, die Abscesse in den Lungen und die von Rayer für die Diagnose so hoch gestellte pustulöse Eruption der Haut etc. Dagegen ist indessen zu beachten, dass der Kranke früh, ehe seine Kräfte verloren und das Fieber noch torpid geworden, ehe der Ablagerung auch in inneren Gebilden die gehörige Zeit gelassen, wohl mehr durch das mechanische Hinderniss in seinen Luftwegen zu Grunde gegangen ist, wir also die Möglichkeit der späteren Entwickelung der vermissten Erscheinungen voraussetzen dürfen. Endlich ist schon die Affection des Larynx, nebst der Infiltration des Unterhautzellgewebes an so verschiedenen Stellen des Körpers, allein genügend, wenn nicht zwingend, die Einführung eines thierischen Giftes in die Säftemasse des vorliegenden Kranken anzunehmen.

Mittheilungen aus dem Maria-Bürgerspital zu Aachen.

Von

Dr. Metz, königl. Sanitätsrathe etc.

Eine herrliche, auf die reinste Menschlichkeit gegründete und durch die richtigsten Grundsätze der Kunst sich rechtfertigende Bemerkung ist es, die ein berühmter Wundarzt gemacht hat, wenn er sagt: Für den Wundarzt ist es unendlich ehrenvoller, ein Glied zu retten, als zahlreiche, wenn auch glückliche Amputationen gemacht zu haben. Auf der andern Seite ist der Satz aber auch eben so richtig, dass es vorzuziehen ist, mit drei Gliedern zu leben, als mit vieren zu sterben.

Die Amputation wird und soll in der Regel als das *ultimum refugium* betrachtet werden, zu welchem der Wundarzt seine Zuflucht nehmen darf. Dieses Hülfsmittel findet also gemäss den Regeln der Schule nur dann seine Rechtfertigung, wenn der Theil bereits so ver-

letzt oder krank geworden, dass der Versuch, ihn länger zu erhalten, das Leben des Kranken der grössten Gefahr Preis giebt. Wenn die Wahrheit des Spruches „*Errare est humanum*" je in voller Bedeutung ihre Erledigung gefunden hat, so scheint es meines Erachtens gerade in diesen Punkten gewesen zu sein, denn die Zahl der Beweise ist nicht allzugering, wo selbst Koryphäen der Kunst arger Schnitzer angeklagt werden können.

Wie oftmals im Leben sehen wir nicht, dass bei bedeutenden schrecklichen und auf das erste Anschauen hin scheinbar lebensgefährlichen Verletzungen die Amputation des betroffenen Gliedes von vorneherein als einziges Heilmittel in Vorschlag gebracht wird, wo aber zuletzt der ganze Plan nur an dem „starren" Kopfe eines Collegen scheitert, der hartnäckig sein Dispute immer wieder von neuem beginnt und dadurch, dass er die Reflexionen mehr anregt und das *pro* und *contra* gehöriger abzuwägen zwingt, einen glücklichen Aufschub herbeiführt.

Solche bestimmte Entscheidungen sind, wie bekannt, gar oftmals einem plötzlichen und gepriesenen Wechsel unterworfen gewesen, und der schnell gefällte verdammende Ausspruch musste ebenso schnell beschämt zurückgenommen werden. Der praktische Takt, den der Heilkünstler sich erworben, ist es, der die schwierige Aufgabe zur Lösung bringen muss; das grosse Talent, am Krankenbette jeden Fall als eine Sphäre für sich zu betrachten, überhaupt also richtig zu individualisiren, das ist die wahre Kunst. — Jeder sucht zwar solchen Grundsätzen zu huldigen, ob er aber das rechte Ziel vorwurfsfrei erreicht — das ist eine andere Frage! —

Aachen und Umgegend, als bedeutender Fabrikort, wo durch die vielen Maschinen mancherlei Art sehr häufig Unglücksfälle vorkommen, haben mir oft Gelegenheit gegeben, die furchtbarsten Verletzungen zu beobachten und zu behandeln.

Wenn auch oft bei derartigen traurigen Ereignissen für die Erhaltung der Gliedmassen alles zu fürchten, aber wenig zu hoffen war, so hat doch häufig ein exspectativ-conservatives Handeln in Verbindung mit einer sorgfältigen und streng consequenten Nachbehandlung dies Verfahren auf das Glänzendste gekrönt. Ich möchte im Nachstehenden als Einleitung einige ganz glücklich gelungene Fälle von Resectionen mittheilen und zuvörderst mit denen des unteren Gelenktheils des Oberarmknochens den Anfang machen.

Der Meinung von Syme, dass in allen Fällen von Ellenbogengelenk-Resectionen die Gelenkfortsätze des Humerus, Radius und Ulna zu entfernen seien, wenn gleich auch der eine oder der andere Theil von ihnen gesund wären, bin ich beide Male, wo ich Radius und Ulna schonte, kühn entgegen getreten.

Obgleich Syme in dieser Branche so glückliche und schöne Resultate erzielt hat, so geht er bei Aufstellung der genannten Principien ersichtlich viel zu weit, dies beweisen die bis jetzt veröffentlichten Fälle, wo das conservative Verfahren dem radicalen seine glänzenden Siege vielfach streitig machte. Solche befriedigende Ergebnisse müssen dann natürlich Jeden zur Nachahmung auffordern und verdienen um so viel mehr noch der Anerkennung, wenn es sich darum handelt, einem alten, allgemein anerkannten Grundsatze in der Chirurgie: „so wenig wie möglich in das Bereich des gesunden Theils zerstörend einzugreifen", auch noch für die Zukunft treu zu verbleiben, und ihn bei jeder ferneren Neuerung aufrecht zu erhalten.

Zwei Fälle von Resection des unteren Endstückes des Oberarmknochens.

Fall I. J. S., ein Knabe von 15 Jahren, Fabrikarbeiter, von gesunder Constitution, gerieth vor mehreren Jahren zwischen zwei Kammräder und trug in Folge dessen nachstehende, bedeutende Verwundung des linken Vorder- und Oberarms davon:

1) „Theils an der äusseren, theils an der inneren Seite des Vorderarms eine in der Mitte beginnende und sich fast bis zum *Condylus externus* erstreckende, ungefähr 4½ Zoll lange und 2, an einigen Stellen auch 3½ Zoll breite, unregelmässige, theils gerissene, theils gequetschte Wunde; Hautstücke hingen in Fetzen umher, die meisten Muskeln prominirten aus der Wundfläche und zeigten in mehr oder weniger regelmässiger Abwechslung neben unlädirten, noch mit der Fascia bedeckten Partien andere schwer verletzte. Radius und Ulna waren an mehreren Stellen fracturirt."

2) „Eine 3 Zoll oberhalb des *Condyl. ext.* beginnende, in gerader Richtung nach abwärts verlaufende, alsdann sich theilende, mehr oder weniger sowohl die äussere, als auch die innere Seite des Gelenks umschreibende, unregelmässige, gerissene Wunde, aus welcher neben zerfetzten und erhaltenen Muskeln die Condylen des Vorderarms hervorragten. Durch die heftige Gewalt des ineinandergreifenden Räderwerks waren diese aus aller Verbindung mit dem Gelenke getreten, waren zerschmettert und hatten, um mich des richtigen Ausdrucks zu bedienen, das Ansehen, als wie von einem Hunde zernagt. Wahrscheinlich hatte die feste Knochenmasse einer weiteren Zerstörung der Weichgebilde ein Ziel gesetzt. Der *Nervus ulnaris* war der Quetschung entgangen, und hatte somit den Knochen verlassen müssen; im Uebrigen waren grössere Gefässstämme verschont geblieben."

3) „Eine *Fractura transversa* im oberen Drittel des *Os humeri*."

Die beiden Fragen, welche gleich beim ersten Anblick der grossen Zerstörung zur Entscheidung vorliegen mussten, bestanden nun wohl darin, ob das Glied in so bedeutendem Grade lädirt sei, dass unter allen Verhältnissen an eine Erhaltung desselben nicht zu denken, also unbedingt die Amputation auszuführen sei, oder ob von der Resection noch eintretende Heilung zu erwarten stände. Mit Rückblick auf den jugendlichen, kräftigen Organismus, und mit besonderer Erwägung, dass nur kleinere Gefässe und Nerven, die grössern gar nicht gelitten, entschloss ich mich zur Resection. Nachdem ich die Wunde, um besser zu dem Knochen zu gelangen, nach oben und unten erweitert, und die Weichtheile noch etwas von dem Knochen gelöst hatte, durchsägte ich denselben, nachdem die Muskeln vorher durch Lederunterlage geschützt worden, 1½ Zoll oberhalb des Gelenkkopfs mittelst einer Amputationssäge. Das Absägen des Knochens, überhaupt ein mühsamer und beschwerlicher Akt, machte wegen der oberhalb der Resectionsstelle gelegenen Fractur noch mehr Mühe und Aufenthalt. Um nicht 2 Drittel des Humerus zu reseciren, liess ich das obere abgebrochene Knochenstück, welches von den Weichtheilen vollkommen bedeckt war, unberührt zurück. Hierauf wurden sämmtliche Wunden nach vorhergegangener Reinigung so gut es geschehen konnte, theils durch die blutige Naht, theils durch Heftpflasterstreifen vereinigt, mit gefensterten Ceratlappen bedeckt, dem Arm auf einem Spreukissen eine gebogene rechtwinkelige Lage gegeben und Umschläge von kaltem Wasser gemacht.

Die Aufregung im Gefässsystem war in den nächstfolgenden Tagen nicht bedeutend, die Schmerzhaftigkeit nicht gross, so dass Patient sich vielfach der Ruhe hingeben konnte. Zuweilen brachte der Abend etwas mehr Unruhe mit sich, doch Delirien waren nicht erfolgt.

Da nun das Wundfieber im Verhältniss zu der ausgedehnten Verletzung fast ein höchst unbedeutendes war, so reichte eine leichte antiphlogistische innere und äussere Behandlung hin, die bestehenden Symptome zu beschwichtigen. Am 6. Tage wurde der Verband abgenommen und die Nähte entfernt. Am Vorderarm gewahrte man einige brandige Stellen an den zerrissenen Haut- und Muskelpartien, doch war der ganze Arm bis zu den Fingerspitzen hin von normaler Temperatur. Ueber die Wunden wurden wieder gefensterte Ceratlappen gelegt und das ganze Glied von dem Finger bis zur Schulter mit einem Cataplasma, bestehend aus einem Gemenge von *Sem. Lini c. Spec. arom.*, bedeckt.

Dies Verfahren wurde täglich öfter wiederholt. Nach Verlauf einer Woche stiessen sich unter profuser Eitersecretion die brandig gewordenen Stellen ab.

Die Wunden hatten jetzt eine gutartige granulirende Beschaffenheit. Nach einem Zeitraume von ungefähr 3 Wochen durfte ich ohne Befürchten den Seutin'schen Kleisterverband (*Méthode amovo-inamovible*), der sich mir stets als ein Universalmittel, sage ich, als ein wahres *non plus ultra* bei derartigen Zuständen bewährt hat, anlegen. Denn einmal wurde dadurch die Retention auf die vollkommenste Weise unterhalten, ferner die Secretion beschränkt, die Wundfläche mehr und mehr verkleinert und dem Lufteindruck weniger ausgesetzt. Ich begann, hie und da an den Wunden kleine Oeffnungen zum Abfluss des Eiters frei lassend, mit der Einwickelung des ganzen Arms bis zum Schultergelenke, legte mehrere Touren von Binden aufeinander, um dem Verbande ein gutes Polster zu geben, versah den Arm mit nassgemachten Pappendeckelschienen, befestigte diese nochmals mit einer Rollbinde und unterhielt den Arm stets in einer im Ellenbogengelenk gebogenen, mehr rechtwinkeligen Lage, um im Falle, dass das Gelenk bei eintretender Regeneration steif werden sollte, doch wo möglich ein brauchbares Glied zu erhalten.

Zum Schluss erst wurden die Finger und Hand mit einer Chirotheca umgeben, was nach Seutin's Angabe, und wie jeder es leicht erfahren kann, für den Kranken weit angenehmer ist, indem bei Aufsparung dieser etwas zartern Einwickelung bis zuletzt unnöthige und oft kaum zu vermeidende Zerrungen und Erschütterungen der Extremität vermieden werden.

Die offengelassenen Wundstellen wurden täglich mehrmals mit einem Schwamme gereinigt, und der sich zwischen dem Verbande aufhaltende Eiter ausgedrückt. Ich war jedoch nach 14 Tagen wegen des grossen Gestankes, da der Eiter trotz der Secretionsverminderung den Verband erweicht hatte, genöthigt, denselben abzunehmen und zu erneuern. Später stiessen sich sowohl an dem Radius und der Ulna, als auch an dem abgesägten Oberarmknochen mehrere kleine Knochenfragmente ab. Ausser dem öfter angelegten Pappverbande wurden

keine Heilmittel angewandt. Im Verlaufe von ungefähr $4\frac{1}{2}$ Monat war die Heilung vollkommen erfolgt.

Die Resultate der Behandlung sind nun folgende:

„Dem Kranken ist sein Glied erhalten worden, der Oberarm ist um einen starken Zoll verkürzt; die *Fractura transversa* in seinem obern Drittel ist vollkommen geheilt; das untere Gelenkende hat sich regenerirt; Flexion und Extension, so wie Pro- und Supination sind vollkommen gut ausführbar. Zwar ist der Arm etwas magerer, jedoch kräftig, und die Finger vollkommen beweglich. Patient ist im Stande, jede schwere Arbeit zu verrichten. Sein jetziges Geschäft ist Packknecht bei einem hiesigen Spediteur, also ein Geschäft, wo viel Kraft und Anstrengung erforderlich ist, und wo er mit Leichtigkeit seinen Dienst vollkommen versieht."

Ich habe diesen wohlgelungenen Fall bei der 25. Versammlung der Aerzte und Naturforscher am 21. Sept. 1847 dahier vorgestellt. (S. den betreffenden amtlichen Bericht II. Sect. 2. Sitzung.)

Fall II. Joseph G., 14 Jahr alt, Fabrikarbeiter, von kräftiger gesunder Constitution, hatte am 8. Juni v. J. das Unglück, vom Riemenwerk einer Tummelachse am rechten Arm erfasst und von der Maschine mitgeführt zu werden.

Nachdem der Unglückliche mit grosser Schnelle 6—7mal gleichsam um sich selbst gedreht worden, wurde er zuletzt schwer verwundet und bewusstlos niedergeworfen. Ein herbeigerufener College legte einen leichten Verband an und sandte sofort den Verwundeten behufs der Amputation in das hiesige Bürgerspital, woselbst derselbe meiner Pflege anheimfiel.

Nach Abnahme des Verbandes liess die Untersuchung folgende schwere Verletzung wahrnehmen:

1) „Eine nicht unbedeutende Deformität des rechten Vorderarms, welcher allmälig gegen den mittleren Theil seiner Palmarfläche eine starke Convexität angenommen, wohingegen die Dorsalfläche eine dieser entsprechende Ausbuchtung zeigte.

Diese Verbildung stellte sich als eine durch *Fractura composita ulnae et radii* bewirkte dar, wobei zu bemerken, dass die Ulna im unteren, der Radius im oberen Drittel gebrochen war, jedoch so, dass die fracturirten Knochenenden bei mässiger Winkelbildung in fortwährendem Contact mit ihren entsprechenden Theilen geblieben waren."

2) „An der inneren Seite des Oberarms eine ungefähr in der Mitte des Gliedes beginnende und den Verlauf zum *Condyl. int.* nehmende weit klaffende, gerissene, doch ziemlich regelmässige, ungefähr 3 Zoll lange Wunde, welche durch theils zerrissene, theils unverletzte Muskelpartien, durch abgerissene und wenig blutende Venen- und Nervenstämme, durch eine zerrissene, doch zugleich auch in Folge der heftigen mechanischen Gewalt torsirte, aus der Wunde hervorragende und deutlich pulsirende Arterie, so wie durch das seines Periost's in weitem Umfange entblösste *Os humeri* ausgefüllt wurde. Im Uebrigen hatte das Ellbogengelenk das Aussehen, wie es sich bei einer Luxation nach hinten vorfindet.

Bei weiterer Untersuchung ergab sich nun Folgendes: Der nicht verletzte, doch in ziemlicher Ausdehnung der Hautdecke beraubte *Musc. biceps* lag wie präparirt zu Tage; der *Muscul. brach. intern.*, der *Nervus medianus* und die *Art. brachialis* waren total durchbrochen, und letztere zum grossen Glück, wie oben bemerkt, um ihre Längsachse gedreht worden, so dass eine vollständige Verschliessung des Lumen erfolgt war. Der Oberarmknochen war dicht oberhalb der *Fossa anterior major* und *minor* durch einen mehr oder weniger transversalen, aber unregelmässigen Bruch vom Gelenke getrennt, und hatte sich mit seinen scharfen Knochenspitzen dem in Verbindung mit dem Vorderarmknochen gebliebenen Gelenktheile reitend aufgesetzt. Luxirte man den Oberarmknochen stark nach innen, so trat derselbe aus der Wunde hervor und zeigte sich im Umfange von mehr als 3 Zoll der Beinhaut entblösst. In der Wundhöhle stiess der untersuchende Finger auf den Gelenkfortsatz, welcher eine sehr ungleiche, rauhe, mit starken Splittern versehene Bruchfläche erkennen liess. Das Gelenk war nur an einer kleinen Stelle an der innern Seite geöffnet, die Schmerzhaftigkeit nicht gross, doch waren die Muskelcontractionen sehr lebhaft. Patient hatte das Gefühl von Taubheit in dem Arme."

Da nun nach der Grösse der eben beschriebenen Verletzung ein operativer Eingriff unbedingt nothwendig war, so beschränkte ich mich, da ich mit mehreren Collegen eine Besprechung über diesen Fall auf den Nachmittag anberaumen wollte, vorläufig auf das Nöthigste.

Nachdem die torsirte *Art. brachialis* zur Vorsorge mit Faden unterbunden worden, folgte die Reposition des Vorderarms. Hierauf wurde das untere Drittel des *Os humeri*, nachdem zur Schützung der Weichtheile Pappdeckelunterlage und Retractionsbinde nach oben hin angelegt worden, mit der Amputationssäge in der Länge von 3 Zoll 10 Linien abgesägt, dem Arm hierauf auf einem Spreukissen eine gebogene Lage gegeben und vorläufig ein leichter Verband angelegt.

Mit Hinblick auf die beinahe gleichmässige, im Grunde aber doch mehr complicirte Verletzung des vorhergehenden Falles musste ich mir die schon dort gestellten Fragen von Neuem zur Beantwortung vorlegen und zwar musste es sich jetzt, sollte die Resection in Ausführung kommen, noch speciell darum handeln, ob die Entfernung der noch in der Gelenkverbindung gebliebenen, aber sehr scharfen fracturirten *Pars condyloidea* indicirt sei oder nicht. — Die meisten Collegen bei der Consultation neigten sich, wie ich erwartet hatte, zur blossen Resection hin, alle aber waren doch in dem Punkte einerlei Meinung, dass beim Zurückbleiben des Knochenendes eine ebenso heftige Reizung, wie von jedem andern fremden Körper in Aussicht stände, und somit wurde unter Einwirkung des Chloroforms zur Entfernung desselben geschritten.

Da zur Eröffnung des Gelenkes natürlich die einmal bestehende und zu demselben führende Wunde mit benutzt werden musste, so konnte die Exarticulation nur von der vorderen Seite aus vorgenommen werden, welches, wie bekannt, grössere Schwierigkeit darbietet, wie die Methode von der entgegengesetzten Seite. Ich musste demzufolge, weil der gegebene Raum zu weitern Eingriffen zu beschränkt war, den untern Wundwinkel um 2 Zoll Länge dilatiren, trennend die *Aponeurosis bicipitis*, den *Pronator teres etc.* — Die eingetretene Blutung war nicht sehr beträchtlich, aber doch heftig genug, um die Operation etwas in die Länge zu ziehen, da sich immer wieder die Wundhöhle mit Blut anfüllte und hierdurch eine klare Einsicht behindert war. Ueberdies fehlte aller Halt an dem kurzen, mit Bändermasse so innig verwachsenen Theile, so dass die Eröffnung des Gelenkes und die Herausschälung nur bei starker Luxation nach innen, wo dem Messer ein etwas freierer Weg gebahnt werden konnte, endlich gelang. Der *Nervus ulnaris* war geschont worden; die Blutung sistirte, so dass keine Gefässunterbindung nöthig war. Die Gelenkenden des Radius und der Ulna waren in keiner Weise in die Verletzung mit hineingezogen, weshalb deren Entfernung unterblieb. Die Wunde wurde durch mehrere blutige Hefte geschlossen und dem Arm zweckentsprechende gebogene Lage auf der vorhin schon angegebenen Unterlage gegeben.

Die Temperatur im Oberarm war vermehrt, im Vorderarm aber beträchtlich gesunken, kein Arterienklopfen fühlbar. Die obere Partie wurde demzufolge mit Umschlägen kalten Wassers, die untern mit *Inf. spec. aromat. c. Spir. camphor.* bedeckt.

Die genaue Messung des resecirten und seinem Gelenkende angepassten unteren Oberarmendes ergiebt eine Länge von 4 Zoll 10 Linien.

Nach einer ziemlich ruhig verbrachten Nacht tritt grosse Irritabilität im Gefässsystem auf: Röthe des Gesichts, Puls voll, beschleunigt, 114 Schläge. — Pat. zeigt grosse Unruhe, wirft sich hin und her im Bette und macht Versuche sich aufzurichten. Ordin.: *Mixtur. nitros.*, Limonade, Clysmata, Sinapismen an die Waden.

In dem nachfolgenden sechstägigen Zeitraume war die Nachtruhe bald mehr, bald weniger theils durch Schmerzempfindung, theils durch anhaltende, oft auch nur zeitweise auftretende Delirien getrübt worden; das Fieber nahm gegen Abend immer etwas zu; eine erysipelatöse Röthe des Oberarms, welche sich bis zur Schulterhöhe erstreckte, schwand nach dem Gebrauche von lauwarmer *Aqua saturn.*

Von den allzuspannenden blutigen Nähten wurden nach und nach einzelne gelöst, wodurch die Wundränder auseinander klafften und sich ein dünner wässeriger, mit Flocken untermischter Eiter ergoss. — Die Finger befinden sich in mässiger Beugung; Beweglichkeit ist nicht vorhanden. Beim Berühren verschiedener Stellen an der Hand vermag Patient bei geschlossenen Augen die entsprechenden Punkte ziemlich genau anzugeben, an den Fingern aber ist dieses nicht der Fall. An dem sugillirten Vorderarm entwickelten sich allmälig an der innern Seite kleine stecknadelkopf- bis bohnengrosse, mit missfarbiger Lymphe gefüllte Blasen als Zeichen der eingetretenen Gangrän; überhaupt ist zuletzt die Volarfläche des Arms und der Hand empfindlicher als die Dorsalfläche; am Ellenbogen findet fast vollständiges Erlöschen der Sensibilität statt. — Dass das Glied auf der Wunde selbst und der sich gangränös entwickelnden Stelle seinen Ruhepunkt finden muss, ist ein sehr betrübendes Zusammentreffen, da hierdurch der Reizzustand mehr unterhalten werden muss. Als Unterlage, die nur täglich gewechselt zu werden braucht, dient eine vielfach zusammengelegte, lange mit *Inf. spec. arom.* angefeuchtete Flanellcompresse, welche stündlich von Neuem überträufelt wird. Zur Bedeckung des Theils werden *Catapl. emollient. c. spec. aromat.* aufgelegt; innerlich *Acid. muriat.* in *Decoct. rad. Salep c. Aq. amygd. amar.*, welches bald mit einem *Dect. Inf. cort. Chinae reg.* und *Rad. Calam. arom.* mit *Acid. muriat.* vertauscht wird. Zur Unterstützung der Kräfte werden leichte Kalbsbrühe mit Eidotter, frische Fruchtcompotts und Gelées etc. gereicht.

Vom 9. bis 30. Tage hin stösst sich allmälig die gangränös gewordene Haut ab, so dass in einer Ausdehnung von 6—7 Zoll Länge und 4—5 Zoll Breite die Sehnen der Flexoren bloss liegen; später-

hin fallen zum Theil auch diese, das *Ligam. inteross.*, so wie sonstige brandige Partien heraus, so dass Radius und Ulna, in einem Umfange von 3—4 Zoll der Beinhaut beraubt, frei da liegen. Das Ulnarende ragt unten aus der Wunde heraus, der Bruchstelle entsprechend, wohingegen die Speiche mit den correspondirenden Stellen im Contact geblieben ist. Die Dorsalfläche des Vorderarms wird somit nur noch hauptsächlich von Weichtheilen bedeckt, das Glied hat eine schöne Wärme, und das Allgemeinbefinden ist gut. Die in mässiger Flexion befindlichen Finger werden hierin nicht nur gelassen, sondern sogar noch unterstützt, da leicht die Antagonisten ein unwillkommenes Uebergewicht ausüben könnten. — Durch den schon längere Zeit fortgesetzten Gebrauch von *Catapl. emoll.* hat sich unter sehr vermehrter Eitersecretion gegen den 40. Tag hin der mittlere Theil der Ulna von 4 Zoll Länge losgestossen, und ein gleich grosses Stück des Radius wurde 18 Tage später bei blossem Anziehen an das untere freie Ende mit grösster Leichtigkeit entfernt. — Während dieser Abstossung der nekrotisirten Knochen zeigten sich an der äussern Seite des Ellenbogengelenkes 2 rothe, fluctuirende Stellen, nach deren Eröffnung sich Anfangs viel gutartiger Eiter, späterhin aber nur noch eine der Gelenkschmiere ähnliche Flüssigkeit entleerte.

Patient konnte gegen den 64. Tag hin sein Lager verlassen; es wurden von nun an täglich Armbäder bald mit, bald ohne *Kali carb. crud.* und ein einfacher Verband, so wie das Anlegen einer Mitelle angeordnet. Die Nägel lösten sich, den sich neubildenden Platz machend. Die Finger sind unbeweglich, Puls nicht vorhanden.

Zur Verkleinerung der Wunde, deren Zusammenziehung sich selbst überlassen, nur langsam vor sich ging, und behufs der Secretionsbeschränkung zog ich gleich wie in dem ersten Falle die Einwickelung nach Seutin in Anwendung, kleine Stellen, der eiternden Fläche entsprechend, zum Abfluss des Secretes freilassend. Die Secretion wurde in den nächstfolgenden Tagen nur noch ein Minimum, so dass die Verbandstellen im Umkreise der offengebliebenen Löcher nur mehreremale des Tags mit einem weichen Badeschwamme ausgedrückt zu werden brauchten; auch wurden, um das Eindringen des Eiters in das Verbandzeug einigermassen zu verhindern, kleine Schwämme an die Abflussstellen befestigt.

Seit dieser Zeit nun ist der Verband öfter abgenommen und wieder erneuert worden, sei es, dass derselbe durch den Eiter zu sehr erweicht, oder dass er mit dem Verschwinden der sich mehr verringernden Geschwulst zu locker, somit also seinem Zwecke nicht mehr entsprechend geworden war. Jedesmal aber zeigte sich die Wundfläche auf eine immer kleinere Stelle reducirt, so dass, als Patient am 26. Jan. 1851 das Spital verlassen konnte, in der Mitte des Vorderarms noch einzelne, kleine, unregelmässige Fistelgänge bestanden, aus denen zeitweise äusserst feine Knochenfragmentchen hervortraten.

Das Resultat der Behandlung ergiebt nun Folgendes:

„Das sehr verletzte Glied ist erhalten worden; das untere Gelenkende des Oberarms hat sich wieder erzeugt; dieser ziemlich verdickte Knochentheil hat zwar eine noch beschränkte Beweglichkeit, zeigt aber von Tag zu Tag mehr Tendenz, eine freiere zu werden; die nekrotisirten mittleren Knochenpartien der Ulna und des Radius haben sich bis auf den Mittelpunkt der Extremität hin vollständig regenerirt, und ist nur noch an eben diesem Punkte abnorme Beweglichkeit wahrnehmbar. Dass auch dieser Zustand bald seine Ausgleichung finden wird, unterliegt keinem Zweifel, da in der bisherigen Reproduction ein gleichmässiges Fortschreiten bemerkt worden. Obgleich die Extremität etwas atrophirt ist, die unbeweglichen Finger sich in der Beugung befinden und der Arm bis jetzt noch keine Function zu verrichten im Stande ist, so kann nichtsdestoweniger die Brauchbarkeit des Gliedes nicht in Abrede gestellt werden, da dem Patienten jedenfalls durch die Erhaltung desselben eine wesentliche Stütze bei späteren, leichteren Arbeiten bereitet worden, indem durch Auflegen des verstümmelten Theils auf den zu bearbeitenden Gegenstand ein festes und zweckdienliches Fixiren möglich gemacht wird.

Bei genauer Messung und Vergleichung beider Arme ergiebt der kranke eine Totalverkürzung von 5 Zoll 9 Linien, wovon 2 Zoll 7 Linien auf den Oberarm und 3 Zoll 2 Linien auf den Vorderarm fallen."

Miscellen.

Bemerkungen über Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur.

Von

Prof. Ed. Martin in Jena.

In der Mittheilung Hohl's über Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur (Deutsche Klinik 1851, No. 18) heisst es, dass Hohl unter 2286 Geburten den genannten Fehler 95 Mal beobachtet habe, und zwar unter 825 Geburten, welche H. theils als Assistent in der Entbindungsanstalt, theils in seiner Praxis beobachtet habe, und 1461 Geburten, welche aus dem Journale der Anstalt von 1839—1849 entnommen sind. Da nach diesen Angaben auf beiläufig 24 Geburten bereits ein Nabelschnurvorfall fallen würde, während nach den Ergebnissen von beiläufig 33,000 Geburten in den Dubliner und Wiener Gebäranstalten unter 171 oder 158 einmal jener Vorfall beobachtet wurde, so liegt die Vermuthung nahe, dass bei H.'s Angaben die Resultate der vorzugsweise pathologische Fälle ergebenden Poliklinik und Privatpraxis nicht von den Ergebnissen der Gebäranstalt getrennt worden sind, während doch nur eine Zählung aller, physiologischer wie pathologischer, Geburtsfälle das Frequenzverhältniss auf eine sichere Weise ergeben kann. Ist diese Vermuthung begründet, so dürfte der bestimmte Widerspruch H.'s gegen die von mir (Deutsche Klinik 1851, No. 3) als wahrscheinlich hingestellte Ansicht, dass Mehrgebärende nicht eben häufiger als Erstgebärende dem Vorfall der Nabelschnur unterworfen seien, einer weiteren Prüfung bedürfen. Zur Entscheidung dieser Frage wird nicht einmal das Ergebniss einer sogar grösseren Entbindungsanstalt genügen, da bekanntlich Mehrgebärende verhältnissmässig weit seltener dergleichen Anstalten aufsuchen. — Nur der Wunsch, unrichtige Folgerungen aus unvollständigen statistischen Angaben zu verhüten, nicht die Absicht, eine muthmassliche Ansicht ohne genügende statistische Nachweise als unumstösslich vertheidigen zu wollen, veranlasste die vorstehende Bemerkung.

Personalien.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt: Zu praktischen Aerzten: DD. Geil in Speyer, Winzheimer in Iphofen, J. Wagner aus München in Nandlstadt, Berling in Rottendorf, M. Schwab aus Fellheim in Frammersbach, A. F. Lubach in Würzburg. Zu Gerichtsärzten: Physikatsverweser Dr. Christenn (zu Thurnau) in Sesslach, Dr. Kollmann, prakt. Arzt von Sulzberg in Alzenau. Versetzt: die prakt. Aerzte DD. Hanauer von Pfaffendorf nach Ermershausen, Merk in Obereisenheim nach Schweinfurt, Mörschell in Rothenbuch nach Obereisenheim, Gabler von Saal nach Volkach, Dressler von Zell nach Würzburg, Hergenröther, ehem. Univ.-Prof. u. quiesc. Gerichtsarzt in Homburg, nach Steinach, Huth von Oettingen nach Saal, Mayring von Orb nach Karnach, Horlacher von Ansbach nach Wassertrüdingen, Kimmerle von Wohnbrechts nach Unterthingau.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [*]).

4. Geburtshülfe.

(Fortsetzung aus No. 15.)

Arneth, Ueber die Verbreitung des Puerperalfiebers durch contagiöse Inoculation des Krankheitsstoffes. Monthly Journ., Juni.
Bernhardi, Geburtshülfliches. Dessen Zeitschr. VI. 1.
Bornemann, Zwei Geburtsgeschichten. Zeitschr. d. Chir.-Ver. V. 1.
Chiari, Bericht über künstliche Frühgeburten mittelst der Uterus-Douche.
Copeman, *Cases in midwifery. By the late John Green Crosse.* 8. 228 S.
Cormack, Schwerer Geburtsfall, complicirt mit blumenkohlartigen Excrescenzen des Uterus. Lond. Journ., März.
Gatty, Einige Bemerkungen über die Ursachen der Amputation der Beine beim Kinde im Uterus. Lond. Gaz., April.
Hofmann, Versuch eine geburtshülfliche Poliklinik an der Universität zu München zu gründen, und Erfolg dieses Versuches. Prager Vierteljahrs-Schr. Bd. 2.
Hohl, Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur. Deutsche Klinik 18 u. 19.
Kilian, Fr., Die Leistungen der Entbindungsanstalt zu Mainz vom Jahre 1806—1848. N. Zeitschr. f. Geburtsk. XXX. 1.
Montgomery, Ueber eine besondere Art von Thrombus, welche sich während der Geburtsperiode zeigt. Arch. génér., Juni.
Oldham, Fall von schwerer Geburt, complicirt mit *Cancer uteri.* Lond. Journ., März.
Radford, Geburtshülfliche Fälle. Lond. Gaz., Mai.
— Ueber den Kaiserschnitt, die Craniotomie und die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Ibid., April.
v. Ritgen, Ueber das rhachitische Becken. N. Ztschr. f. Geburtsk. XXX. 1.
Schwartz, Ueber Eclampsie der Kreisenden. Rigaer Beitr. I. 2.
Smellie, Fall von *Placenta praevia.* Monthly Journ., März.
Wagner, Mittheilungen aus dem geburtshülflichen Tagebuche. N. Ztschr. f. Geburtsk. XXX. 1.
Zör, Geburtshülfliches aus der Praxis. N. med.-chir. Ztg. 19.

[*]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Inhaltsverzeichniss

zum zweiten Quartal 1851 der Deutschen Klinik (No. 14—26).

Feuilleton-Artikel.

Namensverzeichniss.

Sonnabend, № 28. 12. Juli 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber Froschgeschwulst.

Von

Dr. Albert Haller.

(Schluss aus No. 27.)

III. Auch die Herstellung einer bleibenden Oeffnung der Geschwulst hat man auf sehr verschiedene Weise zu erreichen gehofft.

Zuerst ist hier, freilich mehr in historischem Interesse, das Verfahren anzuführen, das Louis und einzelne seiner Anhänger bisweilen befolgt haben wollen, indem sie nur die vermeintlich verengte Oeffnung des Wharton'schen Kanals mit der Sonde erweiterten und nöthigenfalls noch durch allmälig dicker werdende Bleidrähte, die sie hineinbrachten, nachhelfen wollten. Ist indess diese Methode schon von den meisten Neueren, wie namentlich von Dupuytren [1]), als theils schwierig, theils unzulänglich verworfen worden, so kann sie bei der oben ausgeführten Ansicht von dem Wesen der Ranula um so weniger statthaft erscheinen.

Die einfache Incision wird von Forestus [2]) schon dem Rhazes zugeschrieben, von dem sie Michaol Savonarola [3]) soll entlehnt haben. Ihnen folgten Dodoens [4]), Ruland [5]), Ferrara [6]), Bartholinus [1]), Verzascha [2]), zum Theil Diemerbroek [3]), Munnick [4]), Louis [5]), Bell [6]), Cooper [7]). Schon Paré [8]), Fonseca [9]) und andere beobachteten aber häufige Recidive des Uebels, welchem Uebelstande die meisten Chirurgen dadurch abzuhelfen suchten, dass sie die Oeffnung möglichst gross machten. Doch werden nach allen Erfahrungen auch dadurch Recidive keineswegs verhindert, so dass gegenwärtig dieser Methode nur höchstens eine palliative Wirkung zugeschrieben werden kann, wie sie ja auch die spontane Eröffnung der Geschwulst hat. Dasselbe ist auch von der Operation zu sagen, die Schenck [10]) und Marcus Aurelius Severinus [11]) angeben; sie stossen nämlich eine Nadel durch die Geschwulst und erweitern die beiden Wunden mit dem Messer, was offenbar nichts Anderes, als eine Modification der einfachen Eröffnung darstellt.

Nicht allein im Munde, auch aussen am Halse wurde die Eröffnung der Geschwulst vorgenommen, und schon Dodoens [12]) scheut diese Operation nicht. Viele der Späteren liessen sich freilich von einer solchen Operation durch einzelne Beobachtungen von zurückblei-

1) Dupuytren l. c. Tom. III. pag. 309.
2) Forestus l. c.
3) M. Savonarola, praxis medica. Tract. VI. cap. 6. pag. 104.
4) Dodonaeus l. c.
5) Ruland l. c. cent. VII. curat. 8.
6) Ferrara l. c.

1) Bartholinus, historiarum anatom. rariorum. cent. I. hist. 88. p. 130.
2) Bernh. Verzascha, observat. med. cent. I. No. 18. Basileae, 1677.
3) Diemerbroek l. c.
4) Munnick l. c.
5) Louis l. c.
6) Bell l. c. Bd. III. pag. 582.
7) Cooper l. c. Bd. III. pag. 105.
8) Paré l. c. pag. 291.
9) Fonseca l. c.
10) Schenck a Grafenberg l. c. lib. I. pag. 240.
11) M. Aurel. Severinus l. c. pars II. cap. 74. pag. 407.
12) Dodonaeus l. c. cap. V.

Feuilleton.

Bordelle. — Neue Stadtphysiker in Berlin.

Seit Jahren hat bekanntlich die Frage: „Sollen Bordelle in Berlin eingeführt werden oder nicht?" die Gemüther wesentlich beschäftigt, und der Kampf, der sich um sie in der Residenz erhoben, fängt nun, wo sie hier entschieden, an, auch in den Provinzen die Gemüther zu entflammen. Cöln ist dabei vorangegangen, andere Hauptstädte werden folgen: der Kampfplatz, die Kämpfer sind überall die nämlichen. Auf der einen Seite erhebt sich, zelotische Geistliche an der Spitze, die ganze Cohorte der strengen Moralisten, der intoleranten Pietisten, der eifernden Sittenrichter, von denen wohl mancher über den Splitter im Auge Anderer den Balken im eigenen nicht sieht, und schreit, hinter Schilden unklarer Voraussetzungen, unter Sturmdächern utopischer Träumereien, Zeter und Verdammungsurtheile über die Regierung und das Polizeiregiment, die, wie sie sich in ihrer Befangenheit ausdrücken, das Laster privilegiren wollen. Im andern Lager finden wir die grosse Masse der Aerzte streitgerüstet mit den Erfahrungen, die man hinsichtlich der Verbreitung der Syphilis in Berlin und anderwärts seit Aufhebung der Bordelle gemacht hat und die sich nicht umstossen lassen durch polternde Redensarten von Leuten, die die Welt nicht kennen, wie sie wirklich ist; Polizeibeamte, gewohnt mit ruhigem Blick einen Krebsschaden der Gesellschaft zu betrachten, und entschlossen, wenn er nicht auszurotten, ihn wenigstens möglichst unschädlich zu machen, endlich alle diejenigen, die überhaupt sich gewöhnt haben, wichtige Lebens-, Staats- und Verwaltungsfragen ruhig prüfend aufzufassen, ohne Illusionen und Träumereien ihnen auf den Grund zu gehen und dann die möglichst beste Hülfe zu leisten. Seit wenigen Wochen hat sich an die Spitze dieser leidenschaftslosen Kämpfer für klare, unbefangene Auffassung der Bordellfrage sogar ein hoher katholischer Geistlicher gestellt, der in anerkennenswerther Weise sich nicht scheut, der Polizei das Recht und die Pflicht öffentlich zuzuerkennen, ein Laster, das er selbst verabscheut, zu überwachen und seinen traurigen Folgen nach Kräften vorzubeugen. Soll das Laster überwacht werden, das ist der Angelpunkt, um den sich die ganze Bordellfrage dreht, nicht aber, wie die eine Partei der Kämpfer gern glauben machen möchte, darum, das Laster zu privilegiren. Dass die Prostitution existirt, dass es unmöglich ist, sie mit Stumpf und Stiel auszurotten, wer möchte es leugnen wollen. Dass sie überwacht werden muss, wenn sie nicht doppelt und dreifach der Gesellschaft nachtheilig werden soll, auch darüber kann wohl ein Zweifel kaum noch obwalten; ist das aber zugegeben, dann ist, wie uns scheint, die ganze Streitfrage um die Bordelle dem Kampfplatz entrückt, es muss allein der Polizei überlassen bleiben, diejenigen Massregeln der Ueberwachung zu ergreifen, die ihr die wirksamsten scheinen, es kann ihr gleichgültig sein, ob diese dann aller Welt gefallen oder nicht, ob unerfahrene Leute darüber scandalisiren und den Gesichtspunkt, von dem aus man die Massregeln ergriff, willkürlich und verunglimpfend verdrehen, es wird der Polizei bei dieser Gelegenheit gehen, wie es ihr geht bei den meisten ihrer Einrich-

benden unheilbaren Fisteln abschrecken, wie dieses namentlich von Muys[1]) beobachtet ist, der auch einen ähnlichen Fall von Solingen anführt. Doch können Beobachtungen, wie die genannten, zumal Muys, nur von einem Abscess am Halse in der Gegend der Tonsillen, nicht aber von Ranula spricht, unmöglich die Erfahrungen aufwiegen, welche namentlich in neuerer Zeit gemacht worden sind, da diese beweisen, dass die Oeffnung von aussen durchaus keine anderen Folgen hat, als die im Munde. Uebrigens muss es sich natürlich gleich bleiben, ob die Oeffnung, sei sie nun im Munde oder am Halse, mit einer Puncturnadel, mit dem Troisquart oder dem Messer (als eigentliche Incision) gemacht wird.

Die Excision eines Theiles der Geschwulst, die von C. C. Siebold[2]), Richerand[3]), Lassus[4]), Boyer[5]) u. A. angewandt wurde, kann ebensowenig sicher zum Ziele führen; denn auch hier werden nach der Entleerung des Inhaltes die Wandungen der Geschwulst zusammenfallen, die Wundränder sich dadurch mehr oder weniger nähern und leicht verwachsen und zu Recidiven Anlass geben. Es ist also auch von dieser Operationsmethode nicht viel mehr zu erwarten, als ein palliativer Erfolg, wenn schon in manchen Fällen, wo der grösste Theil der Geschwulst weggenommen war, wirklich Heilung erfolgt sein mag.

Was die einzelnen Methoden der Excision betrifft, so wird von ihnen offenbar dasselbe gelten. Dahin gehören: die einfache Incision und nachfolgendes Abschneiden eines Theils der Wundränder (nach C. C. Siebold, Lassus u. A.); ein halbovaler Schnitt an der innern Seite der Geschwulst, Entleerung des Inhaltes und Abtragen des Lappens mit der Scheere nach Wilmer[6]); häkliges Aufheben der Wand mit der Pincette und Wegschneiden derselben mit der Cooper'schen Scheere nach Gariot[7]); Durchstechen eines pfriemenförmigen Hakens durch die Geschwulst, und Wegschneiden des dadurch begränzten Theiles mit einem Schnitte nach Gräfe[8]). Auch ist hierher die Operation zu rechnen, welche Vogel[9]) ausgeführt hat, indem er bei einer solchen Geschwulst, die sich in 2 Spitzen verlängert hatte, diese mit der Scheere wegschnitt.

Eine andere Weise von Heilverfahren gegen Ranula bezweckt Verhütung der Verwachsung der in die Wand der Geschwulst gemachten Oeffnung durch Einlegen fremder Körper in dieselbe, welche dazu dienen sollen, die Wundränder callös zu machen und ihre Ueberhäutung hervorzurufen. Dieses Verfahren scheint zuerst Sabatier[10]) angewandt zu haben, indem er in eine geöffnete Ranula Anfangs ein Bougie, später aber, um den Pflastergeschmack zu vermeiden, Charpiemeissel einlegte, wodurch er Heilung erzielt haben will.

[1]) Joh. Muys l. c.
[2]) C. C. Siebold l. c. No. 47.
[3]) Richerand l. c. Tom. III. pag. 280.
[4]) Lassus l. c. pag 406 seqq.
[5]) Boyer l. c. Tom. VI. pag. 286.
[6]) B. Wilmer, Cases and remarks in surgery. Lond., 1779. pag. 78 et 80. — Kyll l. c.
[7]) Gariot, traité des maladies de la bouche. pag. 131. — Schreger l. c.
[8]) v. Gräfe und v. Walther, Journal. Bd. XIII. pag. 46.
[9]) Vogel, chirurgische Beobachtungen. II. Samml. Lübeck, 1780. No. 5. — Richter, chirurg. Bibliothek. Bd. V. pag. 412.
[10]) Sabatier l. c. pag. 167.

Wichtiger ist das Verfahren, welches von Dupuytren[1]) angewandt wurde. Er legte in die durch Incision oder Excision gemachte Oeffnung des Sackes ein aus einem edlen Metall verfertigtes Instrument, das aus zwei durch einen Stiel verbundenen Knöpfchen bestand; Anfangs liess er dieses Instrument durchbohren, später aber nicht mehr, da er bemerkte, dass sich die Oeffnungen doch bald verstopften und die Flüssigkeit auch an den Seiten des Instruments hinreichenden Abfluss hatte. Modificationen erlitt dieses Verfahren in neuerer Zeit durch Reisinger[2]), der wieder ein durchbohrtes Instrument von Horn anwandte, das mittelst einer eigenen Vorrichtung eingelegt werden soll; durch Henning[3]), der eine Mèche aus Gummi elasticum von der Gestalt eines liegenden J anwenden will. Diese Instrumente sollen dann zeitlebens getragen werden und so vollständige Heilung zu Wege bringen.

Dagegen ist aber anzuführen, dass in vielen Fällen das Anlegen und gehörige Befestigen des Instruments bedeutende Schwierigkeiten darbieten muss; überdies muss der fremde Körper als fortwährender Reiz wirken, wodurch leicht chronisch entzündliche Zustände, ja wohl Verschwärung der umgebenden Gebilde, namentlich auch der sich am Instrument fortwährend reibenden Zunge hervorgerufen werden dürften; der fremde Körper muss zugleich die Bewegungen der Zunge mehr oder weniger erschweren und dabei leicht sichtbar werden, was gleichfalls unangenehm ist. Und endlich hat die Erfahrung vieler Neueren, wie von Kyll[4]), Salomon[5]), Jobert[6]) gezeigt, dass die Geschwulst dabei keineswegs ganz schwindet, sondern sich nur bis auf einen gewissen Grad verkleinert. Dass die Modification von Reisinger keinen Vorzug hat, ist sehr begreiflich, da die Oeffnung sich nothwendig in kürzester Zeit incrustiren und verstopfen muss. Dass aber zeitweiliges Einlegen fremder Körper, in der Absicht, die Wundränder überhäuten zu lassen, nur so lange helfen kann, als der fremde Körper darin liegt, erscheint mehr als wahrscheinlich, wenn wir nicht übersehen, dass jede Fistelmembran, wie z. B. die in dem Kanal des zum Tragen von Ohrringen durchbohrten Ohrläppchens, stets eine Neigung zum Verwachsen behält, sobald dieses nicht mehr durch fremde Körper verhindert wird. Hiernach wird sich auch das zeitweilige Einbringen von elastischen Bougies, von Drath oder Schnur mit der Absicht, die zwischen den Stichpunkten liegende Brücke durchzuschneiden, beurtheilen lassen.

Ferner hat Jobert eine Methode erfunden, die darauf hinzielt, dem Sack eine Oeffnung zu verschaffen, welche nicht wieder verwachsen kann. Sie[7]) bezweckt eine Umsäumung der Ränder der Schleim-

[1]) Dupuytren l. c.
[2]) Reisinger in: Baltische Annalen. Bd. I. St. 1.
[3]) Henning bei Kyll l. c.
[4]) Kyll l. c.
[5]) 18. Jahresbericht des deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg, mitgetheilt v. Dr. Seidlitz. In Hufeland's Journal, fortgesetzt v. Dr. Osann. 1837. St. 7. (Bd. 85. St. 1. pag. 112—135.)
[6]) Jobert l. c. Tom. I. pag. 423.
[7]) Jobert l. c. Tom. I. pag. 440 seqq.

---

tungen und Verordnungen, sie kann es eben nicht allen Leuten recht machen. Wie wenig übrigens diejenigen, die am meisten gegen die Wiedereröffnung von Bordellen in Berlin eiferten, es der Mühe werth hielten, sich nur auf das oberflächlichste über die ganze Angelegenheit zu instruiren, beweist schon das Eine: dass sie immer wieder mit dem Vorschlag kommen, das Geld, das sündlicher Weise für die Beaufsichtigung der Bordelle verwandt werden müsste, der Gesellschaft für innere Mission zuzuweisen, während doch den Staat die Beaufsichtigung der Bordelle keinen Pfennig kostet, sondern durch die Abgaben, die die Bordellwirthe zu geben haben, der durch die Ueberwachung der Prostitution erwachsende Aufwand mehr als bestritten wird. In Berlin ist nun endlich die Sache entschieden, es sind Bordelle eröffnet. Wir halten diesen Anfang vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus für ein Glück, können uns aber nicht verhehlen, dass der Anfang nur ein sehr schwacher ist. Zwanzig Bordelle mit 200 Mädchen ist eine Zahl, die zu der der Bevölkerung Berlins mit einer so mächtigen Garnison in zu grossem Contrast steht. Indess der Anfang ist gemacht, und es wird der Polizei nicht an Energie fehlen, die angebahnte Ueberwachung der Prostitution in der Folge auch durch weitere Massregeln zu einer wahrhaft wirksamen zu machen.

Es lässt die Polizeibehörde der Residenz sich überhaupt angelegen sein, die sanitätspolizeilichen Verhältnisse besser zu ordnen. So hat sie neuerdings eine grössere Anzahl von Aerzten engagirt, um dem Polizei-Medicinalrath und dem Stadtphysikus zur Seite zu stehen. Der Organismus der neuen Einrichtung ist nun der, dass unter dem Polizei-Medicinalrath (jetzt Dr. Müller) zunächst der Stadtphysikus (jetzt Dr. Magnus) und Dr. Behrend stehen. Jener hat die Oberaufsicht in Beziehung auf die eigentliche Sanitätspolizei, dieser leitet das, was sich auf die Sittenpolizei bezieht. Unter ihnen fungiren weiter in jeder der 5 Polizei-Hauptmannschaften der Stadt 2 Polizei-Unterärzte, die in ihrem Reviere über Alles, was Sanitätspolizei angeht, die Aufsicht führen, die Bordelldirnen zu untersuchen, die Schutzmannschaften ärztlich zu behandeln haben etc. Ihnen zur Seite steht dann noch in jeder Polizei-Hauptmannschaft ein Chirurg. Die neuen Stadt-Physikatsärzte bekommen vorläufig ein Salair von 200 Thlr. jährlich, und sind für jetzt auf Kündigung engagirt die Herren DD. Hammer, Nagel, Bressler, Arndt, Wolff, Schultz, Perle, Sieber, Koblank, Schröder. Dass bei dieser neuen Einrichtung das Publikum nur gewinnt, liegt auf der Hand, wir wünschen nur, dass dieser erste Schritt einen zweiten nach sich ziehen möge, und zwar bald. Die *Medicina forensis* ist nämlich ganz ausser dem Bereich dieser Einrichtung und in der Hand des vom Staate für die Stadt Berlin eingesetzten Physikus (gegenwärtig Dr. Casper). Dieses Amt bringt auf der einen Seite so viel Arbeit, auf der andern auch so viel Gewinn, dass es gewiss ebenfalls einer weiteren Theilung sehr gut und nur zum Nutzen der Sache selbst unterworfen würde. Hier wäre es nun wohl das Zweckmässigste, demnächst den verschiedenen Stadtphysicis auch die in ihrem Bezirke vorkommenden medicinisch-forensischen Geschäfte zu übertragen. Zur Verwirklichung dieses Planes müssten sich freilich dann die Polizeiverwaltung der Stadt Berlin und die Regierung die Hände reichen.

hautwunde mit dem eigentlichen Balg der Geschwulst, und wird von Jobert selbst als Batracosioplastie unter die plastischen Operationen gerechnet. Um jenen Zweck zu erreichen, schneidet Jobert aus der zwischen 2 Pincetten erhobenen Schleimhaut einen elliptischen Lappen von 3''' Breite und 6—8''' Länge heraus, ohne dabei den Balg zu verletzen; hierauf spaltet er den Balg in seiner ganzen Ausdehnung in der Mitte der ersten Wunde; die dadurch erhaltenen zwei aus dem Balg gebildeten Lappen schlägt er um die Wundränder der Schleimhaut und heftet sie mittelst einiger Suturen an. Die Blutung soll nur ganz unbedeutend sein und nach der Operation eine Art Trichter entstehen, durch den das Secret frei abfliessen kann.

Abgesehen davon, ob man Jobert in Bezug auf den Namen der beschriebenen Operation folgen will, ist nicht ausser Acht zu lassen, dass die Ausführung derselben in der Dünnheit der Schleimhaut, die überdies ausgedehnt zu sein pflegt, in dem sparsamen Zellgewebe zwischen der Schleimhaut und dem Sack bedeutende Hindernisse treffen muss, denn die genannten Umstände müssen es höchst schwierig machen, die Schleimhaut allein zu durchschneiden, ohne zugleich den Sack zu verletzen, zumal dieser in noch nicht inveterirten Fällen sehr dünn sein kann. Dennoch erzählt Jobert mehrere Fälle, wo er durch diese Operation seinen Zweck erreichte; auch will er sie in allen von ihm unterschiedenen Arten der Ranula anwenden. Wie aber, wenn, wie in dem von Bendz untersuchten Falle, die Ranula aus harten, fibrösen Säcken besteht? In solchen Fällen wird nothwendig die Operation nicht allein erschwert, sondern wohl ganz unmöglich gemacht werden, da die Bälge leicht zu wenig biegsam sein können, um ein Umstülpen zu erlauben und zu wenig Gefässe enthalten, um gehörig mit der Schleimhaut zu verwachsen. Ebenso muss auch ein mehrfächriger Bau der Geschwulst die Wirkung der Operation auf einen palliativen Erfolg beschränken, da, wenn schon eine Abtheilung der Geschwulst geöffnet bleiben sollte, doch nichts die andern hindern wird, sich wieder zu füllen.

Ganz Aehnliches lässt sich auch an der von Forget [1]) ausgeführten Modification obiger Methode aussetzen, der statt der 2 Jobertschen 4 Lappen aus dem Balge bildete; nur scheint allerdings das an derselben vortheilhafter, dass Forget ein bei weitem grösseres Stück aus der Schleimhaut herausnahm.

Joubert [2]) hat in neuester Zeit eine andere Operationsweise angegeben und ausgeführt. Auch bei dieser wird beabsichtigt, der Geschwulst eine bleibende Oeffnung zu verschaffen; indessen verfährt Joubert anders als Jobert. Er schneidet von der vorderen Begrenzung der Geschwulst an bis beiläufig zu ihrer Mitte dieselbe ein, lässt dann auf den Endpunkt des ersten zwei andere Schnitte fallen, so dass die 3 Schnitte in der Mitte der Geschwulst 3 Winkel von 120 Gr. bilden; nachdem er auf diese Weise 3 dreieckige Lappen erhalten, führt er durch die Spitze jedes derselben eine mit einem Faden versehene Suturnadel, legt jeden Lappen so zusammen, dass die serösen Flächen sich berühren, führt darauf auch durch die Basis des Lappens dieselbe Nadel hindurch, so dass nach Schliessung der Suturen die Spitzen der 3 Lappen an ihre Basis geheftet sind. Es entsteht dadurch eine Oeffnung, umgeben von 3 etwas vorstehenden Wulsten. Nun tritt eine leichte Entzündung ein, in deren Folge die aneinanderliegenden Flächen der Lappen meist schon verwachsen sein sollen, wenn am fünften Tage die Suturen entfernt werden. Die Ränder der so erhaltenen Oeffnung, Anfangs etwas vorstehend, sind durch die Schleimhaut gebildet und verflachten sich in dem von Joubert operirten Falle mit der Zeit dermaassen, dass nach 2 Jahren nur noch eine ganz unbedeutende Vertiefung an der Stelle zu sehen war.

So ingeniös diese Methode ist, so ist doch nicht zu übersehen, dass wohl nur in frischen Fällen der Ranula, wo der Balg sich noch nicht verdickt und verhärtet hat, die gewünschte Verwachsung der inneren Flächen der Lappen gehörig zu Stande kommen wird, dass die Operation also nur in solchen Fällen mit vollem Erfolge gekrönt werden dürfte; denn wo diese Verwachsung nicht eintritt, wird sich die Oeffnung offenbar bald wieder schliessen und ein Recidiv veranlassen. Uebrigens muss über den Werth dieser Operation jedenfalls noch die Erfahrung entscheiden.

Von allen diesen Methoden haben wir gesehen, dass sie keineswegs in allen Fällen radicale Heilung bringen; doch ist nicht zu leugnen, dass manchen von ihnen im Allgemeinen der Vorzug vor den anderen einzuräumen sein wird. Dahin gehören vorzüglich die Methoden der zweiten Reihe, welche Verwachsung oder Auseitern des Balges bezwecken, namentlich aber die Injectionen, das Haarseil, bisweilen auch Cauterisation nach vorhergegangener partieller Exstirpation (namentlich bei sehr hartem Balge); von den Methoden der dritten Reihe verdienen, wo sie überhaupt anzuwenden sind, wohl unstreitig die Jobert'sche und die Joubert'sche den Vorzug.

[1]) Forget, considérations pratiques sur la grenouillette. In: Bulletin de Thérapeutique. 1845, April. — Gazette des hôpit. 1845. No. 62. pag. 247. — Jobert l. c. Tom. I. pag 442.

[2]) Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde von der Prager medicin. Facultät. Bd. 28. Analecten pag. 37. — Gazette des hôpit. 1849. No. 134. pag. 542.

Ueber die Radical-Bruchoperation nach Mösner.

Von

Dr. med. Schlosser,

k. bair. Militär- und prakt. Arzt zu München.

Bei dem hohen Aufschwunge, den die chirurgische Wissenschaft in unserem Jahrhundert unter der fruchtreichen Pflege geistreicher Männer aller gebildeten Nationen gewann, hatte sich insbesondere das Gebiet der Unterleibshernien einer hohen Cultur zu erfreuen.

Nicht mehr zufrieden mit der palliativen Behandlung oder mit unzureichenden Mitteln zur radicalen Heilung, welche — obschon von Autoritäten empfohlen — ihrer Erfolglosigkeit wegen wieder in Vergessenheit geriethen, wie adstringirende und kaustische Mittel, oder wegen zu grosser Gefährlichkeit verworfen wurden, Glüheisen, goldene Naht, Bruchschnitt etc., — unternahmen es Chirurgen unseres Jahrhunderts, fussend auf genaue physiologishhe und pathologische Kenntniss der Bruchtheile, diese lästige und nichts minder als ungefährliche Krankheit zu bekämpfen, ohne deshalb durch einen tieferen Eingriff in den Organismus das Fortbestehen desselben zu gefährden.

Alle in neuerer Zeit gebräuchlichen Methoden der Operation zur Radicalheilung beweglicher Unterleibsbrüche lassen sich auf zweierlei Principien zurückführen.

Beide bezwecken Verstopfung und Ausfüllung der Bruchpforten und des Kanales:

A. Durch Einheilung einer Hautpartie in die Bruchpforte (Dzondi, Gerdy, Signoroni, Wutzer);

B. durch Narbenstrangbildung im Leistenkanal (Mösner).

Zwischen beiden in der Mitte steht die neulich von Max Langenbeck angegebene und ausgeführte Methode [1]).

Unter den ersteren hat sich am meisten das Wutzer'sche Verfahren bewährt, welches vorzüglich von Professor Rothmund vervollkommnet und zur Anerkennung gebracht wurde.

Die Mösner'sche Methode, obwohl noch weniger geübt und bekannt, hat doch schon solche reichliche Früchte getragen, dass man mit Zuversicht ihre baldige weitere Verbreitung und Vervollkommnung vorhersagen kann.

Es ist eine bekannte Thatsache in der Chirurgie, dass durch Narben die Ausdehnung der Gewebe vermindert werde, und dass sie oft eine beträchtliche Contraction der letzteren bedingen, wie man dies so häufig nach Wunden und Verbrennungen, die durch Eiterung heilten, beobachtet; man denke an Contracturen der Glieder, an Ectropien der Augenlider, welche auf solche Weise entstanden. — Radicalheilung von Hernien wurde sehr häufig nach der Herniotomie beobachtet, wobei der Leistenkanal unwegsam geworden, obwohl hierbei auch andere Momente heilsam mitwirkten.

Mösner hat das Verdienst, eine auf diesem Principe beruhende rationelle Operationsweise erfunden und zuerst geübt zu haben [2]).

Zwar hat schon früher der Franzose Ratier vorgeschlagen, ein Haarseil in den Leistenkanal einzulegen, das allmälig zu verkleinern und durch Compression zu unterstützen sei, — und auch Bonnet suchte auf ähnliche Weise durch sein *Setaceum metallicum* Heilung der Leistenbrüche zu erzielen; das erstere Verfahren ist aber kein unbedeutender Eingriff, und das zweite leistet keine hinreichende Bürgschaft für Erreichung des Heilzweckes, weil theils dadurch die hintere obere Partie und die innere Wand des Leistenkanales nicht in gehörigen Entzündungszustand versetzt wird.

Demgemäss wird der Mösner'schen Methode der Vorrang einzuräumen sein, zumal sie die Nachtheile beider vorigen ausschliesst, hingegen sicherer und ungefährlich die Radicalheilung erzielt. — Mittelst dieses Verfahrens ist man nämlich im Stande, innerhalb des abnorm erweiterten Leistenkanals eine sowohl ihn als auch den hinteren Leistenring verschliessende Narbenbildung hervorzubringen, und somit das Hervortreten und die Neuentstehung einer Hernie zu verhindern, wie ich durch mehrere unten folgende Krankheitsgeschichten zu zeigen versuchen werde.

Dasselbe kann man füglich in vier gesonderte Akte theilen, wovon der erste als vorbereitender die Reposition der Hernie erfüllt; im zweiten wird die Invagination der Scrotalhautpartie in den Leistenkanal, im dritten die Einführung des Instrumentes und die Durchbohrung der Leistenkanal-

[1]) S. unten.

[2]) S. Medicin. würtemberg. Correspondenzblatt. 1845. XV. 19.

wand vollzogen; im vierten wird die invaginirte Hautpartie herabgelassen und die Fäden zusammengebunden.

Der Kranke wird mit etwas angezogenem, im Knie gebeugten Oberschenkel der leidenden Seite horizontal auf einem Bette gelagert, so dass das Becken etwas höher als der Thorax zu liegen kommt. Der Operateur steht auf der leidenden Seite des Patienten. Nachdem nun die ganze Bruchgeschwulst durch die hintere Bruchpforte zurückgebracht worden, wird mit dem Zeigefinger eine Partie der Scrotalhaut, — und nach Mösner's eigenem Verfahren auch eine solche vom Bruchsack, was Rothmund sorgfältig vermeidet — und zwar möglichst nahe bis an den hinteren Leistenring invaginirt [1]). Alsdann drückt man diese invaginirten Theile mit gebogenem Zeigefinger an die innere Seite der Bruchwand an, wobei man sich überzeugen muss, dass keine anderen Partien zwischen dem invaginirenden und befühlenden Finger liegen. Hierauf führt man auf der Palmarfläche des ersteren das Instrument, mit welchem man operirt, ein, und stösst dessen Nadel, indem man den Griff senkt, von innen nach aussen rasch durch, wobei man auch die Bauchdecken gegen die Spitze der Nadel drücken kann, um deren Durchdringen zu erleichtern. Man lässt nun, nachdem man einen Theil des Fadens oben gefasst, oder auch die Ligatur erst jetzt eingefädelt und das Knopfende oben behalten hat, beim Herausziehen des Instrumentes das invaginirte Scrotalstück wieder herabsinken und knüpft beide Fadenenden an einander.

Beim Einführen des Instrumentes ist vor Allem Vorsicht nöthig, dass dasselbe wirklich in den Leistenkanal, nicht ausserhalb desselben unter die Hautdecken geschoben werde, was bei irriger Invagination leicht möglich, und die ganze Operation vereiteln würde.

Nachdem die Compression des Leistenkanals durch eine angelegte *Spica inguinalis* nebst einer gradairten Compresse bewerkstelligt worden, wird das Scrotum mit einem Sprenkissen unterstützt. Der Faden bleibt nun 12 bis 20 Tage liegen, wobei natürlich der Kranke die Rückenlage zu beobachten hat.

Am 3. Tage erscheint in der Umgebung der Ausstichspunkte eine entzündliche Röthung, die in den folgenden Tagen an Ausbreitung und Intensität zunimmt und mit einiger Geschwulst der betreffenden Stellen verbunden ist; zugleich fliessen einige Tropfen röthlich gefärbten Blutwassers ab. Am 5. bis 6. Tage beginnt meist der Eiterungsprocess; zuerst sickern einige Tropfen an dem Faden heraus, später jedoch nimmt er an Quantität zu. Nach Verlauf von ungefähr 20 Tagen hat der Narbenbildungsprocess gewöhnlich eine solche Ausdehnung erlangt, dass man die Fäden entfernen kann. Nachdem die Eiterung völlig aufgehört, findet man den ganzen Bruchgang durch adhäsive Entzündung und in Narbenmasse umgebildete plastische Lymphe geschlossen, was man bei der Mehrzahl an einem den Bruchkanal ausfüllenden Narbenstrange von aussen fühlen kann.

Die Nachbehandlung begreift gehörige Moderation des Entzündungsgrades, Compression des Leistenkanales und Abhaltung von schädlichen Momenten, z. B. Stuhlverstopfung, in sich. Erreicht die Entzündung nicht den gewünschten Grad, so sucht man durch Hin- und Herziehen des Fadens sie zu steigern; man kann auch denselben mit reizenden Mitteln befeuchten (Dr. Gross), im Gegentheil kann man bei um sich greifender pseudoerysipelatöser Entzündung den Faden früher ausziehen, je nachdem es nöthig erscheint. Die Compression des Leistenkanales wird auf beschriebene Weise fortgesetzt, und der Verband, so oft nöthig, erneuert. Die öfters eintretende Stuhlverhaltung bekämpft man mit geeigneten Mitteln.

Was die bei der Operation gebräuchlichen Instrumente betrifft, so kann man sich des von Mösner hierzu angegebenen Instrumentes [2]), oder einer Sonde à dard von Belmas, oder des neuerlich von Gerdy zur Bruchoperation erfundenen Instrumentes bedienen, dessen Beschreibung hier folgt.

Es besteht aus zwei Theilen: 1) Einer sich federnden, an der Spitze doppelt geöhrten, 9 Zoll langen, gegen 3 Linien breiten, platten Troikartnadel mit einem Schieber; dieselbe passt in 2) eine gleich lange, am vorderen Drittheil mässig gekrümmte und auf der concaven Seite mit einer Furche, am hinteren Ende mit einem Griffe von Ebenholz versehene Canüle, welche vom obigen Schieber umgeben ist.

Man kann sich derselben gerade so wie oben beschrieben wurde, bedienen, und ich halte es für das dieser Operation angemessenste Instrument, da man mittelst desselben seiner kurzen Krümmung wegen im Stande ist, mit der Spitze sehr tief in den Leistenkanal gegen die hintere Bruchpforte einzudringen.

[1]) Bis an denselben ganz hin zu gelangen, ist nur bei sehr weitem Bruchgange möglich.

[2]) S. Medicin. würtemberg. Correspondenzblatt. 1845. XV. 19.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Exstirpation einer degenerirten (3¼ Pfund schweren) Parotis.

Ausgeführt vom Wundarzt Collin in Dresden, unter Assistenz des Dr. Aug. Herrmann.

Frau Huhle, 49 Jahr alt, bekam vor 17 Jahren eine kleine Geschwulst unter und hinter dem rechten Ohre in der Vertiefung zwischen dem *Processus mastoideus* und dem Gelenkfortsatze des Unterkiefers. — Bis dahin war sie stets gesund gewesen. — Als sie die runde Geschwulst entdeckte, hatte diese die Grösse einer Haselnuss, war beweglich und ohne alle Empfindung. Sie beachtete diese kleine Geschwulst anfangs nicht, und erst nach ungefähr einem Jahre, nachdem jene die Grösse einer welschen Nuss von mittlerer Grösse erreicht hatte, richtete sie ihr Augenmerk mehr auf selbige, und sie erinnert sich, dass die Geschwulst nach vorn hin zunahm, indem sie theils vor dem Ohre heraufstieg, theils nach vorn hin auf der Backe sich ausbreitete. — Erst nach mehreren Jahren suchte sie ärztliche Hülfe, und aus den wenigen Recepten, welche aus jener Zeit noch vorhanden sind, ersieht man, dass die Geschwulst mit zertheilenden Pflastern und Einreibungen behandelt wurde.

Trotz dieser Behandlung wuchs der Tumor, hatte bereits eine ansehnliche Grösse erreicht und wurde durch sein Gewicht lästig, so dass ihn die Kranke, um den lästigen Zug an der Gesichtshaut zu vermeiden, durch eine Bandage, welche auf dem Kopfe befestigt wurde, unterstützen musste. Jetzt warf sie sich Pfuschern und Magnetiseuren in die Arme, namentlich hatte sie ihr Vertrauen auf einen „Mondschein-Magnetiseur" (welcher in hiesiger Gegend lange sein Wesen trieb) gesetzt, welcher nur bei und in dem Scheine des Vollmondes magnetisirte, dergestalt, dass er den leidenden Theil vom Monde bescheinen liess und ihn dabei mit den Händen strich. — Es half alles nichts zur Verkleinerung des Tumor!

Vor ungefähr 5 Jahren wünschte die Kranke durch eine Operation von der jetzt quälenden und entstellenden Last befreit zu werden, weshalb sie sich an mehrere Chirurgen wendete, von denen aber keiner die Operation wagen wollte, jeder vielmehr ihr aus allen Kräften davon abrieth, „da sie sich dabei verbluten müsse und es ebenso gut sei, wenn sie sich gleich den Kopf abschneiden liesse" und was dergleichen tröstliche Redensarten mehr waren.

Vor 2 Jahren versprach ihr ein Arzt, sie von dem Tumor ohne Operation zu befreien (dieser reichte bereits von dem Zitzenfortsatze bis an den Mundwinkel und hatte ungefähr die Grösse eines kleinen Kinderkopfes) und zwar wollte er dies durch Zertheilung und Resorption bewerkstelligen, wozu er vorzugsweise Jod und Jodkalium äusserlich und innerlich verordnete [1]). Da der Gebrauch des Jod mit dem Jodkalium nach 4 Monaten noch keine Verkleinerung des Tumor bewirkt hatte, so wurde noch *Ung. Neapolitanum* [2]) zugesetzt — zum grössten Nachtheile der Kranken! — Schon nach einigen Einreibungen entzündete sich die den Tumor bedeckende Haut, das ganze Gesicht schwoll bis zur Unkenntlichkeit an, und die Kranke bekam im Tumor selbst, der bis dahin vollkommen schmerzlos gewesen war, die

[1]) Es dürfte nicht uninteressant sein, die dahin abzweckenden Vorschriften hier mitzutheilen:

Rp. Extracti hyoscyami Scrup. β
— *belladonnae*
— *cicutae* āā Gr. iv
Jodi puri Gr. j
Kali hydrojodici Scrup. j
Unguenti Kali hydrojodici Drch. j
— *digitalis* Drch. vj
Camphor. Gr. j
M. f. unguentum.

Gleichzeitig *Rp. Jodi puri* Scrup. ij
Succi liquiritiae Scrup. iv
M. f. pil. Gr. ij. *S.*
Zweimal täglich 3 Stück zu nehmen.

(Diese Pillen konnten freilich nicht lange genommen werden, weil sie „ein fürchterliches Brennen im Munde, Schlunde und Magen" verursachten, und nach einigen Dosen Blasen im Munde entstanden, welche Geschwüre bildeten.)

[2]) *Rp. Jodi puri* Scrup. j
Unguenti Kali hydrojodici Drch. jβ
— *Neapolitani* Drch. j
— *digitalis* Unc. j
— *althaeae* Unc. β
Extracti cicutae
— *hyosc.* āā Scrup. ij
M. f. unguentum.

heftigsten brennenden und stechenden Schmerzen, wobei dieser steinhart wurde. Die Entzündung der Haut ging auf einer grossen Stelle in Eiterung über, wodurch diese in weiter Ausdehnung zerstört wurde. Es dauerte lange, ehe die Entzündung und Eiterung wieder beseitigt war, aber die Kranke hatte nun alle Hoffnung auf Befreiung von ihrem Leiden aufgegeben, weshalb sie auch nichts mehr dagegen anwendete, obgleich sie zu ihrem grössten Schrecken bemerkte, dass der Tumor nach dieser Entzündung schnell an Umfang zunahm und sie seit dieser Zeit oft heftige Stiche in selbigem verspürte.

Da hörte sie eines Tages von der durch Herrn Wundarzt **Collin** kurz vorher glücklich ausgeführten Exstirpation eines (viel kleinern) Tumor, welcher bei einem jungen Mädchen fast an derselben Stelle gesessen hatte, wie bei ihr — es war die degenerirte *Glandula submaxillaris* gewesen — und fühlte dadurch in sich die Hoffnung erweckt, dass auch ihr trotz allen Abrathens von Seiten mehrerer übrigens sehr geschickter Chirurgen durch eine Operation geholfen werden könne.

Nach wiederholter gründlicher Untersuchung erklärte sich Herr **Collin** bereit, die Operation zu verrichten, obgleich er sich die Wichtigkeit und Gefährlichkeit derselben nicht verhehlen konnte. Es war aber die Exstirpation das einzige Mittel, die Kranke von einem in naher Aussicht stehenden elenden Zustande, wenn nicht von einem jammervollen Tode zu retten, denn bereits zeigten einige etwas hervorragende Stellen des Tumor deutliche Fluctuation.

Der Tumor zeigte sich als ein länglich runder, zwar fester doch nicht harter Körper mit etwas höckeriger Oberfläche; auf dieser die bereits erwähnten fluctuirenden Stellen. Er war nur wenig beweglich, die Beweglichkeit war aber doch wenigstens so stark, dass man davon abnehmen konnte, dass er nicht vom Knochen (Unterkiefer) ausging. Sein oberer hinterer Rand lag auf dem *Processus mastoideus*, von da ging er unter dem Ohre hinweg und hatte den untern Theil der Ohrmuschel so nach aussen und aufwärts gedrängt, dass diese fast horizontal vom Kopfe abstand und auf dem Tumor ruhte. Vor dem Ohre wurde er nach oben vom *Processus zygomaticus* begrenzt, stieg von hier schief herab, ging ungefähr einen Zoll vom Mundwinkel vorbei nach dem Kinn, unter diesem reichte er fast bis zur Mittellinie. Von dieser Begrenzung an hing er sackförmig herab und lag, wenn die Kranke den Kopf in senkrechter Richtung hielt, auf der Schulter und dem Schlüsselbein auf. Innerhalb der Mundhöhle war von dem Tumor nichts zu fühlen, man konnte nichts von einer Veränderung bemerken, welche er etwa in selbiger bewirkt gehabt hätte. — Die innere Oberfläche des Tumor stand etwas vom Halse ab. Der Uebergang der Haut desselben in die des Halses fand ungefähr in der Horizontalebene der *Cartilago cricoidea* statt. Ungefähr in der Mitte der äussern Oberfläche des Tumor zeigte sich eine fast die ganze Breite des Tumor einnehmende flache Narbe von unregelmässiger Begrenzung, durch die oben erwähnte Eiterung verursacht; sie sass so fest auf dem Tumor auf, dass die Haut an dieser Stelle durchaus nicht verschoben werden konnte. Auf der ganzen Oberfläche des Tumor zeigte sich ein Netz von erweiterten Hautvenen.

Der grösste Längsdurchmesser des Tumor von oben nach unten betrug 7½ Zoll, der grösste Querdurchmesser von vorn nach hinten 6½ Zoll, der von innen nach aussen 5¾ Zoll, der grösste horizontale Umfang (ziemlich in der Mitte gelegen) 18½ Zoll [1]).

Die Entstehung des Tumor und sein fortschreitendes Wachsthum, so wie der Sitz desselben liess eine Degeneration der Parotis erkennen. (Ob deren Function noch im Gange, oder ob sie gestört, wenn nicht ganz aufgehoben war, liess sich bei dem geringen Capacitätsvermögen der Frau nicht ermitteln; auf in der Wundhöhle angebrachte Reize trat kein Speichel aus dem *Ductus Stenonianus*.

Die Operation wurde am 21. Aug. 1850 vorgenommen. Nachdem die Kranke auf einem Tische gelagert war, wurde unter Beihülfe von 3 Assistenten zur Operation vorgeschritten. Da diese voraussichtlich lange Zeit dauern würde, konnte man nicht daran denken, die Kranke für diese ganze Zeit zu betäuben; sie wurde deshalb nur so lange mit Chloroform betäubt, bis die Hautschnitte gemacht waren.

Durch zwei horizontale [2]) halbmondförmige Hautschnitte wurde die vernarbte Stelle der Haut eingefasst, theils um diese Narbe zu entfernen, theils um später keine zu breiten Hautlappen zu haben. Der obere, wenig nach abwärts gebogene Schnitt fing am Zitzenfortsatze an, ging unter dem Ohrläppchen weg und etwas schief nach abwärts bis an das Kinn und war 8 Zoll lang; der untere, der in den Endpunkten des oberen anfing und endete, war viel stärker nach abwärts gebogen, so dass seine grösste Wölbung an die innere Fläche des Tumor kam, wobei letzterer so viel als möglich aufgehoben wurde, und hatte eine Länge von 13 Zoll, der hierdurch entstandene halbmondförmige Hautausschnitt war an seiner breitesten Stelle 6¼ Zoll breit. Die durch diese Schnitte erzeugte venöse Blutung war sehr stark. — Die Haut des Tumor zeigte sich sehr verdünnt; an manchen Stellen hatte sie bloss die Dicke eines Kartenblattes; an einigen Stellen, namentlich unter der Narbe, sass sie ziemlich fest auf dem Tumor auf, an andern war sie mit kurzem Zellgewebe an selbigen angeheftet. Der Tumor war in eine sehnige Kapsel eingeschlossen.

Zuerst wurde der obere Hautlappen abpräparirt, darauf der untere. Als der Operateur in die Nähe des Grundes des Tumor kam, schnitt er rund um denselben dessen Kapsel durch, um den hintern Theil derselben nach **Dieffenbach's** (Operative Chir. II. Bd. S. 80.) Rathe vom Tumor abzupräpariren und in der Wunde zurückzulassen. Durch ein sehr kräftiges Abziehen des Tumor wurde es möglich, die Gefässe und Nerven des Halses zu vermeiden, trotz dem wurde aber doch ausser kleinen in die Parotis eintretenden Arterien die *Arteria transversa faciei* und die *A. maxillaris inferior* (letztere zweimal) und noch einige kleinere Arterienäste durchschnitten. Bei der Grösse des Tumor, bei der durch die grosse Verdünnung der Haut erschwerten Trennung derselben von dem Tumor, und bei der Gefahr, welche die unmittelbar unter dem Tumor gelegenen Gefässe und Nerven des Halses darboten und der dadurch im höchsten Grade nöthig gewordenen Vorsicht darf es nicht Wunder nehmen, dass die Operation ziemlich eine Stunde dauerte. — Die Kranke hatte viel Blut verloren und war sehr ermattet.

Der blutarme Tumor war von einer weissen sehnigen Kapsel umschlossen, an einigen Stellen waren durch zirkelförmige Sehnenfaserbündel Einschnürungen in demselben bewirkt. Die auf ihm zurückgelassene Hautnarbe sass sehr fest auf und war an einigen Stellen vollkommen mit der Kapsel verwachsen. — Der Tumor bestand aus einer weissen, grau marmorirten festen speckartigen Masse, durch welche hier und da sich Faserbündel hindurchzogen. Im Innern fanden sich mehrere grosse, mit einander communicirende Höhlen, die eine dickliche hellbräunliche Flüssigkeit enthielten. An den Stellen, wo auf der Oberfläche des Tumor sich Höcker zeigten, hatte sich die Aushöhlung näher an die Haut herangezogen, und die Rindenschicht war hier sehr dünn, an der dünnsten Stelle war sie ¼ Zoll dick, während sie an den übrigen Stellen 1¼—2 Zoll dick war. Durch die Höhlen zogen sich unregelmässige und unvollständige Scheidewände von Zellgewebe hindurch. — Das Gewicht des Tumor betrug 3 Pfund 24 Loth.

Bei dem Verbande der ungeheuren Wundfläche schien ein Ueberfluss an Haut stattzufinden, namentlich bildete der untere Lappen eine weite und tiefe Tasche. Man hätte sehr leicht können geneigt sein, einen Theil der Haut wegzunehmen, namentlich ein Vförmiges Stück aus dieser Tasche auszuschneiden, wenn uns nicht die Rücksicht auf die bekannte grosse Contractilität der Haut davon zurückgehalten hätte.

Beide Taschen, die obere wie die untere, wurden stark mit Charpie ausgestopft, und schon am zweiten Tage nach der Operation konnte die Charpie vom zersetzten Blute gelöst zum grossen Theile entfernt werden, am vierten Tage wurde die noch übrige Charpie vom Eiter gelöst vollständig entfernt. Die Entzündung der Wunde und das Entzündungsfieber war in erwünschtem Grade, und die Contractilität der Haut machte sich sehr bald bemerklich; die Taschen zogen sich in der Querrichtung, mehr noch in der Längsrichtung des Halses zusammen, so dass der untere Lappen sogar zu kurz geworden war (obgleich er anfangs viel zu gross zu sein schien), was um so störender war, als er auf keine Weise herbeigezogen und dem oberen Wundrande genähert werden konnte, indem die Heftpflasterstreifen, mit welchen er herbeigezogen werden sollte, über den Kehlkopf zu liegen kamen und dort einen unausstehlichen Druck bewirkten. Es musste deshalb der Kopf durch eine **Köhler**'sche Mütze stark nach der rechten Seite herübergezogen werden. — Eitersenkungen, welche bei der Beschaffenheit des unteren Lappens zu fürchten waren, wurden durch zweimaligen täglichen Verband und genaues Ausstopfen der Höhle mit Charpie verhütet.

Die Verwachsung der Taschen begann naturgemäss im Grunde derselben und geschah so schnell, wie man bei ihrer Tiefe kaum hätte hoffen dürfen. Als die Anheilung der Hautlappen sich der Schnittfläche näherte, faltete sich an den Wundrändern die Haut in mehrere senkrechte Falten, welche die Vereinigung mit dem gegenüberstehenden Hautrande verhinderten; deshalb und um die spätere Narbe gleichförmiger zu machen, wurden die 5 grössten (etwa 1 Zoll langen) Falten nach und nach abgetragen. Die vollständige Vereinigung der Hautränder erfolgte sehr langsam und musste durch tägliches nach-

[1]) Die Durchmesser des (eigenthümlich geformten) Schädels der Kranken sind: der grösste Querdurchmesser 6½ Zoll, der grösste Längsdurchmesser 8¼ Z., der grösste Umfang 23 Z. Man sieht hieraus, dass der Tumor fast die Grösse des Schädels hatte.

[2]) Es könnte auffällig erscheinen, dass die Hautschnitte horizontal und nicht vertical gemacht wurden. Wäre aber letzteres geschehen, so hätte die Hautnarbe nicht so vollständig entfernt werden können, als dies durch horizontale Schnitte möglich war, ausserdem schien die sackförmige Beschaffenheit des Tumor eher horizontale als verticale Schnitte zu verlangen.

drückliches Betupfen mit Höllenstein befördert werden. Im Verlaufe der Vernarbung wurde der untere Lappen dem oberen immer näher gezogen, welches Bestreben der Natur durch senkrecht angelegte Heftpflasterstreifen unterstützt wurde, wodurch der grösste Theil der Narbe trotz des anfänglichen Hautmangels linienförmig geworden ist, bloss unmittelbar vor dem Ohre hat sie ziemlich die Breite von $^1/_4$ Zoll. Sie ist $3^1/_2$ Zoll lang, fängt von der Spitze des *Processus mastoideus* an, geht unter der Insertion des Ohrläppchens weg, etwas schief abwärts bis an den untern Rand der *Maxilla inferior*, geht genau an diesem Rande nach vorn und endigt unter dem zweiten *Dens bicuspidatus.* In der *Fossa zygomatica*, in welche sich ein Horn der Parotis erstreckte, welches den Masseter atrophisch gemacht hatte, ist die Haut eingesunken und bildet eine faltenförmige Vertiefung, welche aber allmälig noch ausgefüllt zu werden scheint.

Die vollständige Vernarbung erfolgte 13 Wochen nach der Operation.

Sogleich nach der Operation war der Mund nach der linken Seite gezogen, welche Stellung er beibehalten hat. Die rechte Hälfte beider Lippen ist vollkommen glatt und etwas schlaff, die linke Hälfte hat kleine verticale Hautfalten. Am deutlichsten zeigt sich die schiefe Stellung des Mundes beim Sprechen und Lachen. Wenn die Frau spricht, so hebt sich die linke Hälfte der Oberlippe stärker als die rechte, das *Philtrum labii superioris* wird noch mehr nach links gezogen, so dass die Frau eigentlich nur mit der linken Hälfte der Lippen spricht. Durch diese schiefe Stellung des Mundes ist ihr das Sprechen etwas erschwert, auch kann sie nur mit Mühe ausspucken. Beim Lachen lacht ebenfalls diese Hälfte des Gesichts allein, während man an der rechten Hälfte nur wenig Veränderung bemerkt. Die Frau kann den rechten Mundwinkel durchaus nicht bewegen, weder zurückziehen noch aufheben. Auch das Gefühl der rechten Gesichtshälfte ist etwas abgestumpft; die Frau sagt, diese Hälfte sei ihr „wie eingeschlafen". Ein leises Kratzen mit einer Nadel, wie es von der linken Hälfte gefühlt wird, wird von der rechten nicht wahrgenommen. Aus dieser halbseitigen Lähmung erhellet, dass Aeste des *Nervus facialis* (wenn nicht der Hauptstamm selbst) und der *Ramus tertius nervi trigemini* zerschnitten worden sind.

Die chirurgische Klinik zu Erlangen im Wintersemester 1850—51.

Von

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt.

Mehrere Radicaloperationen von Hernien mit entschieden günstigem Erfolg fanden gegen Ende des Semesters schnell nach einander statt.

Jacob Stottner, 35 Jahr alt, gut gebaut und gesund, litt seiner Erinnerung nach seit seiner Kindheit an einem Leistenbruch der rechten Seite, zu welchem sich vor etwa 2 Jahren ein gleicher auf der linken Seite gesellte. In den letzten Tagen des März kam er in die Klinik daher mit dem Begehr, an dem Bruch auf der rechten Seite operirt zu werden, der ihn am arbeiten hinderte und durch kein Bruchband mehr gehörig zurückgehalten wurde. Nachdem der Kranke durch Bäder und Klystiere, sowie durch eine magere Diät vorbereitet worden war, so wurde die Operation nach Wutzer und mit dessen von Rothmund verbessertem Instrumente durchgeführt, nachdem der Kranke vorher in Chloroformanästhäsie versetzt war. Als das Instrument bei vollkommenem Wohlbefinden des Operirten 6 Tage gelegen und sich an dem Ausstichspunkt der Nadel ein Tropfen Eiter zeigte, wurde es abgenommen, die sehr gering eiternde Wunde gereinigt, in die Vertiefung, in welcher der Holzcylinder gelegen hatte, ein beöltes Bourdonet eingeführt, der Hodensack durch eine Longuette hinaufgehalten. Der Operirte behielt die Rückenlage im Bett bei.

Ende März erwies die Untersuchung vollkommene Verschliessung des Bruchkanals und Anheftung der Scrotalhaut an dieselbe Stelle, so dass er am 30., mit einem doppelten Bruchband versehen, entlassen werden konnte.

Der zweite Fall betraf einen 35jährigen, kräftigen Bauernsohn, Johann Scharold, welcher, an Leistenbruch beider Seiten leidend, darauf erst bei der militärischen Untersuchung aufmerksam gemacht wurde, und jetzt, da ihm die linke bedeutendere Hernie Beschwerden machte, sich der Radicaloperation unterziehen wollte. Bei der genaueren Untersuchung fand sich in der linken Seite des Scrotums ein härtlicher Körper, etwas kleiner als ein Hoden, aber von Gestalt und Consistenz einem Hoden ganz ähnlich, besonders war auch an der hinteren Seite ein dem Nebenhoden entsprechender Anhang; auch verursachte Druck auf denselben ein gleiches Gefühl wie Druck auf den Hoden, so dass wir also einen Fall von Triorchis vor uns hatten.

Die Operation wurde am 12. März in gleicher Weise durchgeführt, wie im vorigen Falle, der Operirte befand sich bei geringen Schmerzen auch im Allgemeinen wohl. Am sechsten Tage wurde das Instrument abgenommen. Sowohl der Einstich- als der Ausstichpunkt eiterten, die nächste Umgebung beider Punkte war etwas entzündet. Bei täglicher Reinigung und frischem Verbande behielten die Wunden ein gutes Aussehen, die entzündet gewesenen Hautpartien aber stiessen sich nekrotisch ab, und die Heilung ging nur langsam durch Granulation und Eiterung vor sich. Am 24. März klagte der Operirte über Stechen in der rechten Schulter, wobei Fieber vorhanden war. Am 26. war eine Pleuropneumonie des rechten unteren Lappens nachzuweisen. Bei günstigem Verlauf derselben war Mitte April das Allgemeinbefinden des Operirten, so wie der Zustand der Wundstellen so befriedigend, die Verschliessung des Bruchkanals so vollständig, dass er mit einem Bruchband versehen entlassen werden konnte.

Martin Dörfler, ein 38jähriger kräftiger und gesunder Bauer, litt seit 3 Jahren an einer *Hernia inguinalis sinistra*, die ihm bei schweren Arbeiten hinderlich war, daher er sich entschloss, die Radicaloperation an sich vornehmen zu lassen. Am 24. März ins hiesige Hospital aufgenommen, ward er durch ein Bad und Entleerung des Darmkanals vorbereitet, dann nach vorhergegangener Anästhesirung durch Chloroform die Operation vermittelst des Rothmund-Wutzerschen Invaginatoriums vorgenommen. Nur ganz geringe Schmerzen folgten der Verwundung, und zwar waren sie nur auf die verwundeten Stellen beschränkt. Dagegen trat am folgenden Tage Harnverhaltung ein, so dass der Katheter vom 25. bis 28. täglich angewandt werden musste, um die Blase zu entleeren. Am 28. Abends, nachdem er vorher warmen Thee zu sich genommen, gelang ihm die Harnexcretion ohne Kunsthülfe. Am 29. wurde das Instrument abgenommen; die Verwachsung der Theile war gelungen, der Hodensack an der Oeffnung angeheftet, Eiter gar nicht vorhanden. Bei sonstigem Wohlbefinden trat am 31. März und 1. April wieder Harnverhaltung ein, welche die Application des Katheters nöthig machte. Am 3. April verliess der Operirte das Spital vollkommen geheilt.

Thoma Fidel, ein 24jähriger, kräftig gebauter Töpfergeselle war seit zwei Jahren mit einem Leistenbruch der linken Seite behaftet. Im Februar wegen Syphilis ins Hospital aufgenommen, unterzog er sich nach deren Heilung der Radicaloperation, welche am 29. März in derselben Weise, wie bei den anderen angegeben ist, durchgeführt wurde. Die ersten 6 Tage verliefen ohne Schmerz und ohne alle krankhafte Erscheinung. Bei der Abnahme des Invaginatoriums am 6. Tage war die Bruchpforte vollständig geschlossen, und nur der Ausstichpunkt der Nadel eiterte in geringem Grade. Am 9. April konnte der Operirte völlig geheilt die Anstalt verlassen.

J. W., 63 Jahr alt, von seiner frühsten Jugend an gesund und kräftig, seit mehreren Jahren an Arthritis leidend, hatte im Sommer 1850 das Unglück, sich durch einen forcirten Schritt beim Einsteigen in einen Wagen einen Leistenbruch der rechten Seite zu erwerben. Die Bruchpforte erweiterte sich so schnell, dass schon im Winter die Hernie durch kein Bruchband mehr zurückgehalten wurde, daher er sich zur Radicaloperation entschloss, welche am 11. April in der früher angegebenen Weise mit Wutzer's *Invaginatorium herniale*, aber auf den Wunsch des Patienten ohne Anwendung des Chloroform vorgenommen ward. Der Schmerz während der Operation war ganz gering und nur momentan, und steigerte sich auch nachher nicht nennenswerth. Am 14. Morgens hatte der Operirte Schmerz in der grossen Zehe des linken Fusses, welche geröthet und etwas geschwollen war. Indem der Kranke das Bett nicht verliess und *Vin. sem. colch.* nahm, war schon folgenden Tags Schmerz, Röthe und Geschwulst auf ein Minimum reducirt, am 16. ganz verschwunden. Am 17. c. ward das Instrument abgenommen, die Verwachsung war vollständig eingetreten, der Ausstichpunkt eiterte in geringem Maasse. Mit einem Bruchbande versehen, konnte Patient am 22. das Bett, am 26. das Zimmer verlassen und ohne Beschwerden sich bewegen, obgleich der obere Nadelstich noch ein wenig nässte.

Herniotomia.

Katharina Böhmer, 56 Jahr alt, von guter Gesundheit und verhältnissmässig frischem und kräftigem Aussehen, war schon seit mehreren Jahren mit einem Schenkelbruche der rechten Seite behaftet, in welchem sich nach allen Anzeichen ein Stück Netz befand. Am 23. März soll sich nach ihrer Angabe der Bruch vergrössert haben und empfindlich geworden sein. Am folgenden Tage trat mit Appetitmangel, Kopfweh und Uebelkeit Erbrechen ein. Gegen die vorhandene Verstopfung wurden Calomelpulver und ein Klystier ohne Erfolg angewandt.

Am 24. war die Geschwulst kleiner, wenig empfindlich, dagegen der linke, obere Theil des Unterleibs bei Druck etwas schmerzhaft. Brechen noch zugegen, Oeffnung nicht erfolgt. Es ward *Ol. ricini*

gereicht. Erbrechen des Ricinusöl und fäculenter Massen. Am 25. hatte die Hernie an Grösse zugenommen, war sehr empfindlich, gab in ihrem ganzen Umfang einen dumpfen Percussionston. Dabei fäculentes Erbrechen, Durst, Brennen im Magen und den Oesophagus entlang, Leibschmerz, Angstgefühl, Collapsus des Gesichts, Puls klein und mässig langsam. Da ein allgemeines Bad, das Ansetzen von 12 Blutegeln um die Geschwulst, so wie Repositionsversuche bei Chloroformanästhäsie die Zurückbringung einer offenbar eingeklemmten Darmschlinge nicht ermöglichten, so wurde zur Herniotomie geschritten. Im Bruchsacke befand sich keine Flüssigkeit, eine sehr bedeutende Partie fettreichen Netzes und ganz nach hinten gedrängt eine etwa $3\frac{1}{2}$ Zoll lange, rothbraun aussehende Darmschlinge, deren Reposition nach einer geringen Erweiterung des Bruchkanals durch den Schnitt sogleich gelang. Ein Theil des Netzes wurde repouirt, ein Theil mit der Scheere abgetragen und der Rest als Obturatorium au und vor dem Bruchkanal zurückgelassen, hierauf die äussere Wunde mit 5 Knopfnähten vereinigt, die Operirte zur Ruhe gebracht und kalte Ueberschläge angeordnet. Auf ein zur Hälfte aus Oel bestehendes Klystier bekam die Kranke sogleich eine dünne Oeffnung, und im Verlaufe der nächsten Stunden noch 3 ziemlich copiöse Entleerungen. Die Schmerzhaftigkeit des Leibes war ganz gering, auch an der Operationsstelle nur mässig. Der Puls hatte sich gehoben, war voller, frequenter, das Aussehen belebter, das Allgemeingefühl gut, der Durst noch stark aber weniger peinigend. Mandelmilch, die sie als Getränk erhielt, ward gut vertragen. Nach einer ziemlich guten Nacht stellten sich gegen Morgen heftige Schmerzen im Unterleib mit Angstgefühl, Hitze, hartem und frequentem Puls ein. Daher eine Vene geöffnet und die allgemeine Depletion durch eine örtliche Blutentziehung vermittelst auf das Abdomen applicirter Blutegel unterstützt ward. In der Nacht mehrere Stunden Schlaf, Remission aller Symptome am folgenden Tage. Ohne Klysma erfolgte eine Stuhlentleerung von normaler Beschaffenheit.

Am 28. wurden die Nähte gelöst. Man fand die äussere Wunde ziemlich vereinigt; etwas gut aussehender Eiter wurde durch Druck aus dem Innern derselben entfernt; dieselbe Reinigung täglich vorgenommen, wobei sich die Kranke mehrere Tage hindurch leidlich gut befand. Am 5. und 6. April traten Fieberbewegungen auf, der Appetit schwand wieder gänzlich, der Durst vermehrte sich, die noch vorhandene Geschwulst in der Leiste nahm an Umfang und Empfindlichkeit zu, die Haut über derselben wurde roth und heiss. Schmerzen zogen sich von da aus in den Schenkel hinab und nach oben in das Abdomen. Auf dieses wurden 15 Blutegel gesetzt. Am 7. war Eiteransammlung an der Innenseite der Geschwulst nachweisbar, daher daselbst eine Incision gemacht und etwa 2—3 Unzen gut aussehenden Eiters entleert und einzelne abgestorbene Partien Netzes entfernt wurden. Oertliche Erleichterung, das Allgemeinbefinden dasselbe. Am 8. April wurde auch auf der äusseren Seite der Geschwulst ein Abscess von ähnlicher Beschaffenheit geöffnet, und noch am selben Tage Abends trat in dem Befinden der Kranken Besserung ein. Indem nun täglich durch Druck und Ausspritzen die Abscesse von Eiter gereinigt, und nekrotische Netzpartien abgetragen wurden, sank die Geschwulst zusammen, begannen die Wunden sich durch reiche Granulationen zu schliessen, kehrten Appetit, Nachtruhe und Kräfte der Patientin allmälig zurück. Am 18. konnte sie zum ersten Male aufstehen und erhielt von nun an allgemeine Bäder, so wie eine kräftigere Kost. In den letzten Tagen des Monats April konnte die Operirte entlassen werden, da die Wunden so ziemlich geheilt und das Gesammtbefinden befriedigend war.

Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien.

Von

Professor Dr. Sigmund.

(Fortsetzung aus No. 26.)

B. Primär syphilitische Geschwüre mit ihren Folgeleiden bei Weibern kamen vor:

Geschwüre an den Geschlechtstheilen		156
Geschwüre neben und auf breiten Condylomen		94
Adenitis inguinalis mit und nach Geschwüren, links	20	
rechts	24	62
beiderseits	18	
Adenitis inguinalis mit gangränöser Zerstörung der umgebenden Gewebe		8
Gesammtsumme		320

Hinsichtlich der Orte des Vorkommens wurden 25 Mal Geschwüre an der Vaginalportion des Uterus, 12 Mal an dem Anus und 22 Mal in der Urethra, 1 in der Vagina selbst gefunden. Man zählte unter die Geschwüre an dem Scheidentheil nur ganz entschiedene Zerstörungen des Gewebes, mit mehr oder minder reichlicher Exsudatbildung, scharf abgesetzten und ausgenagten Rändern, schmutzigem Grunde, wobei häufig ähnliche Geschwüre an den äusseren Genitalien noch bestanden oder bestanden hatten, häufig isolirte Leistendrüsenanschwellungen zugegen waren, und die Wahrscheinlichkeit anderweitiger, in der Form ähnlicher Erkrankungen ausgeschlossen war. Wo das Zusammentreffen dieser Haltungspunkte mangelte, legten wir auf die Diagnose keinen Werth; gleiche Ansichten leiteten bei jener der Geschwüre um den After (wo bekanntlich Risse und Schrunden häufig sind und ein sehr unreines Aussehen gewinnen) und in der Harnröhre. Die oft ungeheure Ausbreitung der Geschwüre am Scheideneingange, besonders an der unteren Vereinigung der Schamlippen, war in der Mehrzahl der Fälle bedingt durch Entzündungen der Schleimbeutel, welche, geborsten oder künstlich eröffnet, das Gewebe blossgelegt hatten, und von nahen, meistens gegenüberliegenden Geschwüren sofort eingeimpft wurde; ähnliche Zerstörungen gingen um die Harnröhre herum vor sich, so zwar, dass die ganze Harnröhre vom Schoossbogen abgelöst dalag (2 Fälle). Nicht selten war durch den vorausgegangenen Geburtsakt ein grosser Theil der Schleimhaut auf den Fransen des Hymens, auf der Harnröhre, auf den kleinen Schamlippen zerdrückt; dadurch waren breite eiternde Flächen gebildet worden, welche, von nahen kleinen Geschwüren eingeimpft, zu überaus grossen wurden; dasselbe geschah bei Einrissen in den Damm, welche aber auch häufig als syphilitische Geschwüre fälschlich bezeichnet, der Anstalt zukamen. — Ueber die Dauer der Geschwüre erlangte man von den Weibern noch weit weniger zuverlässige Auskunft, als von den Männern, ja die grösste Mehrzahl wusste angeblich von deren Bestehen nichts. — Von der Behandlung gilt im Wesentlichen das bei den Geschwüren der Männer Angeführte.

Auffallend ist die verhältnissmässig geringe Zahl von Drüsenentzündungen bei den Weibern (62:320) gegenüber der Zahl derselben bei den Männern (243:483). Abgesehen von den anatomischen Gründen, welche man zur Erklärung dieser Beobachtung anführen mag, ist es sicher, dass die Weiber frühzeitiger Hülfe in der Anstalt suchen, seltener bei Quacksalbern und Marktschreiern Monate verbringen, wie dieses die Männer thun, und dass die Weiber verhältnissmässig reinlicher und folgsamer während der Behandlung sind, als die Männer; lauter Umstände, welche das Zustandekommen der Drüsenentzündungen wesentlich vermindern, die Heilung bereits entstandener begünstigen helfen. — In der Behandlung derselben wurde man von denselben Grundsätzen geleitet, welche bei den Männern Anwendung fanden, so auch bei den verhältnissmässig wenigen Fällen von Gangrän der die Drüsen umgebenden Gewebe.

Hinsichtlich der breiten Condylome, auf und neben welchen Geschwüre sich vorfanden, berufen wir uns auf das unter II. A. Angeführte; von den Aetzmitteln, die wir dort bezeichnet haben, machte man auch hier Gebrauch. Sobald unsere Beobachtungen zahlreich und umfassend genug sind, werden wir von denselben weitläufiger sprechen.

III. Secundäre syphilitische Erkrankungen [1]) traf man bei 118 Männern und 123 Weibern, mithin zusammen bei 241 Individuen, und zwar:

	Männer	Weiber	Zusammen
Geschwüre am Gaumen und an den Rachentheilen	50	57	107
Geschwüre auf der Nasenschleimhaut allein	1	—	1
Geschwüre auf der äusseren Haut	5	8	13
Flecken	21	11	32
Schuppen	23	24	47
Knötchen (Papeln)	6	4	10
Pusteln	—	8	8
Hauttuberkel	1	—	1
Knochen- und Beinhautentzündung	9	11	20
Iritis	2	—	2
Summe	118	123	241
Es wurden secundär syphilitisch in Folge der			
1. Erkrankung	52	61	113
2. Erkrankung	41	39	80
3. Erkrankung	14	17	31
4. Erkrankung	8	4	12
5. Erkrankung	2	2	4
6. Erkrankung	1	—	1

[1]) Die Benennung „tertiär syphilitisch" haben wir als grund- und zwecklos nicht angenommen.

Der Zeitraum, welcher von den Kranken angegeben wurde als zwischen dem Auftreten der primären Erkrankung bis zu jenem der secundären verstrichen, wurde von sehr vielen Kranken unzuverlässig angegeben; nicht einmal die Hälfte Aller gab befriedigende Auskunft; nach diesen jedoch betrug jener Zeitraum niemals weniger als 6 Wochen und erstreckte sich bis auf 4 Monate. Nur in 3 Fällen wurden 2, in einem Falle 10 Jahre als Zwischenraum bezeichnet; es ergaben sich jedoch erhebliche Gründe des Zweifels an solchen Angaben, und gerade in letzterem Falle hatte sich der Kranke mit abwechselnden, aber ununterbrochenen Erkrankungen verschiedener Systeme und Organe langsam dahingeschleppt, ohne jemals gründlich behandelt und genesen zu sein (secundäre Rachengeschwüre, Hautgeschwüre, Arthrophlogosen, Myositis, Periostitis und Ostitis). — Die Beinhaut- und Knochenleiden betrafen am häufigsten die Schien- und Schädelbeine, dann die Ellenbogenknochen, 2 Mal die Rippen, 1 Mal das Schulterblatt sammt dem Schlüsselbein, 2 Mal die Nasenknochen, 2 Mal die Oberarmbeine. Abscessbildung auf der Beinhaut sahen wir 5 Mal, Verschwärung und Exfoliation der betroffenen Knochentheile 6 Mal (am häufigsten an dem Stirn- und Seitenwand-, dann am Schienbein). Fünf Kranke kamen mit Zerstörungen der Knochen und Knorpel der Nase in die Anstalt, an denen keine Spuren einer ulcerösen primären oder anderweitigen secundären Erkrankung wahrnehmbar, bei 3 Männern bloss Blennorrhöen der Harnröhre, bei 2 Weibern der Scheide zu ermitteln gewesen sind; eine weitere Nachforschung liess die Entstehung dieser Zerstörungen bis in die Kinderjahre verfolgen, und bei dreien der Kranken war ausgesprochener skrophulöser Habitus zugegen. Wir haben diese Fälle auch nicht in die Kategorie der secundären Syphilis eingereiht. — Bemerkenswerth ist es, dass die schwersten secundären Erkrankungen meistens aus den Provinzen des Staates, oft aus sehr entfernten, zuwachsen: die Mehrzahl Solcher aus Ungarn, Galizien und Böhmen.

Die Verbindungen gleichzeitig vorkommender secundärer Formen unter einander waren sehr mannigfaltig; in der Aufeinanderfolge ihrer Entwickelung herrschte zwar eine gewisse Regelmässigkeit: primäres Geschwür, meistens noch sichtbare Narbe, Drüsenentzündung mit bleibender Härte mehrerer derselben, Hautleiden, Rachengeschwüre, Nackendrüsengeschwulst, Knochen- und Knorpelleiden, Iritis; indessen zählten wir mehrere Fälle, in denen Muskel- und Gelenkleiden, Beinhaut- und Knochenleiden unmittelbar den primären Geschwüren folgten, während Drüsen und Haut wenig oder gar nicht Theil nahmen.

Die Verbindung der secundär syphilitischen Leiden mit der Tuberkulose, dem Scorbut, der Chlorose und dem Mercurialsiechthum waren sehr häufig; beinahe eben so häufig die Verbindung jener Leiden mit der körperlichen Verkommenheit in Schmutz und Unfläthigkeit, wofür es keinen Namen giebt. Reinigung und Reinlichkeit, kräftigere Ernährung und Erholung waren daher oft die dringendste Aufgabe, an welche erst die Darreichung von Arzneimitteln gereiht werden konnte. Torpide Drüsenleiden und Erkrankungen der äusseren Haut allein, oder in Verbindung mit Gaumen- und Rachenschleimhaut und mit Geschwüren auf der Nasenschleimhaut, vorausgegangene übermässige und fruchtlose Anwendung des Quecksilbers und Mercurialsiechthum gaben die Anzeige ab für den innerlichen Gebrauch des Jodkali (12–20–30 Gran in 3 Unzen dest. W. Vormittags genommen); Auftreten dieser Leiden mit Scorbut und Chlorose bestimmte zu dem Gebrauche des Jodeisens (meistens *Syr. ferri jodati*); Geschwüre auf den Gaumen- und Rachentheilen mit hartnäckigen, zahlreichen (Leisten-, Schenkel-, Achsel- und Nacken-) Drüsenleiden wurden mit einer jedem Falle angepassten Schmierkur, und in einzelnen (wenigen) Fällen mit dem *Protojoduretum hydrargyri* behandelt; bei ausgebreiteter Periostitis und Ostitis, ohne Eiterbildung, und bei den jene Entzündungen begleitenden Leiden der serofibrösen Partien wurde kräftigen und mit guten Verdauungswerkzeugen ausgerüsteten Personen der Sublimat (in Pillen mit *Pulv.* und *Extract. liquir.* zu $^1/_{16}$–$^1/_8$ Gr. 2 Mal täglich, selten in wässriger Lösung 1 Gr. auf 4–6 Unzen dest. W.) gereicht; in gleichen Fällen bei minder kräftigen Kranken, bei schwachen Respirations- und Digestionsorganen, bei Muskel- und Knochenschmerzen, dann bei Iritis die speciell angepasste Schmierkur verordnet. Bei sehr ausgebreiteten Schuppen-, Papeln- und Pustelbildungen gebrauchte man Sublimatbäder (2–4, höchstens 6 Drachmen in einem Bade von 4 Eimern, worin vorher ein Pfund Salz aufgelöst worden war) und Waschungen mit Sublimat (5–10 Gr. auf 1 Unze dest. W.), oder mit dem *Liquor Natri chlorati*, seltener mit Jodkalilösung (10 Gr. auf 1 Unze Wasser), weil sie auch weniger leistete, als die beiden vorerwähnten Flüssigkeiten. Die Behandlung der Exantheme überhaupt wurde gefördert durch häufige laue Bäder, Dunstbäder und kalte Abwaschungen, nach welchen letzteren die Kranken, in Decken fest eingewickelt, mehrere Stunden lang täglich schwitzen mussten.

Obwohl der begleitende Scorbut zuweilen zur zeitweisen Anwendung der Mineralsäuren (*Acid. nitr.* und *sulph.*), der bitteren Mittel, der Eisenpräparate (verbunden mit Waschungen mit Essig und Bierhefen) bestimmte, so haben wir von diesen Mitteln allein dennoch niemals die Heilung secundärer Syphilis erfolgen gesehen. Das *Ol. jecoris Aselli* allein und mit Jod kam gleichfalls in Gebrauch, zumal bei Tuberkulose und tief gesunkener Ernährung; das letztere Mittel verdient fernere Prüfungen. — Von den sogenannten Holztränken allein haben wir der geringen Wirksamkeit wegen nur selten, und von dem *Decoct. Zittm.* nur bei leichten Hautkrankheiten, zuweilen mit Erfolg, Gebrauch gemacht. Für seine häufige Unzuverlässigkeit erschien uns dieses Mittel, zumal gegenüber anderen schneller wirksamen, und für die Spitalpraxis viel zu kostbar. — Von dem, in einzelnen sehr vernachlässigten Fällen von Rachen- und Knochengeschwüren versuchten *Murias Auri natr.* beobachteten wir keine günstigen Erfolge.

Bei Rachengeschwüren, insbesondere bei jenen des Gaumens, wurden hier die Ränder, dort der Grund von Zeit zu Zeit oberflächlich geätzt, meistens mit *Nitras argenti fusus*, seltener mit *Murias hydrarg. corros.* (3–5 Gr. in Wasser gelöst auf $^1/_2$ Unze Syrup), Jodtinctur, mit Salzsäure und Jodkalilösung (10 Gr. Jodkali, 1–2 Gr. reines Jod auf 1 Unze dest. Wasser). Dabei wurden Mund- und Gurgelwässer verordnet von Lösungen des *Alumen crudum* ($^1/_2$–1 Drachme auf 1 Pfund Wasser), *Chloras Kali* (1–2 Drachmen), *Chloras Natri* ($^1/_2$ Unze), *Acid. muriat. dilut.* ($^1/_2$ Unze), Jodkali (10 Gr. auf 2 Unzen Wasser), Sublimat (1–2 Gr. auf 6 Unzen Wasser). *Alumen crudum* und *Chloras Kali* und *Natri* behielten den Vorzug. — Bei grossen Schmerzen an Exsudaten der Periostitis gewährten theils Blasenpflaster, theils Einpinselungen mit Jodtinctur, auf die schmerzhafte Stelle angewendet, rasche Linderung. — Die auf der äusseren Haut sich entwickelnden Geschwüre vernarbten meistens bei innerer Behandlung, nur in einzelnen Fällen beförderte man die Abstossung zerfallener Gewebe und bildungsunfähiger Exsudate durch oberflächliche Aetzungen (*Nitras argenti fusus*, Jodkalijodlösungen, Jodtinctur, *Murias Zinci*, *Liquor Natri chlorati*). — Den sehr langwierigen, einzigen Fall von ausgebreiteter Tuberkulose auf der Beinhaut, im Zellgewebe und in der Haut sahen wir heilen während dem Gebrauch des Jodkali, nachdem die Tuberkel erweicht, das umgebende Gewebe theilweise mit zersetzt und sammt jenem abgestossen worden war. Durch oberflächliche Aetzungen auf neu infiltrirten Hautstellen (mit Silbernitrat- und Sublimatlösungen) glauben wir (durch rasche Schorfbildung) den Verlauf abgekürzt zu haben.

Die Dauer der Behandlung betrug:

5 Wochen . . .	in 51 Fällen
6 Wochen . . .	in 47 Fällen
2 Monate . . .	in 57 Fällen
3 Monate . . .	in 36 Fällen
4 Monate . . .	in 11 Fällen
5 Monate . . .	in 19 Fällen
6 Monate . . .	in 3 Fällen
7 Monate . . .	in 4 Fällen
8 Monate . . .	in 3 Fällen
9 Monate . . .	in 5 Fällen
1 Jahr	in 4 Fällen
Mehr als 1 Jahr . .	in 1 Fall
	Summe 241 Fälle.

Vorausgegangene fruchtlose oder unvollständige Heilungsversuche mit einem sonst bewährten Mittel haben uns nicht abgehalten, wo es angezeigt war, dasselbe neuerdings in Anwendung zu bringen; denn eine minder sorgfältige Ueberwachung der nothwendigen Vorsichtsmassregeln, Widersetzlichkeit der Kranken, Aengstlichkeit derselben und der Aerzte vereiteln bekanntlich manche Behandlung secundär-syphilitischer Krankheitsformen. Diesem Verfahren danken wir auch in diesem Jahre die — oft ziemlich rasche — Herstellung von Kranken, welche oft mit dem ganzen Vorrathe der sogenannten Antisyphilitica bisher nicht geheilt worden waren. Andererseits sind durch die ungünstigen Verhältnisse der Abtheilung manche Heilungsversuche bald gestört und unterbrochen, bald ganz vereitelt worden. In einzelnen Fällen schlug aber, selbst bei ziemlich guter Pflege, die rationell und empirisch begründete Heilmethode den Kranken so übel an, dass wir zu deren Aufgeben genöthigt waren; namentlich gehören hierher drei (vorher nicht mit Mercurialien behandelte) Fälle von ausgebreiteten Verschwärungen an den Nasenknochen, im Gesichte, an den Schädelbeinen und im Muskelgewebe des linken Sternocleidomastoideus, bei denen die Anwendung der Schmierkur (2 Mal) und des Corrosivs (1 Mal) die Zerstörungen auffallend begünstigte, das darauf gereichte Jodkali in zwei Fällen, der Jodeisensyrup aber im dritten ziemlich rasche Heilung herbeiführten — Vorgänge, die eben bei diesen Kranken stattfanden, während kurz vorher und kurz nach denselben mehrere (annäherungsweise ähnliche) Fälle gerade mit Mercurialien sehr rasch erfolgreich behandelt worden sind.

Schliesslich folgt noch die **allgemeinste Uebersicht der wichtigsten Arzneimittel**, welche im Laufe des Jahres 1850 in Anwendung kamen. Es erhielten:

	Männer	Weiber	Zusammen
A. Querksilberpräparate innerlich	23	5	28
B. Quecksilberpräparate äusserlich . . .	220	277	497
C. Jodpräparate innerlich	126	66	192
D. Quecksilber- und Jodpräparate innerlich .	60	45	105
E. Eisen-, China-, bittere Präparate, Mineral- und vegetabilische Säuren, Leberthran u. s. f. innerlich	104	51	155
	533	444	977
F. Ausser diesen kamen verschiedene äusserlich angewendete Mittel vor bei . . .	630	365	995

Die **Kosten der Arzneimittel** hatten sich im Jahre 1849 durchschnittlich auf 51 Kreuzer C.-M. für das Individuum gestellt; unserm annähernden Voranschlage nach dürften diese Kosten auch im Jahre 1851 nicht höher steigen.

Unter den Quecksilberpräparaten (A.) sind im Laufe des Jahres 1851 innerlich beinahe nur das *Protojoduretum hydrargyri* und der Sublimat, von den Jodpräparaten am häufigsten das Jodkali, dann das Jodeisen, meistens in Syrup, verordnet worden. Die (27 Mal gemachten) Schmierkuren sind unter der Rubrik der äusseren Anwendung der Mercurialen (B.) eingerechnet; die grosse Zahl der **äusseren Anwendung** dieser bezieht sich übrigens auf die Einreibungen der grauen Salbe und der Protojoduretsalbe bei Drüsenentzündungen, auf die Benetzung der Condylome mit Lösungen von Sublimat in Weingeist, die Waschung der exanthematischen Stellen mit denselben in Wasser, auf die Bäder mit Sublimat; endlich die Lösung des salpetersauren Quecksilbers (bei Condylomen und bei Geschwüren), sowie das rothe Quecksilberoxyd in Salbenmischung bei Geschwüren u. s. f.

Die Fälle, in denen die **Kranken nicht syphilitisch** waren, jedoch dafür gehalten worden waren oder selber sich dafür hielten, sind in einer früheren Uebersicht gesondert verzeichnet; hemerkenswerth sind die **Leistendrüsenentzündungen**, einigemal hedingt durch Verletzungen an den Füssen und Schenkeln, ferner durch Skrophulose. Einer jener Fälle kam sogar zu gerichtlicher Verhandlung, und es bedurfte einer ausreichenden Begründung, um den Kranken vor Unrecht zu bewahren. — Die Fälle von **eingebildeter Syphilis** bezogen sich auf vorhergegangene primäre Leiden, und zwar bei ohnehin melancholischen und hypochondrischen Individuen, denen keine der angestellten Behandlungen energisch und durchgreifend genug gewesen war. Die Lesung einschlägiger Bücher, besonders sogenannter populärer, hatte Mehreren derselben die ohnehin schwache Urtheilskraft über ihren Zustand benommen. Zwei dieser Unglücklichen heilten wir durch die methodische Anwendung des kalten Wassers mit Einwickelungen in Decken, in denen sie peinvoll schwitzten und diese Pein mit Freude hinnahmen. — Sonderbarer Weise haben wir bisher nur Männer mit solchen Einbildungen — psychisch krank — gesehen; das sonst an Phantasie reichere und in allen Windungen der Täuschung wohlgeübte Weibergeschlecht giebt sich vielleicht dergleichen Selbstquälereien gar nicht hin! (Schluss folgt.)

Aus der medicinischen Klinik des Dr. A. Siebert in Jena.

Pneumonie.

Fall I. J. G. Maier (26 Jahre alt, Dienstbote aus Jena, aufgenommen den 11. Febr. 1851) wurde gestern plötzlich von Kopfschmerz, Schüttelfrost, Schwerathmen und Druck in der rechten Brust befallen. Ein mässiger Grad von Fieber, hier und da etwas kurzes trockenes Hüsteln, geringe Dämpfung der unteren rechten Brust bis über die Brustwarze herauf. Oben Supplementärathmen. Im Herabrücken werden die Athemzüge immer undeutlicher vernommen, es ist nur anhaltendes, durch die Inspiration nicht unterbrochenes Murmeln vorhanden; ganz unten verschwindet auch dies, und man hört nur schwachen und entfernten Bronchialhauch; nirgends ein Rasselgeräusch.

Es ist das erste Stadium einer Pneumonie, das hyperämische oder das Stadium der blutigen Obstruction. Wir säumen nicht, der herannahenden wirklichen Stase zu begegnen durch Mittel, welche uns bei der Individualität und dem übrigen Gesundheitszustande des Kranken nicht verboten sind.

Ord.: Venaesection von 12 Unzen. Hierauf stündlich $^1/_4$ Gran Brechweinstein.

Manche unserer medicinischen Matadore sind bisweilen launig, kindisch, thöricht, wie dies politisch hervorragenden Männern auch passirt. Das hat das Unangenehme, dass das aufhorchende Publicum die Thorheiten nachplappert und nachmacht. Als **Frieke** in Hamburg und **Wilhelm** in München vor 20 Jahren ausriefen: „Nun wird kein Gran Mercur mehr gegen die Syphilis gegeben!" da hielten sich die Meisten für Unfashionable, wenn sie noch einmal diesen alten treuen Diener eines Blickes würdigten. Als die modernen Wiener Therapeuten, die meinetwegen alles Vortreffliche, nur keine Therapeuten sind, ausriefen: „Fort mit dem Schnepper, die Blutentziehung kann nichts nützen, die Stase geht doch ihren Gang, den sie einmal eingeschlagen hat" — da warf Jeder, der sich in der guten Societät erhalten wollte, flugs seine Löschmaschinen in's Feuer, und lächelte über den alten Plunder zurückgebliebener Aderlässer und der Brech- und Laxirdoctoren. Jetzt freilich lehrt die Noth bisweilen wieder beten, und sie fangen hier und da wieder an zu ordiniren, wie weiland die Feldscheerer und Doctores Recipe.

Ich lebte früher unter Aerzten, von welchen ein grosser Theil der von **Adalbert Marcus** etablirten hohen Antiphlogose huldigte. **Marcus** wurde durch die häufigen encephalitischen Erscheinungen, die den Kriegstyphus begleiteten, dazu bestimmt; aber viele seiner Schüler liessen noch Jahrzehnte lang nachträglich das Blut ihrer Patienten in Strömen fliessen. Ich bekam einen gehörigen Abscheu vor dieser Verschwendung, musste Sorge tragen, nicht in das Gegentheil eines eigensinnigen Blutgeizes umzuschlagen, und halte es bis auf den heutigen Tag für ungemein albern, ein Triumphgeschrei darüber zu erheben, dass man listig und kühn eine Aderlässe umgangen, und den Patienten **doch** kurirt habe, wo dieselbe das Uebel hätte abkürzen können und nicht der geringste dauernde Nachtheil für den Kranken daraus entsprungen wäre.

Eine wirkliche Stase, d. i. Stehenbleiben des Blutes in den angefüllten Capillaren, beseitigt man allerdings nicht, und die Transsudation geht ungehindert ihren Gang, es kann aber durch die unnütze Blutvergeudung Erschöpfung und der Tod herbeigeführt werden. Indessen geht der Stase stets ein hyperämisches Stadium voraus, in welchem die Capillarwände ihre Widerstandsfähigkeit gegen den Blutdruck verloren haben und das Blut die Haargefässe strotzend anfüllt, aber es ist noch in Bewegung, es circulirt noch. Die Gefässe könnten wohl ihre Contractilität wieder gewinnen, allein die Blutanhäufung lässt dieselbe nicht aufkommen, und nun ist der Zeitpunkt, wo durch Verminderung der gesammten Blutquantität auch eine Verminderung der örtlichen Anhäufung erzielt, und den befallenen Capillaren die Möglichkeit gegeben wird, ihr Contractionsvermögen zu üben.

Wenn aber auch schon Stase eingetreten ist, so geschah dies nicht auf allen Punkten zugleich; in einer Partie nach der andern stockt das Blut; in einer Partie beginnt bereits die Transsudation, in den anderen circulirt das Blut noch. Auch in solchen Fällen können Blutentziehungen das Weiterumsichgreifen der Stase verhüten, und man hat es nun mit einer geringeren Menge Entzündungsprodukt zu thun, von welchem man ausserdem die volle Lage erhalten hätte. Die Aderlässe kann die Hyperämie coupiren, d. h. sie nicht zur Stase werden lassen, die beginnende Entzündung aber beschränken.

Den 12. Febr. Der Kranke hat einmal erbrochen und viel geschwitzt. Der Athem ist langsam, das Oppressionsgefühl beinahe verschwunden, der Puls ruhig. Das Inspirationsgeräusch ist um mehrere Zoll weiter herab deutlich als gestern, nur in der untersten Partie noch unbestimmt.

Patient erhält noch zwei Tage lang stündlich $^1/_8$ Gr. *Tart. stib.* Am 17. Febr. wird er gesund entlassen.

Fall II. J. G. Nürnberger, 25 Jahre alt, Dienstbote, aufgenommen den 12. Febr. 1851. Die Krankheit begann vorgestern mit Schüttelfrost, Kopfschmerz, Gefühl von Schwere in der Brust, trockenem Hüsteln, Fieber. Beide untere Brustgegenden haben gedämpfte Resonanz, rechts stärker als links; die Athemzüge undeutlich, theils anhaltendes Murmeln, theils schon Bronchialhauch. Puls 100.

Wir versuchen es, wie in dem gestrigen Falle, der heranuahenden doppelten Lungenstase zu begegnen. Venaesection von ℥xij. Stündlich $^1/_4$ Gr. *Tart. stib.*

Den 13. Febr. Die linke Brust ist vollkommen frei, aber rechts ist der Percussionston matter als gestern; schon an der Brustwarze verliert sich das Vesiculärathmen ganz, der Bronchialhauch ist stärker, und hinten an der Spitze der Scapula stellt sich feines Knistern ein. Die rechtsseitige Stase hat sich entwickelt.

Beim Gebrauch des Brechweinsteins ist es nothwendig, alle Symptome in's Auge zu fassen, und genau diejenigen, welche durch das Mittel hervorgebracht wurden, von jenen, welche der Krankheit angehören, zu trennen. Der Brechweinstein ist ein herrliches Mittel, kann aber in den Händen des Unkundigen verderblich werden.

Der Kranke hat seit gestern 5 Gran verbraucht, nicht gebrochen, nicht abgeführt, nicht geschwitzt, und der Puls hat sich um 20 Schläge in der Minute vermehrt. Diese Erscheinungen verbieten die Fortsetzung des Mittels geradezu. Mit dem Brechweinstein lässt sich nichts forci-

ren. Wir lassen dem Kranken noch eine Aderlässe von 10 Unzen machen und geben ihm zweistündlich 2 Gr. Calomel.

Die Kriterien für oder gegen den Fortgebrauch des *Tart. stib.* in der Pneumonie sind folgende: Entweder erfolgt Erbrechen, Durchfälle und Schweiss, oder nur das Eine oder das Andere, wobei sich in der Regel die Respirationserscheinungen mildern und das Fieber ermässigt. In diesem Falle kann man das Mittel mit Vortheil fortsetzen. Erfolgt kein Erbrechen, tritt sogar Stuhlverstopfung ein, und bleibt die Haut heiss und trocken, dann wird man auch sehen, dass die Pneumonie nicht abgenommen und die Zahl der Pulsschläge in der Regel bedeutend zugenommen hat. Bei solchen Umständen darf der *Tart. stibiatus* nicht fortgegeben werden, es würde nur zum Nachtheil des Kranken sein.

Ich vermuthe, dass der Brechweinstein bei den meisten Individuen ein kräftiges Reizmittel für die Ausbreitungen des *Nervus vagus* im Magen ist, dass er dagegen bei anderen Individuen, oder weil die Dosis für diese Individuen zu hoch gewählt wurde, die gegentheilige — eine lähmende Wirkung hervorbringt. Die Fasern, welche sich im Magen, und diejenigen, welche sich in den Lungen ausbreiten, treffen im Centrum zusammen, und der Zustand, in welchen die Thätigkeit der Fasern des Magens versetzt wurde, wird auf die Fasern der Lungen übergehen. Reizung des Vagus wird die Resolution, Lähmung desselben die Zunahme der Lungenstase begünstigen [1]).

Den 14. Febr. Der heutige Zustand ist befriedigend. Es sind grüne, breiige Stühle eingetreten; der Puls hat sich um 8 Schläge vermindert. Die Geschwindigkeit des Athmens hat nicht zugenommen, der Husten fördert leimfarbige Sputa hervor, die Pneumonie hat die gestrige Grenze nicht überschritten. Unsere Sorge ist nur, die Entzündung in diesen Grenzen zu erhalten; welches Produkt dieselbe dort absetzen wird, können wir weder mit Gewissheit vorherbestimmen, noch ändern.

Maassgebend für die Prognose sind in jeder Pneumonie zwei Momente, und wenn man diese richtig in's Auge fasst, so wird man selten durch den Ausgang compromittirt werden.

Das erste ist die Ausdehnung. Es gab eine Zeit, in der man die *Pneumonia duplex* für lethal hielt. Das ist nicht mehr der Fall. Es ist im Gegentheil schon bei mittlerer Grösse der Krankheit eine Regel, dass die andere Lunge mit befallen ist, wenn auch in geringerem Grade. Bei der Untersuchung der Brust muss man zusammenrechnen, wieviel von beiden Lungen pneumonisch ergriffen ist. Betrifft dies die Hälfte der gesammten Respirationsfläche, dann ist immer die Prognose schlimm zu stellen, wie auch die Beschaffenheit des Entzündungsproduktes sei.

Das zweite ist das Entzündungsprodukt selbst. Das einfachste und gutartigste ist das Entzündungsödem, welches sowohl keinen hohen Grad von Stase verräth, als auch rasch wieder resorbirt werden kann. Man hört gewöhnlich das Oedem an den Grenzen des Entzündungsfocus. Die rothe Hepatisation ist ebenfalls ein gutartiges Entzündungsprodukt zu nennen; das Exsudirte (Gelatine mit Blut aus gebrorstenen Gefässen und Epithel aus den Lungenzellen gemischt) wird theils expectorirt, theils resorbirt, und die Alveolen der Lungen können nach einigen Wochen wieder permeabel werden, zumal der grösste Theil der rothen Hepatisation nicht aus Exsudat und Extravasat besteht, sondern nur hyperämisch ist, und in solchen Theilen die Reduction des Lumens der Capillaren rasch vor sich gehen kann. Ein schlimmes Produkt ist die weisse oder gelbe Hepatisation, welche nichts Anderes ist, als fest coagulirtes fibrinöses Exsudat. Es ist ein primäres Exsudat, wie die festgeronnenen Pseudomembranen auf der Pleura auch, und entsteht keinesweges, wie man fälschlich angenommen hat, aus der rothen Hepatisation. Diese weisse Hepatisation geht sehr gern, wenn sich nicht der Faserstoff organisirt und Narbengewebe bildet, in die graue über, d. h. das fibrinöse Exsudat zerfällt in einzelnen Punkten zu Eiter, die sich auch zum grösseren Lungenabscess vereinigen können. Die Diagnose, ob die Pneumonie rothe oder weisse Hepatisation gesetzt hat, ist sehr schwer, weil die physikalische Untersuchung kein entscheidendes Kriterium zu liefern vermag. Doch giebt die Erfahrung einige Anhaltspunkte, woraus man auf den richtigen Sachverhalt bisweilen schliessen kann:

1) Die weisse Hepatisation findet gern im mittleren oder oberen Lappen statt.

2) Hepatisation, welche im Anfange der Pneumonie den unteren Lappen betrifft, ist in der Regel rothe; recrudescirt die Entzündung, oder kommt vielmehr in einem anderen Theile der Lunge, in der Mitte oder oben, die zweite Pneumonie zu der ersten, wie dies manchmal am 5. oder 7. Tage geschieht, so setzt dieselbe gewöhnlich weisse Hepatisation. Es scheint, dass das länger schon bestehende Fieber das Blut zu diesem Exsudate disponirt, weil Fieber den Fibringehalt des Blutes absolut vermehrt.

3) Die Percussion über der weissen Hepatisation giebt matteren Schall, als über der rothen, weil sie derbere Consistenz hat, und weil die Bronchien gewöhnlich eine Strecke weit mit Faserstoffgerinnsel angefüllt sind, mithin weit weniger lufthaltige Theile restiren, als in der rothen Hepatisation.

4) Aus demselben Grunde ist das Bronchialathmen viel stärker, es ist Tubarathmen.

5) Der Husten ist gering und trocken, oder hört ganz auf. Niemals werden rostfarbige Sputa ausgeworfen. Das mag der Grund sein, warum die alten Semiotiker den sanguinolenten Auswurf für ein im Allgemeinen günstiges Zeichen in der Pneumonie erklärten.

6) Das Gemeingefühl ist weit mehr gestört in der weissen, als in der rothen Hepatisation, es treten leicht Delirien ein und das Fieber ist weit heftiger, auch wenn die Verdichtung auf einen relativ kleinen Raum beschränkt ist.

7) Die Resolution geschieht schwer und langsam. Nur äusserst träge stellt sich an den Grenzen nach und nach einige Permeabilität her, gewöhnlich bleibt der Focus für immer gedämpft.

8) Im Falle der Suppuration in einzelnen Punkten bemerkt man plötzlich über denselben grossblasiges Vesienlärrasseln. Die Grösse der geworfenen Blasen nimmt von Tag zu Tag zu.

Von allen diesen Zeichen finde ich bei unserem Kranken keines, und es ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die untere Hälfte der rechten Lunge im Zustande der rothen Hepatisation sich befinde.

Der Kranke hat 14 Gr. Calomel genommen und nimmt bis morgen noch 6 Gr., welchen alsdann einige Löffel Ricinusöl nachgereicht werden.

Den 16. Febr. Die Wendung zum Guten hat sich rasch ergeben. Wir zweifeln heute nicht mehr an der Wiedergenesung des Kranken. Doch sieht man schon beim Antreten an das Krankenbett, dass die Entzündung nicht ganz getilgt ist. Das Gesicht ist noch ängstlich verzogen, die rechte Wange geröthet, der Athem beschleunigt, der Schweiss nur partiell, der Puls gereizt, härtlich und 96, der Urin sparsam und dunkelbraun. An der Rückseite unter der Scapula hört man heute auf beiden Seiten feines Crepitiren, und der Auswurf ist gelatinös blutig.

Ich zweifle nicht, dass diese fortdauernde, auf beide untere und hintere Lungenpartien beschränkte Stase mit Oedem dem Gebrauche von Antimonialien weichen werde. Es wäre Leichtsinn, dieses Residuum einer grösseren und intensiveren Pneumonie sich selbst zu überlassen.

Der Kranke nimmt alle 3 Stunden $\frac{1}{4}$ Gr. *Sulphur aurat.* und $\frac{1}{4}$ Gr. Hyoscyamus-Extract.

Den 19. Febr. Links unter der Scapula ist reines Vesiculärathmen, rechts mit In- und Exspiration lockeres, nicht gleichmässiges Crepitiren, welches bisweilen nach Husten verschwindet, dann wiederkehrt — also *Crepitatio redux*. Rechts vorn und seitlich noch matte Resonanz, welche nur nach und nach wieder vollkommen sonor werden wird. Der Puls ist sehr langsam, die Haut duftend, der Urin reichlich und orangegelb sedimentirend. Von heute an kann man den Beginn der Reconvalescenz rechnen.

Der Kranke wurde den 10. März entlassen.

[1]) Damit ist indessen die bedeutende Zunahme der Pulsfrequenz im Falle der Fehlwirkung noch nicht erklärt. Vor Absendung des Manuscripts kommt mir die kostbare Arbeit von Traube in Berlin über die Wirkungen der Digitalis (S. Deutsche Klinik 1851. No. 8.) zu Gesicht. Wie dankbar werden ihm alle jene Praktiker sein, welche, wie ich, so oft das seltsame Phänomen beobachtet haben, dass nach stärkeren Gaben Digitalis, bei reizbaren Individuen, bei Kindern, gerade das Gegentheil von dem eintrat, was man beabsichtigte — glänzende Augen, rothe Wangen, exorbitante Pulsfrequenz. Da nach Brechweinstein unter gleichen Umständen das Gleiche eintritt, da bei seiner richtigen und completen Wirkung ebenfalls eine mehrere Tage anhaltende abnorme Retardation des Pulses beobachtet wird, so kann man annehmen, dass dieses Mittel eine der Digitalis ähnliche oder gleiche Wirkung auf die *Medulla oblong.* ausübt. Aus Traube's vorläufiger Mittheilung geht auch hervor, warum in Krankheiten, wo man präsumiren kann, dass sich der Lungentheil des Vagus in einem lähmungsartigen Zustande befinde, wie z. B. in der acuten Tuberkulose, man keine Pulsverminderung, weder von der Digitalis noch von dem *Tart. stibiat.* erwarten darf. Es ist nichts erfreulicher, als wenn dergleichen viele Jahre lang am Krankenbette beobachtete Phänomene nun endlich ihre physiologische Lösung finden.

Fälle von Krankheiten des Rückenmarkes, beobachtet in der medicinischen Klinik in Giessen.

Von

Professor Dr. Jul. Vogel und Dr. Dittmar.

(Fortsetzung aus No. 24.)

II. Traumatische Entzündung mit Eiteransammlung in dem Wirbelkanale (in Folge eines Falles).

Mitgetheilt von Dr. Dittmar.

Martin Möhl, 9 Jahr alt, aus G., kam nach achttägigem Krankenlager am 17. Jan. 1851 in die poliklinische Behandlung. Patient

litt in den ersten Jahren seiner Kindheit an Kopfausschlägen, und vor 3 Jahren an einer acuten Krankheit, die von dem behandelnden Arzte für ein Schleimfieber erklärt wurde. Drei Tage vor dem Beginne des jetzigen Leidens stürzte der Kranke eine Treppe herab, und zwar so, dass er mit der *Planta pedis* ziemlich heftig gegen den Boden stiess. Nach dem Falle jedoch sprang er sogleich wieder auf und besorgte die ihm aufgetragenen Geschäfte, er beklagte sich weder über Schmerz, noch will man sonst ein auffallendes Symptom an ihm bemerkt haben. Drei Tage nach dem Falle Abends Klage über Müdigkeit, so dass der Kranke früh zu Bett gebracht wurde; die Nacht verging jedoch ruhig. In den nächsten Tagen heftige Schmerzen in den unteren, und darauf in den oberen Extremitäten, letztere sollen mitunter krampfhaft gezuckt haben, während die ersteren nur sehr schwierig bewegt werden konnten. Ausserdem mitunter leichter Trismus. Der Appetit vermindert, dagegen grosser Durst; der Stuhl angehalten, war während 8 Tagen einmal durch ein Klystier, und zum zweitenmal durch ein Laxans hervorgerufen worden. Die Urinausleerung war schwierig, häufiger Urindrang ohne Erfolg und bei der Urinausleerung Schmerzen. Ausserdem Fieber, starke Hitze, während der Nächte Delirien, bei Tage angeblich das Bewusstsein nie getrübt. Der Kranke war seither von einem andern Arzte stark antiphlogistisch behandelt worden, und man hatte ihm unter andern Blutegel an die unteren Lendenwirbel gesetzt.

Status praesens. Patient liegt ruhig im Bette auf dem Rücken, der Kopf ist in das Kissen eingedrückt, die Augen sind geschlossen, die Pupillen von mässiger Weite, die unteren Extremitäten mässig im Kniegelenke gebogen. Der Körperbau gracil. Das Sensorium ungetrübt, auf Fragen wird die richtige Antwort gegeben, auf Verlangen die Zunge hervorgestreckt. Der Kranke verlangt von selbst zu trinken. Die Arme werden auf Geheiss bewegt. Die unteren Extremitäten dagegen können nur ganz wenig verschoben werden, bei Versuchen zu Bewegung entstehen Schmerzen, ebenso ist Palpation der Waden und Schenkel und passive Bewegung sehr empfindlich. Die Muskeln sind nicht krampfhaft zusammengezogen. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergiebt eine richtige Stellung der Wirbel, die *Proc. spinosi* der unteren Hals- und oberen Rückenwirbel und die Muskelpartien zur Seite derselben sind gegen Druck schmerzhaft, besonders aber verursacht die Untersuchung der Lendenwirbel grosse Schmerzen und presst dem Patienten heftige Wehklagen aus. Spontan von Zeit zu Zeit Reissen in den unteren und oberen Extremitäten.

Die Haut nicht sehr heiss, trocken, der Kopf schwitzend, jedoch ebenfalls weder heiss noch geröthet. Carotiden und *Art. temporal.* pulsiren nicht stärker als gewöhnlich. Die Herzthätigkeit sehr stürmisch, der Radialpuls etwas zusammengezogen, macht 126 Schläge. — Die Zunge trocken, unbelegt, rissig, das Epithelium abgestossen. Der Appetit schlecht, viel Durst. Das Abdomen meteoristisch aufgetrieben, oberflächliche Berührung desselben schmerzt mehr als tiefe Palpation. Gestern Abend reichlicher Stuhl auf das Laxans. Wenig Urin, die Blase nicht stark ausgedehnt.

Die Respiration unregelmässig, beschleunigt. In Betracht der seither angewandten energischen Antiphlogose wird ein mehr exspectatives Verfahren eingeschlagen und ein allgemeines warmes Bad nebst einer Mixtur mit *Liq. Kali acetici* verordnet. Am folgenden Tage die Schmerzen nach dem allgemeinen Bade geringer, dagegen mehr Delirien in der Nacht. Der Kopf heiss, die Carotiden und Temporalarterien pulsiren stark, das Gesicht geröthet. Der Urin geht jetzt unwillkürlich ab, es ist jedoch keine *Ischuria paradoxa* vorhanden, da die Percussion die Blase nicht gefüllt zeigt. Kein Stuhl.

Verordnung. Kalte Umschläge auf den Kopf, Senfteige auf die Waden, scharfe Klystiere.

Am Abend vollkommen soporöses Daliegen, die Sprache lallend, auf Anrufen erfolgt keine Antwort, die Pupillen weit, Flockenlesen, die Respiration beschleunigt, der Puls unregelmässig. — Es wird mit der Behandlung fortgefahren und ausserdem eine Mixtur mit *Rad. Serpentariae* und Campher verordnet. Einige Stunden darauf erfolgt der Tod.

Achtzehn Stunden nach dem Tode wird die Eröffnung der Schädelhöhle und des Wirbelkanals vorgenommen.

Die weichen Hirnhäute mässig hyperämisch, sonst normal; das Gehirn zeigt viele Blutpunkte, die Ventrikel sind leer. Nach der Herausnahme des Gehirns fliesst Eiter mit Blut gemengt aus dem Wirbelkanale. Auf dem *Clivus Blumenbachii* ein geronnener Bluterguss.

Bei der Ablösung der Muskeln von der Wirbelsäule zeigen sich 2 Eiterinfiltrationen zu beiden Seiten der unteren Lendenwirbel in dem *Sacro-lumbaris.*

Der Wirbelkanal ist ganz mit Eiter erfüllt, die innere Auskleidung desselben mit Pseudomembranen belegt. Die *Pia mater* des Rückenmarks hyperämisch. Die *Medulla spinalis* selbst normal. Eine Fractur oder Fissur irgend eines Wirbels wurde nicht bemerkt.

Obgleich dieser Fall in Bezug auf die Ursache nicht mit den übrigen hier mitgetheilten coordinirt werden kann, denn es war unbedingt der Sturz, welcher die Veranlassung abgegeben hatte, so hat man doch geglaubt, ihn hier anreihen zu müssen, weil die Symptome der Reizung und des Drucks auf die *Medulla spinalis* sehr deutlich ausgesprochen waren. Der Effect muss stets derselbe bleiben, mag die Exsudation in den Meningen, oder in der Auskleidung des Wirbelkanals ihren Sitz haben. Von Interesse ist ausserdem die Beobachtung, dass die subjectiven Symptome erst drei Tage nach dem Falle ihren Anfang nahmen. Wahrscheinlich hatten sich, ähnlich wie auf dem *Clivus Blumenbachii*, Blutergüsse in dem Wirbelkanale gebildet, die zu der ausgebreiteten Entzündung und Eiterbildung Veranlassung geben, und erst mit der Entwicklung dieser Vorgänge wurde das Rückenmark in Mitleidenschaft gezogen. Dass dieses bei einer gewiss bedeutenden Erschütterung primär nicht gelitten hatte, kann aus seiner geschützten Lage erklärt werden. Es ist in der Cerebrospinalflüssigkeit aufgehängt und erhält durch diese eine Decke, welche, wie alle Flüssigkeiten, eine Weiterverbreitung der Erschütterung verhütete.

III. *Fungus medullaris columnae vertebrarum, costarum etc.*, mit consecutiver Affection des Rückenmarkes.

Mitgetheilt von Dr. Dittmar.

Georg Philipp Weigel, 65 Jahre alt, Tagelöhner aus H., wurde am 14. Nov. 1850 in das akademische Hospital aufgenommen. Er hat früher nur eine bedeutendere Krankheit — wahrscheinlich einen Typhus — durchgemacht, die jedoch ohne nachtheilige Folgen vorüberging. Im Frühling des laufenden Jahres hatte sich Patient, von seiner Arbeit ermüdet, auf durchnässtes Gras gelegt, und schlief hier während 2 Stunden. Nach dem Erwachen verspürte er eine solche Schwäche in den unteren Extremitäten, dass er sich nur mit Mühe erheben konnte, und als es nach mehrfachen, fruchtlosen Versuchen endlich dazu gekommen war, konnte sich der Kranke nur mit Hülfe eines Stockes langsam nach Hause schleppen. Zugleich mit dieser Kraftlosigkeit und Störung der Beweglichkeit der unteren Extremitäten stellten sich Ameisenlaufen und heftige Schmerzen in denselben ein, die anfangs nur in den Waden ihren Sitz hatten, sich jedoch von dort aus auf die Oberschenkel, die Lendengegend und die untere Hälfte des Thorax verbreiteten, während sie in den zuerst genannten Theilen verschwanden. Diese Erscheinungen nahmen in den nächsten Wochen nur allmälig zu, so dass Patient anfangs noch mit Anstrengung gehen konnte, in der letzten Zeit aber sanken die Kräfte so bedeutend, dass er zu Bett liegen musste. Der ganze Körper, besonders aber die unteren Extremitäten, magerten unterdessen immer mehr ab. Das Allgemeinbefinden war dabei normal, der Schlaf in der Nacht ungestört, der Appetit gut, der Stuhl von Zeit zu Zeit angehalten, die Urinausleerung dagegen nie in bedeutendem Grade gehindert. Die Functionen der oberen Extremitäten blieben ohne Beeinträchtigung.

Einige Tage nach der Aufnahme des Kranken wurde eine genauere Untersuchung desselben vorgenommen, welche folgende Resultate ergab:

Das Aussehen blass, das Fettpolster überall geschwunden, die Musculatur, namentlich an den unteren Extremitäten, schlaff; die Haut spröde, trocken. Auf dem Kreuzbein ein leichter Decubitus. — Der Puls ruhig, leicht zu unterdrücken; die Häute der Radial- und Brachialarterien etwas verdickt, an keiner der oberflächlichen Arterien ist jedoch eine eigentliche Verhärtung oder Rigidität fühlbar. — Das Herz ist von den ausgedehnten Rändern der linken Lunge ganz bedeckt, so dass die Herzleerheit verschwunden ist. Die Herztöne dumpf, im Uebrigen normal.

Org. respir. Die Percussion lässt nirgends eine Dämpfung entdecken. Die Lungenränder besonders links sehr stark ausgedehnt. — Die Auscultation ergiebt an verschiedenen Stellen unbestimmtes Athmen, links oben die Inspiration sehr scharf. — Mässiger Husten mit einer geringen Quantität eitrigen Auswurfes.

Org. digestionis. Appetit gut. Die Zunge unbelegt. Der Stuhl heute, nach fünftägiger Verstopfung, auf ein Laxans von *Fol. Sennae* mit *Natron sulf.* eingetreten. Die Palpation des Abdomen ergiebt dieses weich und an keiner Stelle schmerzhaft. Die Leber nur in einem Durchmesser, in der *Lin. axillaris*, einige Ctm. grösser als gewöhnlich, ist sonst normal, ebenso die Milz.

Org. uropoët. Die Urinausleerung nicht mit Schwierigkeiten verbunden. Der Urin jetzt hell, hatte vor einigen Wochen ein Sediment von phosphorsauren Erden, reagirt alkalisch.

Systema nervosum. Die Geistesfunctionen des Patienten sind träge, das Benehmen kindisch. Kein Kopfschmerz, kein Schwindel, der Schlaf gut.

Die unteren Extremitäten können bei horizontaler Lage im Bette in allen ihren Muskeln bewegt werden, nur sind die Actionen nicht

so energisch als gewöhnlich. Das Aufrechtstehen und das Gehen ist jedoch dem Patienten ohne Unterstützung nicht möglich. Der Gang hat die für Krankheiten des Rückenmarks so bezeichnenden Charaktere des sogenannten Hahnentritts. — Das Gefühl ist erhalten. Die Reflexbewegungen treten auf Kitzeln der Zehen und der Fusssohle nur sehr schwach ein. Die Palpation der Waden und Schenkel ist unschmerzhaft, ebenso der Druck auf die Hinterbacken und die Lendengegend, nur das Anfassen der unteren Thoraxhälfte sehr empfindlich. — Die *Proc. spin.* haben überall ihre normale Stellung und sind gegen Druck nicht empfindlich.

Der eben beschriebene Zustand ändert sich während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes des Patienten in der Klinik in keiner auffallenden Weise, nur stellten sich mitunter Delirien ein, die an *Delirium c. tremore* erinnerten und durch den *Abusus spirituos.*, dem Patient früher ergeben war, erklärt werden konnten.

Vom 26. Dec. an war ein auffallendes Sinken der Kräfte bemerkbar, und am 28. erfolgte der Tod unter den Erscheinungen des Lungenödems.

Die Behandlung hatte in der Anwendung von Tonicis, Amaris, Strychnin und allgemeinen Bädern bestanden, war jedoch total ohne Einfluss geblieben.

Section. Die Leiche sehr abgemagert, besonders die unteren Extremitäten. Die Bauchdecken blau gefärbt.

Schädelhöhle. Im *Sinus longitudin.* blasse Coagula, neben einer dünnen, schwach gefärbten Flüssigkeit. Die weichen Hirnhäute sehr stark mit einer farblosen Flüssigkeit infiltrirt, durch weissliche, feste Exsudatmassen mit der Falx verwachsen, in den hinteren Partien ausgesprochene venöse Hyperämie. Die grossen Gefässe an der Basis des Gehirns, namentlich die *Art. basilaris*, zeigen stellenweise weissliche Verdickung, aber keine Atherome. Die weichen Hirnhäute lassen sich leicht von den normalen Windungen abziehen. Die Gehirnsubstanz ziemlich fest, wenig blutreich. Das Gehirn zeigt, mit Ausnahme von Hydatiden in dem *Plexus choroïdeus* im hinteren Horn des linken Seitenventrikels, nichts Abnormes.

Wirbelkanal. Alle Wirbelkörper, mit Ausnahme der oberen Halswirbel, sind mit einer markschwammähnlichen Masse infiltrirt. Die Infiltration in dem linken Lendenwirbel ist erweicht, hat die äussere Knochenrinde durchbrochen und sich in den linken Psoas gesenkt. An dieser Stelle ist auch ein Durchbruch in den Wirbelkanal erfolgt, und dieser ist hier mit Eiter erfüllt. Die *Pia mater* zeigt, mit Ausnahme stellenweiser venöser Hyperämie, keine Abnormität. Das Rückenmark hat in seinem mittleren Theile zwei knotige Anschwellungen, die jedoch, wie der Durchschnitt nachweist, von keiner fremdartigen Ablagerung abhängen.

Brusthöhle. Sämmtliche Rippen sind in reichlichem Maasse mit Markschwamm-Massen infiltrirt, die nach der Pleurahöhle zu knutig hervortreten. In beiden Pleurahöhlen eine sehr bedeutende Menge seröser Flüssigkeit. Beide Lungen sind comprimirt, namentlich die linke, und vorzugsweise ihr hinterer Lappen. Sie sind intensiv melanotisch gefärbt, die nicht comprimirten Theile im höchsten Grade serös infiltrirt.

Der Herzbeutel enthielt die gewöhnliche Menge Serum. Die Herzwände und die Klappen normal, auch im Anfange der Aorta keine Atherome. In beiden Herzhöhlen und in der Aorta derbe, weisse, elastische Faserstoffgerinnsel.

Die Organe der Bauchhöhle alle normal.

Beckenhöhle. Die Knochen des Beckens, namentlich die Schaufeln, sind in ähnlicher Weise verändert, wie die Wirbelkörper. Der Hals der Blase und die Prostata sind von einer grossen Markschwammablagerung eingeschlossen.

Die mikroskopische Untersuchung der Fremdablagerungen ergab die eigenthümlichen Markschwammelemente.

Es sind verschiedene Punkte, auf welche wir bei der Betrachtung dieser Mittheilung die Aufmerksamkeit des Lesers zu richten wünschten. — Was zuerst die Diagnose anlangt, so konnte diese, wenn man sich nicht gerade mit dem nichtssagenden Worte „Halblähmung der unteren Extremitäten" begnügen wollte, während des Lebens nicht mit genügender Sicherheit gestellt werden. Das weite Feld der Ursachen solcher Zustände bot verschiedene Möglichkeiten dar. Die meisten Daten, das der Angabe des Kranken nach acute Auftreten, das ganze Bild und der Verlauf der Krankheit sprachen für eine Meningitis. Wollte man die geringe Verdickung der Häute der oberflächlichen Arterien für ein Zeichen von Atherom oder Kalkablagerungen in den Arterien der *Medulla spinalis* ansehen, so wäre man berechtigt gewesen, an die Möglichkeit eines apoplektischen Ergusses zu denken, welcher jedoch in diesem Falle in die Meningen des Rückenmarks hätte erfolgt sein müssen, denn eine Apoplexie der Substanz ist einerseits selten, und andererseits müsste diese eine so bedeutende Zerstörung zur Folge haben, dass eine vollständige Lähmung der Gefühls- und Bewegungsnerven daraus hervorgegangen wäre. — Die geringe Intensität der Symptome sprach auch gegen einen Abscess, eine Myelitis oder eine grössere Geschwulst im Wirbelkanale. — Die Markschwammablagerungen in den Wirbelkörpern hatten sich durch kein Symptom verrathen, und die Annahme einer Affection der Knochen wurde auch durch die richtige Stellung der *Proc. spinosi* und die gänzliche Unschmerzhaftigkeit derselben gegen Druck mindestens unwahrscheinlich gemacht. — Der allgemeine Marasmus, von welchem der Kranke befallen war, wird zwar grösstentheils der Anwesenheit einer Krebskachexie Schuld gegeben werden müssen, könnte aber eben so gut Folge des langen Krankenlagers und des vorgerückten Alters des Patienten sein. Als eine pathologisch-anatomische Seltenheit muss das vollkommene Freibleiben der parenchymatösen Organe — der Lunge, der Leber — von Krebsablagerungen angesehen werden.

Miscellen.

Amtliche Verfügung in Betreff der Reisediäten der Medicinalbeamten.

Zur Beseitigung der Zweifel, welche hinsichtlich der Diätensätze bei Reisen der Medicinalbeamten mehrfach entstanden sind, bin ich mit der königl. Ober-Rechnungskammer in Schriftwechsel getreten, und eröffne nunmehr, im Einverständniss mit derselben, den königl. Regierungen, dass bei den Diäten der Medicinalbeamten zwischen Reisen in königl. Dienstangelegenheiten, für deren Vergütung die Verordnung vom 28. Juni 1825 früher maassgebend war, und jetzt der Allerhöchste Erlass vom 10. Juni 1848 gilt, und zwischen Reisen in gerichtlichen Partei- und Untersuchungssachen zu unterscheiden ist, für welche die Medicinal-Gebührentaxe vom 21. Juni 1815, insofern diese nicht ausdrücklich abgeändert worden ist, zur Anwendung kommt. Nach diesen Bestimmungen haben zu erhalten an Diäten:

I. Bei Reisen in königl. Dienstangelegenheiten:

1) die Kreisphysiker	2 Thlr. 15 Sgr.
2) die Departements-Thierärzte ausserhalb des denselben zur speciellen Verwaltung überwiesenen kreisthierärztlichen Bezirks	2 Thlr. 15 Sgr.
3) die Kreiswundärzte	1 Thlr. 10 Sgr.
4) die Kreisthierärzte	1 Thlr. 10 Sgr.

II. Bei Reisen in gerichtlichen Partei- und Untersuchungssachen:

1) die Kreisphysiker	2 Thlr. — Sgr.
2) die Departements-Thierärzte in ihrer Eigenschaft als solche (I. 2.)	2 Thlr. — Sgr.
3) die Kreiswundärzte	1 Thlr. 10 Sgr.
4) die Kreisthierärzte	1 Thlr. 10 Sgr.

Bei Reisen der Medicinalbeamten in Angelegenheiten ihrer Privatpraxis verbleibt es dagegen, wie schon in der Circular-Verfügung vom 7. October 1849 — No. 4542 — ausgesprochen worden, bei den Bestimmungen der Taxe für die Medicinalpersonen vom 21. Juni 1815.

Berlin, den 12. Juni 1851.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.

An sämmtliche königl. Regierungen.

1794. M.

Sonnabend, № 29. 19. Juli 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber die Radical-Bruchoperation nach Mösner.

Von

Dr. med. Schlosser.

(Fortsetzung aus No. 28.)

Sehr richtig hat Max Langenbeck die Unzulänglichkeit der meisten bisherigen Bruchoperationsmethoden erkannt, und durch eine neue die feste Schliessung des Bruchganges in seiner ganzen Ausdehnung als Grundbedingung zum Gelingen der Radicalkur der Hernie zu erzielen gesucht.

Dupuytren operirte einen Kranken mit *Hernia congenita* nach Belmas Methode, worauf heftige Peritonitis und ein Abscess des Hodensackes entstand, jedoch Heilung erfolgte, indem sich durch Granulationen ein den Leistenkanal ausfüllender Strang bildete [1].

Sehr häufig bemerken wir nach den verschiedenen Operationsmethoden mit Invagination der Scrotalhaut, dass trotz des Herabsinkens der invaginirten Hautplatten Heilung eintritt, wobei der untersuchende Finger immer auf verengerte oder ganz verschlossene Bruchpforten trifft, als Folge abgelagerter Narbenmasse. Hierher dürfte auch der von Signoroni nach seiner eigenen Radical-Operationsmethode geheilte Fall zu rechnen sein, wo am Ausstichspunkte eine nabelförmige Vertiefung zurückblieb, die auf beträchtliche Narbenablagerung schliessen lässt.

Es dürfte hier am Platze sein, um über den Werth unserer Radical-Bruchoperationsweise entscheiden zu können, einen gedrängten Ueberblick der anderen gegenwärtig noch üblichen Methoden zu geben. Rücksichtlich der Wutzer'schen, welche von Prof. Rothmund wesentlich verbessert wurde, bemerke ich, dass dadurch 1) Einheilung des invaginirten Scrotalhautkegels in den Leistenkanal, 2) Verwachsung der beiden inneren Wände desselben, nach Abstossung ihrer Epidermidalplatten, erzielt werden soll, und verweise bezüglich ihrer Ausführung auf das Archiv für die gesammte Medicin von Häser, Bd. IX. Heft 1. (Ueber die radicale Heilung beweglicher Brüche von Professor Rothmund.)

[1] Handwörterbuch der Chirurgie und Augenheilkunde von Jäger, Walter und Radius. III. Bd. S. 543.

In der allerneuesten Zeit veröffentlichte Max Langenbeck ein ähnliches Verfahren [1]), welches, da es allerdings einen grösseren Erfolg als jenes verspricht, näher entwickelt werden soll.

Derselbe invaginirt ebenfalls, wie Wutzer etc., die Scrotalhautpartie, schiebt alsdann sein Instrument [2]) mit dem Zeigefinger der einen Hand, welche die Scrotalhaut möglichst hoch invaginirt hält, ganz hinein, so dass dieselben Theile, welche bei der Wutzer'schen Manier zwischen Deckplatte und Cylinder comprimirt werden, hier zwischen die beiden Schenkel des Instrumentes eingeklemmt sind. Durch eine, 14—18 Tage lang fortgesetzte, mit Hülfe der Schraube täglich vermehrte Compression müssen die zwischenliegenden Theile, als äussere Haut, die vordere Wand des Leistenkanals und die vordere Platte des invaginirten Scrotalstückes brandig absterben. Wenn dieses Ziel erreicht ist, was man nach Langenbeck an der unmittelbaren Berührung der

[1]) Deutsche Klinik.

[2]) Eine etwa fingerbreite, 8 Par. Zoll lange eiserne Stange ist umgebogen, dass die beiden durch die Biegung gebildeten, gleich langen parallelen Schenkel 4 Pariser Zoll von einander bleiben. — Die innere Fläche dieser zangenartigen Schenkel ist mit 2 Zoll langen, an der Spitze und der inneren Fläche schwach abgerundeten Stäbchen bekleidet, von denen das eine um die Hälfte dicker ist als das andere. Ersteres hat von der äusseren, an dem Eisen befestigten, bis zur inneren schwach convexen Fläche einen Durchmesser von ½ Par. Zoll. Mittelst einer Schraube können beide Schenkel an einander gebracht werden.

Feuilleton.

Das von Ricord aufgestellte Kriterion der primären Syphilis ist unhaltbar.

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Die Beobachtungen von Vidal (de Cassis) sind so äusserst wichtig, dass sie die grösste Verbreitung erheischen, die ich nicht besser ins Werk zu setzen weiss, als wenn ich sie in diesen für die praktische Medicin allein bestimmten, viel gelesenen, beliebten klinischen Blättern zur deutschen Oeffentlichkeit bringe.

Es wird immer dringender, gegen die Irrlehre Ricord's mit aller Macht anzukämpfen, da sie unheilvolle Wurzeln schlägt, die sich vervielfachen und leider mancherwärts dauerhaft tief eindringen. Ricord ist talentvoll, unterrichtet, gewandt, leutselig, humoristisch, rasch und bestimmt. Seine Zuhörer sind von ihm eingenommen und verehren ihn. Wer nicht mit handfesten Gründen zu anderer Meinung in Syphiliticis gehalten wird, und irgend schwankend ist, der tritt ihm auf seinen Rundgängen im Hôpital du Midi und in seinem darauf folgenden Discours sicher bei. Seine Persönlichkeit hat viel Anziehendes, sein Vortrag viel Ueberzeugendes, seine Entschiedenheit viel Eindringliches. Kein klinischer Lehrer in Paris, vielleicht kein Franzose spricht geschwinder als er, und doch entgeht Einem von seinem Vortrage nicht das Mindeste. Sein „*mille fois non*" in Contestationspunkten giebt seinen Anbetern Sicherheit, und sein ungeheurer Ruf erregt deren Bewunderung. Der Zudrang in seiner Poliklinik, der dritten Hospitalstunde von 10—11 Uhr Morgens, ist kolossal, das Zufahren von vornehmen Kranken utriusque generis zu seiner Wohnung in der Rue de Tournon Nachmittags und Abends enorm. Ein von ihm für distinguirte syphilitische Kranke gehaltenes Maison de Santé ist ganz voll, und seine grosse Stadtpraxis sehr diffus. Ich bin von dem Allen mit grossem Interesse Zeuge gewesen, habe aber darin auch grosse Gefahr gesehen.

Es ist nicht wahr, dass der Schanker eine Reihe von Tagen bloss örtlich bleibt, und dem Körper unbeschadet weggebeizt werden könne; es ist falsch, dass der inoculirbare Schanker nur ein primärer sei, und der secundäre wie tertiäre durch Contact nicht weiter verbreitet werde. Die traurigen Folgen des simple Treatment der Lustseuche von Seiten der berufensten Aerzte und in den angesehensten Hospitälern sind mir oft genug vorgekommen, um es für schauderhaft zu halten. Ein furchtbares Beispiel davon habe ich bei Gelegenheit der Anzeige des 62. B. des „*Recueil de mémoires de Médecine, Chirurgie et de Pharmacie militaires etc.*" im 41. Bande der Oppenheim'schen Zeitschrift für die Gesammtmedicin, S. 229, angegeben, und ein nicht ganz so grässliches ist mir vor Kurzem in einem Kutscher zugekommen, dem vor einem Vierteljahre von einem Arzte in Schwerin ein Präputialschanker infernalisirt wurde, und bei dem ich nun Halsaffection, ein Heer von

beiden Holzplatten erkennt, so wird das Instrument nach Lösung der Schraube entfernt, worauf sich eine tiefe Oeffnung von ovaler Gestalt zeigt, deren Längendurchmesser von unten und innen nach oben und aussen gewöhnlich etwas mehr als einen Zoll betragen soll.

Nachdem ich hiermit die Gerdy'sche, Schuh-Wattmann'sche etc. Methode für obsolet — weil erfolglos — betrachtend, die Radical-Bruchoperationen, welche gegenwärtig gebräuchlich sind, aufgeführt habe, scheint es nicht ungeeignet, einige Vergleichungen über den relativen Vorzug der einen oder anderen anzustellen.

Es kann nicht geleugnet werden, dass unter gewissen Verhältnissen vielleicht jede Anwendung finden könne; aber vor Allem muss festgesetzt werden, welche unter gleichen Bedingungen bisher die besten Resultate geliefert habe, und hierbei sind besonders die Erfahrungen der Privatärzte maassgebend, da gerade von ihnen in der Regel die Operirten noch längere Zeit nach ihrer Reconvalescenz einer fortgesetzten Beobachtung unterzogen zu werden pflegen, was bei den in Spitälern behandelten meistens unmöglich ist, da sie, meist der arbeitenden Klasse angehörend, nach ihrer Entlassung mit einem Bruchbande ihrem Erwerbe, oft in entlegene Gegenden, nachgehen müssen.

Was nun die Leistungen der Wutzer'schen, von Rothmund vervollkommneten Methode betrifft, so verdient der Erwähnung, dass bei ihr keinesweges Bürgschaft für die bleibende Verwachsung des invaginirten Hautkegels, und somit für Verstopfung des Leistenkanals geboten wird, was ich in vielen Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, indem derselbe allmälig nach Entfernung des Instrumentes herabsank, und aus der unten folgenden Krankheitsgeschichte No. 17 erhellt.

Ich will hiermit keinesweges behaupten, dass nicht auch durch sie manche schöne Heilungen erzielt wurden, und dass nicht einige Male bei gänzlicher, durch Druckbrand erzeugter Zerstörung der vorderen Wand des Leistenkanals und der invaginirten vorderen Scrotalplatte, oder zum mindesten der ersteren, die dauernde Verwachsung des eingestülpten Restes resultirte; aber soviel steht bis jetzt meinen Erfahrungen gemäss fest: dass jedes Mal zugleich eine beträchtliche Ablagerung von Narbengewebe stattfand.

Indessen muss man von ihr wie von jeder Invaginationsmethode bezweifeln, dass auch hinter dem invaginirten Hautpfropf ein genügender Grad von Adhäsiventzündung erregt werde, wodurch ein Herabgleiten der Eingeweide zwischen demselben und der hinteren Wand des Leistenkanals unmöglich wird, ein Moment, dessen Möglichkeit so lange in Frage bleibt, als sie nicht direct aus Obductionen erhärtet ist.

Sehr richtig bemerkt Langenbeck in seiner Abhandlung, dass er keinesweges von der Invagination die Ueberzeugung hege, den Bruchgang mit der invaginirten Haut bleibend verstopfen, sondern sie nur als Beihülfe betrachten zu können, da er zur Heilung „ein Auswachsen des Bruchganges vom Grunde aus mit festen Granulationen für unbedingt erforderlich" hält.

Die Operationsweise desselben, sich stützend auf die richtigen Momente, von denen die Radicalheilung einer beweglichen Hernie bedingt ist, wird Nachahmung finden, wozu auch die vier glücklich geheilten Fälle aufmuntern dürften; jedoch wird unser Verfahren, passend modificirt, in den allermeisten Fällen ausreichen, und deshalb als der weniger intensive Eingriff den Vorrang verdienen.

Der Schmerz, welcher durch den fortwährenden methodischen Druck bei jener Operation entsteht, und wie er selbst angiebt, manchmal einen sehr hohen Grad erreicht, ist gleichfalls in die Wagschaale zu legen, da er bei dieser unbedeutend ist, ein Umstand, der grosse Berücksichtigung verdient, und man kann es mit den humanen Grundsätzen der gegenwärtigen Chirurgie nicht in Einklang bringen, ein Uebel, meist von geringer Belästigung, wie die Hernie ist, mit einem so schmerzhaften Eingriffe bekämpfen zu wollen. Theilweise kann derselbe Vorwurf auch auf die Wutzer'sche Invaginationsmethode ausgedehnt werden, wie ich oft zu beobachten Gelegenheit hatte.

Es wurde oben gezeigt, dass durch einen künstlich erzeugten, zweckmässig geleiteten Entzündungsprocess im Bruchgange Narbengewebbildung stattfinde, und dadurch sowohl die Bruchpforte als jener eine plastische Verschliessung erleide. Zwar kann das Produkt dieser plastischen Entzündung theilweise Resorption erleiden, wie dies im 13. Fall wirklich geschah, nichts desto weniger aber bleibt die Heilung radical; denn wie allbekannt, contrahiren Narben die normalen Gewebe, und die vorher laxe Faser wird auch in der nächsten Umgebung der Narbe, wahrscheinlich durch Atrophie des Zellgewebes, rigid; so war im besagten Falle nach 4 Monaten der äussere Leistenring noch mehr als gleich nach der Operation verengert, und trotz der resorbirten Narbenmasse keine Spur von einem Bruche mehr zu fühlen.

Gleiches fand ich bei dem unter No. 16 aufgeführten Kranken nach 7 Monaten, welcher seither, trotz seiner anstrengenden militärischen Dienste, kein Bruchband getragen, und nie mehr die geringste Spur von einem Bruche bemerkte. — Andererseits pflegt aber die Resorption des Narbenstranges nicht so leicht stattzufinden, und manchmal dürfte sie der zu starken Compression durch Bruchbänder zuzuschreiben sein.

Was nun die Leistungen, welche durch Mösner's Operation erzielt wurden, betrifft, so wird es genügen, wenn ich anführe, dass, ausser den 4 vom Erfinder berichteten Fällen mit glücklichem Erfolge, unter 16 Operirten 15 vollkommen geheilt und 1 gebessert wurden, welche Zahlenverhältnisse für sich den hohen Werth derselben verbürgen. Von diesen Hernien waren 11 rechtsseitige, 5 linksseitige äussere Leistenbrüche, 1 mit Varicocele und 1 mit Hydrocele complicirt.

Die durchschnittliche Dauer der Kur war gegen 40 Tage, wobei freilich nicht zu vergessen, dass dieses Resultat meist bei in einem Spitale behandelten Fällen erzielt wurde, und zwar zu einer Zeit, wo auch leichte Wunden durch langsame Eiterung heilten; günstigere Verhältnisse dürfte die Privatpraxis nachweisen.

Als ungünstige Ereignisse, welche der Operation folgen können, sind bisher folgende beobachtet worden: Krampfhafte Urinverhaltung, pseudoerysipelatöse Entzündung des Zellgewebes im Leistenkanale und Scrotum, Eiteransammlung im letzteren, und einmal plötzlich mit lieberhaften Erscheinungen entstandene Hydrocele des Samenstranges. — Aus der Beschreibung des operativen Verfahrens erhellt, dass nicht leicht dabei das Bauchfell oder der Samenstrang zu verletzen ist; auch die der Operation folgende Entzündung dürfen wir nicht fürchten, denn droht sie durch Ausbreitung auf das subperitoneelle Zellgewebe oder das Bauchfell selbst einen zu hohen Grad zu erreichen, so wird ihr durch Entfernung der Seidenfäden leicht Einhalt gethan. In keinem der beobachteten Fälle trat jedoch dies üble Ereigniss ein, und sogar Mös-

---

syphilitischen Ecthymapusteln auf dem Rumpfe und den Extremitäten, sowie eine Hunter'sche Induration am Grunde der Vorhaut finde.

[Unter welchen Verhältnissen und Schädlichkeiten hat aber der Kutscher wohl während der Kur gelebt, und wie wäre ihm dabei eine Mercurialkur etc. bekommen. Göschen.]

Preisaufgaben.

1) Die Gesellschaft für praktische Medicin zu Paris hat folgende Preisaufgabe gestellt:

„Ueber den Leberthran und seinen medicinischen Gebrauch."

Der Preis besteht in einer goldenen Medaille von 300 Fr. Werth, und müssen die Abhandlungen vor dem 1. März 1852 an die Gesellschaft eingesandt werden.

2) Das Institut der Wissenschaften und Künste zu Mailand hat folgende Aufgabe gestellt:

„Durch klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen die organischen Veränderungen zusammenzustellen, die als Ursachen des Asthma auftreten, und zwar in der Reihenfolge, wie sie die Häufigkeit, in der sie mit dem Asthma in Causalconnex stehen, bestimmt."

Der Preis besteht in 1700 österreich. Lire. Die Abhandlungen müssen vor dem 31. Dec. d. J. an das Secretariat eingesandt werden.

3) Die medicinische Gesellschaft zu Toulouse hat für 1853 folgende Aufgabe gestellt:

„Auf Beobachtung gegründete Bestimmung des therapeutischen Werthes der Schwefelthermen; Darstellung ihrer Indicationen und verschiedenen Anwendungsweisen bei chronischen Krankheiten."

Einsendungstermin der Abhandlungen (beim Secrétaire général) vor dem 1. Jan. 1853.

4) Die medicinische Gesellschaft zu Gent hat für 1852 folgende Aufgaben gestellt:

a) Ausführliche Geschichte der Fortschritte in der Entbindungskunst in Belgien, seit den Zeiten Palfyn's bis auf die unsrige. Preis: eine Denkmünze von 200 Fr. Werth. *b)* Welche sind die Heilkräfte der Belladonna, auf praktische Ergebnisse gestützt. *c)* Welche sind die bis jetzt gekannten besten Mittel, um der Eiterinfection in Folge von grossen chirurgischen Operationen zuvorzukommen, oder sie zu bekämpfen. *d)* Thatsächliche Bestimmung des Nutzens der Elektricität bei Behandlung von Krankheiten. *e)* Auseinandersetzung der Heilkräfte des Mutterkorns, gestützt auf praktische Ergebnisse.

Preis von jeder der vier letzten Aufgaben: eine Denkmünze von 100 Fr. Werth. Die Gesellschaft hat sich überdies entschlossen, eine Belohnung von 100 Fr. dem Verfasser der bedeutungsvollsten Arbeit über irgend einen Gegenstand der medicinischen Wissenschaften, welche ihr im Jahreslaufe von 1851 zukommen wird, zu bewilligen. Die in französischer, deutscher oder lateinischer Sprache geschriebenen Abhandlungen sollen unter Beobachtung der gebräuchlichen akademischen Formen vor dem 1. April 1852 bei dem Schriftführer der Gesellschaft, Hrn. Dr. Teirlinck (Rue Basse-Onderstraet 48) portofrei eingeschickt sein.

ner, welcher doch den Bruchsack absichtlich verletzt, was Gross und Rothmund vermeiden, und nur bei sehr reizlosen Individuen und verwachsenem irreponiblem Bruchsacke zulässig ist, hat hierbei keine besonderen Zufälle bemerkt. Uebrigens ist es ausgemacht, dass man bei Herniotomien, wo die Incision des Bruchsackes erforderlich, die gefährlichen Folgen mehr der meist schon Tage lang bestehenden Einklemmung, als jenem Eingriffe zuschreiben müsse, wobei ausserdem noch andere Factoren in Rechnung kommen, als: die Verletzung bereits entzündeter Theile, der Zutritt der atmosphärischen Luft, welche nachtheiligen Momente bei der Radicaloperation nicht vorhanden sind. — Oefters stellt sich einige Zeit nach der Operation Urinverhaltung mit spastischem Charakter ein, was jedoch auch Langenbeck beobachtet hat, und bei der Wutzer'schen Methode eintritt.

Als misslicher Zufall bei der Operation ist noch zu nennen das Verfehlen des Bruchganges, so dass ausserhalb desselben die Fäden zu liegen kommen.

Dass man den Leistenkanal nicht verfehlte, erkennt man daraus, dass der in denselben eingeführte Zeigefinger wegen des beschränkten Raumes nur sehr wenig seitwärts bewegt werden kann, und die Palmarfläche immer das gespannte Puupart'sche Band über sich fühlt; wenn hingegen ausserhalb des Leistenkanales invaginirt wurde, ist demselben eine ziemlich freie allseitige Bewegung unter der Bauchhaut gestattet. Ausserdem wird nach Einführung des Instrumentes die Untersuchung mit dem Zeigefinger der nicht operirenden Hand, ob die Sehne des *Musc. obliquus extern.* über dem Instrumente liege oder nicht, sichern Aufschluss geben.

Rothmund benützt die Mösner'sche Methode in Fällen, wo der Kanal zur Einführung des Wutzer'schen Instrumentes zu enge ist. Ich glaube aber, dass ihr die meisten beweglichen Inguinal- und viele Cruralhernien unterworfen werden können, vorausgesetzt dass wir im Stande sind, durch sie eine ausreichende Quantität von Narbenmasse mit einem entsprechenden Grade von Gewebscontraction im Bruchkanale zu erzeugen. Wenn nun, bisherigen Erfahrungen zufolge, wir durch Einlegung von doppelten mittelstarken Seidenfäden einen federkiel- bis fingerdicken Narbenstrang erzielen, und dadurch den Bruchgang organisch verstopfen können, was hält uns ab, die Heilung einer Hernie mit noch einmal so weitem Bruchgang durch Einführung einer zweiten Ligatur an einer von dem ersten Ein- und Ausstichspunkte etwas entfernten Stelle und dadurch erzweckten doppelten Narbenstrangbildung zu versuchen?

Dr. Gross hat auch bereits auf diese Weise zwei Fäden wegen bedeutender Ausdehnung des Bruchganges eingelegt, wie in der Krankheitsgeschichte No. 15 angedeutet ist, und zwar so, dass beide parallel nach aussen und innen vom Samenstrange verliefen, — und dieser Versuch wurde vom glücklichsten Erfolge gekrönt.

Dass unsere Methode auch bei Cruralhernien unternommen werden könne, leuchtet aus dem bisher Gesagten zum Theil ein; denn warum sollte nicht auch der Bruchgang dieser Vorlagerung auf diese Weise organisch verstopft werden können? Freilich wird hierbei wegen Straffheit der Haut die Invaginatiun in die äussere Bruchpforte nicht mit dem entsprechenden Zeigefinger, sondern nur mit der Spitze des gewählten Instrumentes zu bewerkstelligen sein. Sollte jedoch die Ausdehnung der Bruchbahn so bedeutend sein, dass bereits eine Erschlaffung der Haut und der breiten Schenkelbinde erfolgt, und dadurch eine Einstülpung mit der Fingerspitze ermöglicht sein, was man bei weit herabhängenden Schenkelbrüchen oft beobachtet, so wäre dies jedenfalls als ein Vortheil zu benützen.

Das Verfahren beim übrigen Theil der Operation ist alsdann wie bei den Inguinalhernien, und der Ausstichspunkt muss, um möglichst nahe zur hinteren Bruchpforte zu gelangen, über den Rand der Sehne des *Musc. obliquus externus* zu stehen kommen, jedoch so, dass bei inneren Schenkelvorlagerungen die durchgestochene Nadel nicht irgend einen Theil des Samenstranges verletze.

Aus den anatomischen Verhältnissen dieser Hernien erhellt, dass bei den inneren der Faden auf der innern Seite der Schenkelgefässe, und bei den äusseren auf der äussern zu liegen komme.

(Schluss folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien.

Von

Professor Dr. Sigmund.

(Schluss aus No. 28.)

Einzelne Bemerkungen.

Der Tripper kommt unter den, einmal sogenannten, syphilitischen Krankheitsformen am seltensten in die ärztliche Behandlung des Spitals; dieses geht, namentlich bei Männern, aus deren Aussagen über die ausser dem Spital früher bestandenen Leiden hervor, abgesehen von den Beobachtungen in der Privatpraxis, welche dasselbe lehren. Zugleich erfährt man auf beiden Wegen, dass die mit schmerzlosen Blennorrhöen behafteten Kranken den Beischlaf, so oft als eben thunlich, ungestört fortsetzen. Es ergiebt sich hieraus ein Fingerzeig für die Medicinalpolizei; leider mangeln uns bisher die positiven Merkmale zur Unterscheidung des eigentlichen Trippers vom Katarrh: beide unbedingt in eine gleiche Kategorie zu setzen, erscheint unzulässig, wenn man die rasche und verderbliche Uebertragung des Tripperschleims von der Schleimhaut der Geschlechtstheile auf andere, von dieser auf das Auge betrachtet, wenn man ferner die Condylome, namentlich spitze, bei Tripper, nicht aber bei Katarrh, entstehen sieht; wenn bei dem Tripper Verengerungen der Harnröhre und Folgeleiden auftreten, welche bei Katarrhen anderer Röhren, wenigstens durch diese allein, selten bedingt werden; wenn man endlich auf die bedingenden Ursachen des Trippers und des Katarrhs, auf die Dauer beider, auf deren Ausgang und auf den Einfluss der innern und äussern Behandlung bei Tripper gegenüber dem einfachen Katarrh Rücksicht nimmt.

Es kam nicht ein einziger Fall von Tripper vor, bei dem nicht ein unreiner Beischlaf vorhergegangen wäre; Tripper als Erscheinung von Hämorrhoiden, von Würmern u. dgl. haben wir niemals beobachtet. Die Erfahrung lehrt, dass man nicht misstrauisch genug gegen die Aussagen der Kranken sein könne: sehr häufig stellen sie, aus verschiedenen Beweggründen, in Abrede, was sie später doch dem beharrlich ungläubigen Arzt eingestehen.

Die Entzündung der Vorsteherdrüse mit den gewöhnlich angegebenen Erscheinungen kam im Laufe des Jahres 1850 bei sehr wenigen Kranken vor; ebenso die Anschwellung derselben, welche auch als Ursache lange bestehender Blennorrhöen bezeichnet wird. Bei chronischen Blennorrhöen haben wir dagegen sehr oft Katarrh der Blase und, neben dem sichtbaren schleimigen oder schleimig-eitrigen Bodensatze, durch das Mikroskop Eiter, auf chemischem Wege aber kohlensaures Ammoniak und (meist kleine Mengen) Eiweiss im Urin ausgemittelt. Wir fahren fort, diese Beobachtungen zu sammeln, und werden daran jene vom Vorkommen des Eiters und Eiweisses im Urin bei Verengerungen der Harnröhre reihen.

Bei dem Tripper der Harnröhre häufiger als bei Balanoblennorrhöe findet man zuweilen bedeutende Entzündung eines, selten mehrerer, jener kleinen Talgbälge, die neben dem Bändchen der Vorhaut eingetragen sind; diese Entzündung erreicht mitunter einen beträchtlichen Umfang und bedingt Abscessbildung; wir spalteten den Balg, welcher in einem Falle zur Grösse eines Taubeneies angewachsen war. Aehnliche Anschwellungen der Schleimbälge trifft man bei Weibern in der und um die Harnröhre, häufiger aber rings um den Scheideneingang, gewöhnlich an den sogenannten Bartholinschen oder Duvernoy'schen Drüsen. Dieselben werden manchmal zu der Grösse eines Hühnereies ausgedehnt, bersten oft noch ausser der Anstalt, und zwar am häufigsten an der inneren Seite der kleinen Schamlippe, seltener an der äusseren, oder auf beiden (überhäutete Durchbohrungen der kleinen Schamlippen); finden sich dermals in der Nähe Geschwüre vor, so erfolgt directe Einimpfung der Syphilis, und es entwickeln sich jene breiten, ausgedehnten Verschwärungen, über deren Ursprung der minder Erfahrene keinen Aufschluss hat. Uebrigens beobachtet man Entzündungen der Schleimbälge so wie Blennorrhöen aus denselben ohne alle ansteckende Eigenschaften.

Bei einer Kranken sahen wir eine doppelte Scheide; dieselbe war nämlich durch eine derbe häutige Wand in zwei Hälften, einen vorderen weiteren, den Scheidentheil aufnehmenden, und einen hinteren, engeren im Scheidengewölbe, also blind endigenden Kanal geschieden; die häutige Wand begann am Scheideneingang und vereinigte sich mit dem Scheidengewölbe genau; im vorderen Kanal bestand Blennorrhöe, der hintere war davon frei.

Die als Trippermetastasen bezeichneten Krankheitsformen —

zumal die Gelenks- und insbesondere Kniegelenksentzündung — dann die „Trippertuberkeln" haben wir niemals beobachtet, und zwar in dem Zeitraume von 10 Jahren niemals, während welchem wenigstens ebenso viele tausend Kranke von uns gesehen worden sind. Auch haben wir ein plötzliches Verschwinden der Absonderung des Tripperschleims niemals beobachtet; die durch caustische Einspritzungen bewirkten zeitweiligen, raschen Unterbrechungen jener Absonderung erzeugten niemals eine der Entzündungen, welche als Folge der Unterbrechung hie und da noch angesehen werden. — Die Zahl der Verengungen der Harnröhre ist überhaupt bei uns, verhältnissmässig zu der Häufigkeit des Trippers, sehr geringe; bei zahlreichen Kranken, die wir mehrere Jahre nach der Heilung mit Einspritzungen gesehen haben, beobachteten wir keine Stricturen; dagegen in der Regel bei solchen, welche Tripper lange verschleppt hatten. — In der grössten Mehrzahl von Fällen fanden sich spitze Condylome noch mit der Urethralblennorrhöe gemeinsam vorhanden. Namentlich bei den Weibern deutet dieses gemeinsame Vorkommen entschieden genug auf die Entstehung jener Warzen hin; die Vaginalblennorrhöen sind die häufigsten, doch sind bei denselben allein die Warzen nicht gefunden worden; auch der Ort des Vorkommens ist bezeichnend; überaus selten die Scheidenschleimhaut.

In einem Falle von Verengerung der Harnröhre, von dem vorderen Drittel beginnend und sich bis zu dem hinteren erstreckend, war dieselbe bedingt durch Knochenbildung in den *Corporibus cavernosis* des Penis; über diese ausgedehnte Neubildung werden wir ausführlicher in einem eigenen Aufsatze, unter Anführung des Sectionsbefundes, berichten und mehrere Fälle anreihen, in welchen derbes, hartes Exsudat zwischen Harnröhre und *Corporibus cavernosis* ebenfalls Verengerung der Harnröhre bedingte.

Wir sahen niemals irgend eine jener heftigen oder geradezu zerstörenden Einwirkungen auf Harnröhre und Harnblase, welche man den caustischen Einspritzungen in die Harnröhre hie und da noch zuschreibt, obgleich wir die (auf den gewöhnlichen Fassungsraum der Harnröhre annäherungsweise berechnete) Menge des Mittels ohne alle Vorsichtsmaassregel einspritzten. Allerdings liessen wir dieselben nur 1—2 Minuten in der Röhre verweilen. — Sehr häufig gründet sich die geringe Wirksamkeit oder Erfolglosigkeit der Einspritzungen auf die ungenügende Einspritzungsweise, oder auf die schlechte Beschaffenheit der Präparate: dieses gilt ganz besonders von dem, der Zersetzung sehr leicht unterliegenden *Joderetum ferri*.

Kranken, welche häufig von nächtlichen Erectionen und Pollutionen heimgesucht wurden, ohne dass Kälte, kühle Bedeckung, leichtere Abführmittel u. dgl. m. Abhülfe geleistet hätten, gab man das *Natrum hydrobromicum* (*Drachm. semis* auf 3 Unzen Wasser, Abends 3 Esslöffel zu nehmen), und erzielte damit oft Beschwichtigung jener Uebelstände besser als mit Kampher.

Auffallend häufig kam gerade bei Tripperkranken die Hypospadiasis (bei allen unsern Kranken im Jahre 1850 zusammen 41 Fälle) vor; man sah alle Grade von Spaltungen der Harnröhre bis auf 1¼ Zoll Länge, mit überaus feiner Mündung der Harnröhre selbst und dennoch Blennorrhöe derselben. Ein Fall von Epispadiasis, wobei die Eichel vollständig getrennt ist, die *Corpora cavernosa* zur Seite dieser Spalte liegen, und diese nur durch die allgemeine Bedeckung des Penis geschlossen ist, soll im Berichte des Jahres 1851 seinen Platz finden.

Die primären syphilitischen Geschwüre haben wir verhältnissmässig nur sehr selten auf anderen als den Geschlechtstheilen wahrgenommen, und es liess sich immer die Uebertragung auf diese Stellen nachweisen. Einzelne Kranke übertrugen den Eiter des Geschwürs auf ihre Schenkel, auf Finger, Brustwarzen, um den After herum, auf den Nasenflügel, in das Ohr und den äusseren Gehörgang, und auf die Unterlippe, gewöhnlich an Stellen, wo vorher durch Kratzen und Risse die Epithelien der Haut abgestreift oder durch scharfe Flüssigkeiten gelockert und abgeschoben worden waren. — Einimpfungen in die, bei Gebärenden so häufigen, Einrisse in das Mittelfleisch fanden oft statt und hatten, abgesehen von der Entwickelung secundärer Formen, einen sehr langwierigen Verlauf und die Bildung hässlicher derber Narben oft zur Folge. Den Aussagen der Wöchnerinnen nach scheuen die Hebammen jede nähere Berührung, vornehmlich aber eine sorgsam fortgesetzte Unterstützung des Mittelfleisches auf das ängstlichste, während dem Geburtsvorgange bei „syphilitischen" Gebärenden. Eine solche Scheu fällt auf bei Weibern, welche in der grösseren Mehrzahl hinsichtlich der Syphilis Anderen eben nichts nachzutragen haben, hängt aber psychisch zusammen mit der strengen Observanz der Regeln des Anstandes, auf welche abgelebte Sünderinnen so viel zu halten pflegen.

Ueber diagnostische Impfungen mit dem Eiter von primären syphilitischen Geschwüren behalten wir uns den Bericht für das nächste Jahr vor, um die bei Thieren eben damit gemachten Impfungsversuche mit demselben zu verbinden. Vom breiten Condylome zu impfen, dasselbe überhaupt zu übertragen, haben wir bisher vergeblich versucht. Nach solchen Versuchen und nach unseren zahlreichen Beobachtungen erschien das im Jahre 1850 vielfach verbreitete Gerücht von Ansteckung durch Cigarren nicht glaubwürdig. Dennoch forschten wir einige Zeit hindurch allen zu unserer Kenntniss gekommenen Fällen ganz besonders nach, und es ergab sich nicht ein einziger genau erwiesener Fall, in welchem die Syphilis — Mund- und Rachengeschwüre — durch das Cigarrenrauchen übertragen worden wäre [1]). Wenn auch viele der sehr zahlreichen, in den Cigarrenfabriken beschäftigten Mädchen, namentlich an Blennorrhöen, leiden, so ist das Geschwür bei denselben selten; die Art aber, wie die Bearbeitung der Tabaksblätter zu Cigarren betrieben wird, schliesst die Möglichkeit der Uebertragung einer Flüssigkeit von den Geschlechtstheilen auf die Finger und daher auf die Tabaksblätter geradezu aus; überdies werden die Cigarren in einer ziemlich hohen Temperatur getrocknet und kommen nicht sofort in den Verkehr. Die angeführten Thatsachen, mit diesen Umständen zusammengehalten, schliessen daher die Besorgniss einer Verbreitung der Syphilis auf diesem Wege gänzlich aus.

Man hatte einst den Syphilitischen die Immunität vor der Cholera und dem Typhus vindicirt; die Erfahrung hat uns oft genug in Galizien und in Ungarn, in Wien und im Krankenhause insbesondere das Gegentheil gelehrt, so auch im Laufe des Jahres 1851.

In der Diagnose der Geschwüre wird auf die Härte des Grundes derselben ein besonderes Gewicht gelegt, ja man ist vielseitig geneigt, diesen Charakter als den einzig specifischen anzusehen, oder nur darauf die Prognose der secundären Leiden zu begründen. Abgesehen von, genau beobachteten, Fällen früherer Jahre, bei denen, ungeachtet der niemals vorhanden gewesenen Härte des einzigen bestandenen Geschwürs, dennoch secundäre Formen bestanden; — abgesehen von Fällen, bei welchen der harte Grund des Geschwürs eine harte Narbe Jahre lang zurückliess und ungeachtet der rein örtlichen Behandlung in mehreren Jahren keine secundären Formen erfolgten, haben wir auch in diesem Jahre eben dieselben Beobachtungen wiederholt. Vor der Hand schlagen wir jene Härte daher auch nicht unbedingt so hoch an, wenn gleich wir darin ein wichtiges Merkmal erkennen. Bei Skrophulösen, bei sehr fetten, bei sehr herabgekommenen, und insbesondere bei von Wechselfiebern lange befallenen Individuen sahen wir die Geschwüre häufiger mit hartem Grunde bestehen und die Narben häufiger hart bleiben, ja jeder äusserlichen und innerlichen Behandlung widerstehen. — Aus den Eingangs dieses Berichtes gelieferten statistischen Uebersichten ergiebt sich der ungenügende Raum der Anstalt; dieser Umstand und das Drängen der Kranken bestimmen zu der Entlassung derselben nach vollständiger Vernarbung der Geschwüre, wenn keine anderen Krankheitserscheinungen mehr wahrnehmbar sind. Wünschenswerth wäre allerdings eine längere genauere Beobachtung solcher Kranken und eben in deren nächstem Interesse gelegen; aber so lange die kurz vorher bezeichneten Beweggründe bestehen, werden wir denselben folgen müssen und mit Seelenruhe jene Schreier klaffen hören, welche dieses Verfahren bitter tadeln, aber in ihren Berufskreisen eben dasselbe befolgen.

Bei der Diagnose der secundären Formen gelang es oft genug, die Narbe der primären Erkrankung aufzufinden; auf diese und auf eine Mehrzahl noch vollständig vorhandener, oder in den Resten noch erkennbarer, Merkmale wurden die Diagnosen jener Leiden gebaut; eine einzelne und vereinzelte Erscheinung vermag bekanntlich auch den geübtesten Beobachter zu täuschen, und bei dem grossen Missbrauche, welcher mit den Benennungen secundäre Syphilis, Pseudosyphilis, ererbte Syphilis, Syphiloid u. s. f. getrieben wird, trennten wir die Diagnosen der Wahrheit von jenen der Wahrscheinlichkeit und Möglichkeit, soweit der Zustand unserer Kenntnisse es erlaubte. Auf den Umstand, dass gewisse Formen durch die sogenannten Antisyphilitica geheilt worden sind, legten wir begreiflicherweise nur ein sehr geringes Gewicht in der *Diagnosis — posthuma*.

Für die Lösung einer der wichtigsten Fragen, nämlich über den Werth der Behandlung primärer Formen mit oder ohne Quecksilber, bezüglich der Häufigkeit und Heftigkeit secundärer Erkrankungen haben wir noch sehr wenige Thatsachen sammeln können, weder einige Hundert Fälle, noch eine Erfahrung einiger Jahre reicht dazu hin; auch eignet sich zu solchen Beobachtungen weniger ein Krankenhaus mit so wandelbaren Kranken, deren grösster Theil nicht mehr oder nicht ausschliessend immer wieder dahin zurückkehrt. Dagegen wäre jene Frage eine von unseren Militärärzten aufzufassende und positiv zu lösende Aufgabe, sintemal die Kranken später als Ge-

[1]) Nachforschungen stellte man an in 29 Fällen; davon waren secundär syphilitisch mit deutlichen Merkmalen an den Geschlechtstheilen 13; mit Tripper behaftet 6; mit Schrunden und Schleimhautpapeln an den Lippen, sowie Condylomen an den Genitalien 4; mit Zungengeschwüren von scharfen Zahnbruchstücken (Stümpfen) 2; mit Epithelialkrebs an der Zunge 1, an der Lippe 1; mit Geschwüren an den Lippen und an Geschlechtstheilen 2.

nesene Jahre lang unter ihrer ausschliessenden Aufsicht bleiben. — Immerhin verdient angeführt zu werden, dass seit länger als zehn Jahren auf der Abtheilung für Männer der innere Gebrauch des Mercurs ungemein beschränkt war, bei rein örtlichen Erkrankungen gar nicht stattfand; die geringe Zahl und die milde Beschaffenheit secundärer Erkrankungen gäbe ein sehr günstiges Zeugniss für eben diese Behandlung ab, welches übrigens mit anderen Beobachtungen nur übereinstimmt.

Den längsten Aufenthalt im Krankenhause machten die mit Drüsenentzündungen behafteten Kranken; sie kosteten die meiste Pflege, namhaft grössere Auslagen und verdarben die Luft der häufig überfüllten Säle mehr als andere Kranken. Der Grund dieses Uebelstandes liegt in der Gewohnheit und dem Herkommen, syphilitische Formen, so lange man dabei nur gehen kann, ausser dem Spitale zu behandeln; aber auch diese Behandlung ist oft eine zweckwidrige, und namentlich hat die Quacksalberei, Marktschreierei und Kurpfuscherei ein offenes, weites, vielfach ausgebeutetes Feld gerade an der Syphilis in Wien. Der grössere Theil unserer Kranken war auch ausser der Anstalt in solchen Händen gewesen, und es ist bemerkenswerth, mit welcher Geduld und Ausdauer die Kranken von dergleichen Händen sich behandeln liessen, während eine ähnliche Geduld den Kranken bei uns und bei anderen Aerzten oft mangelte; auch waren bei jenen Händen die Geldopfer der meist mittellosen Kranken gewöhnlich namhaft, während in dem an Aerzten überreichen Wien die unentgeltliche Hülfe keinem Dürftigen fehlt.

Bei dem Unfuge, welcher mit Mercurialmitteln getrieben wird, kamen nicht wenige Kranke mit oft namhaft entwickeltem Speichelfluss in die Anstalt; es waren darunter selbst solche, die ausser leichten Vaginal- oder Urethralblennorrhöen weder syphilitisch krank waren, noch gewesen waren; meistens hatten sie Corrosiv innerlich oder die graue Salbe äusserlich angewendet. Die bedeutenden Schmerzen am Zahnfleisch und der Schleimhaut der Wangen wichen rascher den Einpinselungen von Mischungen des Chloroforms mit Gummischleim (1 zu 4), als jene mit *Acidum muriaticum dilutum* und mit Opiaten. Innerlich geben wir *Chloras Kali* und *Natri* (1—2 Drachmen in 6 Unzen Wasser), seltener Jodkali dann, wenn zugleich eine noch bestehende syphilitische Form dadurch getilgt werden sollte.

Neben der kläglichen, den betreffenden Behörden oft genug, jedoch erfolglos, gerügten Beschaffenheit jener Säle (18a, 18b, 18c und 19), welche den grössten Theil der kranken Männer aufnehmen, sind noch zwei der drückendsten Mängel die, dass es unmöglich ist, die Kranken nach Alter, Beschäftigung und moralischer Beschaffenheit von einander zu scheiden; dass ferner die ganze Abtheilung nicht durch Eine einzige Hauptsperre abzuschliessen ist.

Der erste Uebelstand — Unmöglichkeit die Kranken zu trennen — bringt eine steigende Entsittlichung unter den männlichen, vornehmlich aber unter den weiblichen Kranken hervor; das Mädchen von 7—15 Jahren, zufälliger Weise, ja oft schuldlos genothzüchtigt oder verführt, liegt in Einem Saale mit der abgefeimtesten alten Hure, und wird hier erst, während einer mehrwöchentlichen Dauer der Behandlung ohne Erziehung und ohne Beschäftigung, recht zum Laster vorbereitet und abgerichtet; so werden in dem Krankenhause auch zwischen dem aus Noth oder aus Liebe gefallenen Mädchen Bekanntschaften gestiftet mit Gassendirnen und Polizeigefangenen, welche jene natürlicherweise zu ihrem Gewerbe anlocken und in alle Kunstgriffe der Schande recht einweihen. Bei dem Mangel einer geregelten Beschäftigung [1]) gelingen die Werke des Müssiggangs, der Ueberlistung und des Trugs nur desto sicherer, als die aus der Anstalt austretende Genesene oft ohne Unterkunft ist, ja eine solche viel schwerer findet, weil man ihre Krankheit erfahren hat und sie deshalb meidet.

Die Unmöglichkeit, die Abtheilung gehörig abzuschliessen von den übrigen Theilen des Krankenhauses und den Verkehr derselben unter eine einzige zuverlässige Aufsicht zu stellen, bringt sehr vielfache Nachtheile für die Anstalt und für die Kranken selbst mit sich. Zuvörderst ist gar keine Maassregel der Ordnung und Reinlichkeit, des diätetischen Verhaltens und der Anwendung der Heilmittel genau durchführbar; die Kranken stehen auf, statt liegen zu bleiben; wandern von den Sälen in die Küchen, von einem Saale zum andern und auf die offenen Höfe; allein oder in Verbindung mit (immer auf diesen Höfen anwesenden) fremden Personen besorgen die Kranken grossartige Einkäufe von Nahrungsmitteln — gewöhnlich grober und wohlfeiler Beschaffenheit — Getränken und Tabak; unter vorgeblicher Hülfeleistung an die Wärtersleute sahen wir sie in allen Höfen der Anstalt umherschwärmen, selbst während Schmierkuren u. dgl. Solche schwere Vergehen gegen die ärztlichen Anordnungen kann man weder durch freundliches, ernstes Zureden, noch durch Warnung, noch durch die üblichen Strafen (der Entziehung des Essens u. dgl.) beseitigen, denn die wenigsten Wärtersleute unterstützen den Arzt; vielmehr machen sie gemeinsam mit den Kranken die Uebertretung der gegebenen Vorschriften, bilden eine genau verkettete Opposition und Verhehlung gegen dieselben und haben die in die Hand des Arztes gelegte Entlassung vom Dienste nicht zu fürchten, denn sie wissen, dass um den elenden Lohn (20 Krz. täglich) kein besseres Individuum gefunden wird, daher der Arzt lieber — so lange nur eben zu ertragen — bei den schon bekannten Personen zu bleiben genöthigt ist. Man wundere sich nicht über diese Jeremiade: aber sie ist die tägliche unseres Dienstes, und viele unverständige Kranke werden durch Gelegenheit und böses Beispiel auf Monate lang verdorben, während der Arzt der Vereitelung und Vernichtung der langsam erzielten Besserung nur mit Bedauern zusieht. Die Verpflegungskosten für den Kranken, die Zeit, die Mühe und die oft sehr kostbaren Heilmittel des Arztes sind rein weggeworfen in hunderten von Fällen, in welchen eine wohlgeregelte Disciplin allein den Erfolg gesichert hätte. — Eine vollständige Abschliessung der Anstalt würde, neben einer mehr gesicherten Erreichung ihrer Bestimmung, auch eine namhafte Ersparung der Behandlungskosten im Gefolge haben — ein heutzutage hochwichtiger Umstand.

Die Zahl der Syphilitischen, in grossen Städten immer namhaft, vermehrt sich bekanntlich während und nach Kriegen beträchtlich. Wir haben diese Erfahrung in den letzten Jahren neuerdings auch in Wien gemacht, wo überdies die Prostitution noch keiner bestimmten Gesetzgebung bisher unterzogen worden ist. Die Prostitution besteht aber auch in Wien in bekannter, grosser Ausdehnung; ich habe selbst im Jahre 1849 der betreffenden Behörde einen Vorschlag zur Beaufsichtigung derselben vorgelegt, und im Laufe des Jahres 1851 ist dieser Gegenstand von der ärztlichen Körperschaft Wiens umfassend besprochen worden. Alle Sachverständigen theilen die Ueberzeugung, dass eine planmässige, wohlgeregelte Ueberwachung der Prostitution dringend nothwendig ist; in der Wahl der Mittel zu diesem Zwecke gehen die Ansichten, wie überall, in verschiedenen Richtungen auseinander. Da ich an einem anderen Orte den Gegenstand vielleicht behandeln werde, so will ich hier nur bemerken, dass eine einseitige Beaufsichtigung der Weiber, und zwar nur einer Klasse von Weibern, unzureichend ist; — dass die Männer der Untersuchung ebenfalls unterzogen werden müssen, zumal Zunftgenossen, Fabriks- und Handarbeiter; dass die Untersuchung des Militärs mit mehr Strenge und Genauigkeit, als üblich, vollzogen werden sollte; dass alle betreffenden Individuen über die ersten Erscheinungen der Krankheitsformen passend zu belehren und an die schleunigste Einholung ärztlichen Rathes zu weisen wären; dass die ambulante Behandlung Syphilitischer, welche einer zweckmässigen Unterkunft und Pflege entbehren, nicht zu gestatten sei; dass ferner das Dienstbotenwesen besser geordnet werde, denn die Erfahrung lehrt, dass aus den Provinzen in der Hauptstadt eintreffende Weiber, anfangs unterkunfts- und erwerbslos, der Verführung und Hurerei sehr häufig verfallen, ebenso die zeitweilig dienstlosen Mägde und Arbeiterinnen, welche aus Noth zum Gewerbe greifen. Die Handhabung aller solcher Maassregeln mit wahrer Humanität würde weit entschiedener zu dem Zwecke führen, als harte Drohungen und strenge Strafen gegen Leidenschaften, deren Bestehen weder Logik noch Moral hinweg zu disputiren vermag.

Zu Anfang des Jahres 1849 erfolgte die Vereinigung der früher ganz getrennten Abtheilungen für männliche und weibliche Syphilitische zu Einer selbstständigen Abtheilung.

Seit dem Jahre 1849 ist mit der Abtheilung ein geregelter öffentlicher klinischer Unterricht über Syphilis verbunden. Zu diesem Zwecke sind 2 Säle neu eingeräumt worden: No. 77 für Männer und No. 76 für Weiber; jeder dieser Säle enthält 26 Betten und hat eben durch den Ausbau je eines grossen Mittelfensters eine treffliche Beleuchtung erhalten. Die unmittelbare Verbindung der Klinik mit der Abtheilung beider Geschlechter gewährt den Vortheil, aus einer grossen Zahl von Fällen die lehrreichsten für den Anschauungsunterricht auszuwählen. Der Raum der beiden Säle genügte aber nicht, um allen Kranken, die auf diesen vorzugsweise behandelt zu werden wünschten, die Aufnahme daselbst zu gewähren; damit hat sich auch die mehrseitig geäusserte Besorgniss behoben, welche hinsichtlich der Abneigung oder Weigerung der Weiber gegen öffentliche Anschauung erhoben worden war. Die klinischen Curse dauern gewöhnlich 8 Wochen und haben im Jahre 1849—50 einer Zahl von 120 jüngern Aerzten Gelegenheit gegeben, sich in Erkenntniss und Behandlung syphilitischer Formen zu üben.

Das ärztliche Personal der ganzen Abtheilung besteht gegenwärtig aus einem Primararzte, zwei Secundarärzten und drei Internisten, welche sämmtlich im Hause wohnen und die festgesetzten Besoldungen beziehen, ferner einen unbesoldeten Externisten. Aus der emsigen Dienstleistung dieses Personales erwachsen auch die schriftlichen Daten,

[1]) Eine von uns angelegte reichhaltige Lesebibliothek wird nur von sehr wenigen, welche lesen können, benutzt, und diese wenigen haben nur geringe Fähigkeiten zum Verstehen des Gelesenen: sehr viele können nicht einmal — nähen!

auf welche die statistischen und wissenschaftlichen Arbeiten sich gründen, mit denen wir hier angefangen haben, deren Unvollständigkeit wir recht wohl kennen, deren Ergänzung und Erweiterung der Gegenstand unserer gegenwärtigen Bemühungen ist, weshalb das bis jetzt Gelieferte mit Nachsicht aufgenommen werden möge.

Mittheilungen aus der städtischen Kranken-Anstalt zu Königsberg in Pr.

Von

Dr. Lange.

Man hat nicht gerade häufig Gelegenheit, die Bildung organischer Herzkrankheiten bald nach und in ihrer Entstehung am Sectionstische nachzuweisen, deshalb gestatte ich mir drei Fälle mitzutheilen, die diese Bildung mir besonders anschaulich zu machen scheinen, und von denen namentlich der zweite die Entstehung der angenommenen Herzpolypen darthun möchte.

Fall I. Johanna G., 22 Jahre alt, eine kräftige Blondine, Virgo, stets regelmässig, aber seit 5 Monaten ohne bekannte Veranlassung nicht menstruirt, kam den 20. Jan. 1850 in die Anstalt. Sie litt an entzündlichem Brustkatarrh mit lebhaftem Fieber, angeblich seit 2 Tagen, und klagte über Schmerzen am linken Unterschenkel, der etwas erysipelatös entzündet war, wie so häufig bei Mädchen, deren Menses stokken. Sie erhielt ein *Decoct. altheae* mit *Kali nitric.* und *Ammon. muriat.* Am 21. Morgens war das Fieber lebhafter, Stiche in der rechten Brustseite, Athemholen erschwerter, Gesicht gerötheter. Die Auscultation documentirte Bronchitis, die weit verbreitet war, zugleich war an einzelnen Stellen der Percussionston dumpfer als gewöhnlich bei Bronchitis, so dass an dieser der Uebergang in Pneumonie zu besorgen war. Venäsect. 1 Pfd. und innerlich *Solut. Tart. stib.* ℥vj e ℈β, *Tinct. opii* ℈β, abwechselnd mit *Calom.* gr. j. *Opii puri* gr. $\frac{1}{4}$, *dos. octo*, und Cauterisation des schmerzhaften, erysipelatös afficirten linken Unterschenkels. Abends noch ein Vesicator auf die Brust. Das Athmen war hastig geworden, wegen der unterbrochenen bronchialischen Geräusche der Zustand des Herzens schwer festzustellen. Man hörte in demselben ein Sausen wie bei Chlorotischen, jedoch weicher. Den 22. Gesicht sehr circumscript geröthet, indessen die Brust freier. Der *Tart. stib.* wird beibehalten. Den 23. wenig Husten, doch schien der Auswurf noch zu stocken; sichtliche Schwäche. *Infus. Senegae* mit *Sulph. aurat.*, und da mehrere Stühle eingetreten, mit Zusatz von *Tinct. opii croc.* Den Abend vermehrte Schwäche, daher *Camph.* mit *Sulph. aurat.* und Schröpfköpfe auf die rechte Seite des Rückens im Bereich der Lungen. Den 24. offenbarer Typhus, Nachts und am Tage fortwährend Deliriren, die Kranke gab zwar angerufen Antwort, lag aber sonst mit geschlossenen Augen, kurzer heftiger Athem, blauröthliche Wangen; dabei hatte sie viele unwillkürliche Stühle, der Leib wenig aufgetrieben. Klystiere aus *Argent. nitr.* Den 25. vermehrte Schwäche, comatöser Zustand, schlechter Puls. Die kalten Umschläge über den Kopf und die Essigwaschungen wurden beibehalten, innerlich *Mosch.* p. d. 3 gr. mit $1\frac{1}{2}$ gr. *Camph.* und $\frac{1}{2}$ gr. *Kerm. mineral.* gegeben. Sturzbäder, Vesicator auf den Kopf, Umschläge auf den aufgetriebenen Unterleib von *Ol. terebinth.* bei dem ferneren Gebrauche von Moschus waren fruchtlos, die Schwäche nahm immer mehr zu; die Kranke, die auch Wein bekam, äusserte nichts, und nur wenn man sie an den um die Cauterisationsstelle missfarbig roth gewordenen linken Unterschenkel fasste, sehr lebhaften Schmerz. Den 23. Mittags trat der Tod ein.

Section 20 Stunden nach dem Tode. Das Gesicht so entstellt, dass ich die Person schwer wieder erkannte, namentlich sah sie viel älter aus, wie eine Frau von 36 bis 38 Jahren, wohl weil die Augen tief eingefallen waren, obgleich sich dies schon während des Lebens am Todestage Morgens gezeigt hatte. Die Hautdecken sehr fettreich, die Muskeln ganz typhös, von der Farbe des geräucherten Schinkens. Die schmutzige Röthe um die cauterisirte Stelle am linken Unterschenkel war ganz verschwunden und sah wie die übrige Haut aus, bleich mit hellgelblichem Anstrich. Im oberen Lappen der linken Lunge viel theerartiges Blut, dabei in der Tiefe des Gewebes mehrere Lobuli entzündet, im unteren Lappen zwar auch, aber viel weniger theerartiges Blut. Die rechte Lunge an mehreren Stellen, und besonders im untern Lappen, atelektatisch. Das Herz mässig gross, sehr welk, auf dem Ueberzuge des rechten Atrium mehrere hirsekorngrosse, im Umfange eines Zweigroschenstücks zusammen gruppirte halbliniendicke Exsudatpunkte; das rechte Atrium und der rechte Ventrikel enthalten viel ziemlich festes Fibrincoagulum, welches besonders im Ventrikel zwischen den Trabeculis fest aufsitzt und schwer von der Muskelsubstanz zu unterscheiden ist. Die *Valvula tricuspidalis* sehr dünn, die Zipfel offenbar viel kürzer als sonst, dabei sehr dünn, und keine der von ihnen auslaufenden Sehnen länger als $\frac{1}{2}$ Zoll, viele von ihnen aber auch nur 2 Linien lang, ja nach aussen (rechts zu) war der Zipfel an einer Stelle unmittelbar mit dem Papillarmuskel verbunden; die Sehne fehlte ganz. Man kann überhaupt kaum 3 Linien tief unter die ganze Klappe, der Limbus ist verdickt, und auf der freien Fläche der Zipfel, und besonders des Limbus, sitzen in grosser Anzahl etwa $1 - 1\frac{1}{2}$ Linien lange Excrescenzen, die spitzen Condylomen täuschend ähnlich sind. Dieselben Excrescenzen, und zwar wie dort isolirt, d. h. jede alleinstehend, finden sich auf der *Valvula bicuspidalis*, die von gleicher Beschaffenheit, nur wohl etwas verdickter als die *tricuspidalis* ist. Die Milz, die während des Lebens anfangs etwas geschwellt erschien, war weder vergrössert, noch krankhaft beschaffen. Die Leber blutreich. Der ganze Dünndarm war wie mit Blut injicirt und die solitären Drüsen blutig angeschoppt, dabei viele Plaques von ansehnlicher Grösse. Der Uterus, 3 Zoll weniger 1 Linie lang, zeigte im Orificium etwas missfarbigen Schleim, die *Labii orificii* waren schlaff, und nicht wahrzunehmen, dass ein Labium über das andere vorrage. Der Hymen war erhalten, aber siebförmig. Eine Einspritzung in die Uterushöhle brachte in dieselbe kaum einige Tropfen.

Fall II. Julius L., Musikus, 43 Jahre alt, kam, angeblich erst seit 4 Wochen krank, den 28. Nov. in die Anstalt. Derselbe fieberte etwas, zitterte dabei sehr, war hastig, sehr schwach, litt an Schlaflosigkeit, kurz bot alle Zeichen des beginnenden *Delir. tremens* dar. *Solut. Tart. stib.* ℥vj e ℈β. *Tinct. opii* ʒβ beseitigte dasselbe sehr bald, doch blieb grosse Kraftlosigkeit, Appetitlosigkeit, kachektisches Aussehen, und wie der Kranke sagte, besonders Brustschwäche, an der er nebst Kurzathmigkeit seit langer Zeit gelitten, in verstärktem Maasse zurück. Damit war etwas katarrhalischer Auswurf und Husten verbunden. Wenn gleich die Exspiration ziemlich laut und lang war, so sprach doch nur etwa die grosse Kraftlosigkeit und Abmagerung für einen phthisischen Zustand. Alles dies konnte aber überhaupt von dem reichlichen Schnapsgenuss, der Dürftigkeit des Kranken während der letzten Monate hergeleitet werden. Ende December nahm die Kurzathmigkeit zu, und am 31. December zeigte die Auscultation, die bisher trotz öfterer Wiederholung resultatlos geblieben, Anschoppung in den Lungen, die jedoch einen phthisischen Charakter nicht verrieth, vielmehr von dem anhaltenden Liegen des Kranken naturgemässer herzuleiten war (hypostatische Pneumonie). Es wurde *Calom.* mit *Sulph. aurat.* und *Camph.* verordnet, die Kräfte schwanden aber immer mehr, der Husten, das Fieber nahm zu; den 5. Jan. Abends erfolgte der Tod, nachdem der Herzschlag in den letzten Tagen sehr matt gewesen war.

Section nach 11 Stunden. Die Leiche war schwer erkenntlich, so sehr war der Gesichtsausdruck verändert. Beide Lungen ganz und gar an die Rippenpleura angewachsen. Die linke Lunge voll Narben und Tuberkel, ausserdem im unteren Lappen noch Pneumonie. Die rechte Lunge gleichfalls voll Miliartuberkel nebst Pneumonie und einer Menge kleiner Cavernen. Milz klein, matschig, Leber röthlich, stark cirrhotisch. An der Scheidewand im linken Ventrikel viel coagulirtes Blut und noch mehr Fibrincoagulum aufsitzend, letzteres war zwischen die Trabeculae abgelagert und vollständig organisirt. Diese Fibrinenagula bildeten zum Theil federposendicke Cylinder, welche kolbig endeten, von ihnen gingen Fäden aus, welche um die Trabeculae herumliefen, ganz wie eine Schnur oder Schlinge, diese Cylinder hatten ferner alle ein Lumen, das verschieden gefüllt war, theils mit zersetztem Blut, theils mit einer dicklich milchigen, theils eitrigen Flüssigkeit. Andere Fibrincoagula bildeten eine grössere, etwa haselnussgrosse doch unregelmässig geformte mehr flache Masse, doch auch sie waren mit einem Lumen versehen, mit milchig eitriger Flüssigkeit gefüllt und ähnelten mehr einem Abscesse. Schnitt man die erwähnten Schlingen durch, so lösten sich diese Faserstoffcylinder leicht von der aufsitzenden Stelle ab, nur an einzelnen Punkten adhärirten einzelne fester, und hatte hier sichtlich schon eine Verklebung mit dem unterliegenden innern Ueberzuge des Herzventrikels stattgefunden. Die innere Haut des Ventrikels selbst war nicht entzündet. Wahrscheinlich entstehen auf solche Weise die sogenannten Herzpolypen, indem sich während des Lebens der Faserstoff aus dem Blute ablagert und organisirt, und ebenso die meisten organischen Herzkrankheiten. Nieren anämisch, — sonst nichts zu bemerken.

Fall III. Die Dienstbotin C. B., 25 Jahr alt, schwarzhaarig, wohlgenährt, klagte bei ihrer Aufnahme am 21. Dec. über Schmerzen an der äusseren Seite des unteren Drittheils des rechten Unterschenkels. Die genaueste Untersuchung liess jedoch nur eine geringe begrenzte Spannung in den Weichtheilen fühlen, als beginne ein Sehnenbeutel anzuschwellen. Vom Fieber auch nicht eine Spur. Die Kranke wurde täglich untersucht und näher beobachtet. Am 23. keine Veränderung nach dem Befunde, doch der Angabe der Kranken nach vermehrter Schmerz; und daher wurden, um den Schein einer Vernachlässigung der Kranken, die übrigens eine halbe Portion mit vielem Appetit ass, zu

vermeilen, Schröpfköpfe an die schmerzhafte Stelle gesetzt, und einige Tage später (26. Dec.) Jodtinctur eingerieben, da mir nun die Spannung etwas deutlicher schien. In den nächsten Tagen hatte die Kranke bei horizontaler Lage gar keinen Schmerz, aber war ganz unvermögend den ganzen Schenkel zu bewegen, als sie aufstehen musste, schleppte sie ihn, als wäre er gelähmt, und Fuss und Schenkel waren nach dem linken Fusse zu gerichtet. Die Einreibung wurde den 29. und 30. beibehalten. Am 31. Dec. Abends klagte die Kranke über Brustbeklemmung, sie fieberte plötzlich sehr stark, der Athem war sehr beschleunigt, und der erste Herzton deutlich rauh. Es wurde sofort ein Aderlass von 1 Pfd. gemacht, innerlich ℥β *Nitrum in Decoct. altheae* gereicht. Am 1. Jan. Morgens keine Besserung, das Gesicht voller Angst, gedunsen, bleich, Athem jagend. Schweiss im Gesicht, sehr frequenter Puls. Ableitende Hand- und Fussbäder, Senfteige, Abends derselbe Zustand, Lippen blau, Schweiss tropfenweise vom Gesicht laufend. *Inf. digital.* mit *Tart. stibiat.*, grosse spanische Fliege auf die Brust, Venäsection wiederholt, indessen ohne allen Erfolg. Den folgenden Morgen um 5 Uhr trat der Tod ein. Noch muss ich bemerken, dass vom 31. Dec. ab die Brust täglich zweimal auscultirt wurde, dass der Rücken stark gewölbt, und die Percussion hinten einen hohlen Ton gab, als klopfe man auf ein hohles Fass, den 1. Abends zeigte sich in der Brust rechts unten der Ton etwas weniges dumpf, und ganz feines Knistern, so dass Oedem vermuthet wurde.

Section nach 28 Stunden. Viel Serum in der linken Brusthälfte, die Lunge unten etwas fester, die rechte ganz verwachsen, im untern Lappen ödematös, der rechte Ventrikel ganz mit Fibrincoagulum angefüllt, an der Klappe, und zwar an dem nach der Scheidewand zugekehrten Zipfel, eine circa ½ Zoll lange Fibrincoagulum-Auflagerung, dieselbe sitzt fest an der Klappe, ist deutlich angewachsen, doch sieht man an der Grenze zwischen Klappenzipfel und Fibrincoagulum einen deutlichen Strich von schwärzlichem Blut, so dass es wahrscheinlich wird, dass das Fibrin von der Klappe ausgeschwitzt, und nicht aus dem im Herzen enthaltenen Blut abgelagert worden; übrigens ist diese Fibrinmasse ziemlich fest, nur dicht unterhalb des schwärzlichen Blutstriches wie gallertartig. Der Magen liegt ganz in der Nabelgegend, die Leber ist ganz mit dem Diaphragma verwachsen und wie quer abgeschnürt. Von den übrigen Organen nichts zu bemerken, namentlich spricht das Herz sonst nicht für Entzündung, man müsste eine solche denn deshalb annehmen wollen, dass die innere Herzauskleidung bleich war, nach so kurzer Dauer hätte ich sie aber bei Entzündung röther vermuthet.

Mittheilungen einiger interessanten Fälle aus eigener Praxis.

Von

Dr. Küchenmeister,
prakt. Arzte in Zittau.

1. Eiteransammlung an der Basis der rechten Brusthälfte, Oeffnung und Erguss des Eiters durch einen Bronchus des rechten unteren Lungenlappens, *Pyaemia secundaria*, Abscess in der Scheide des *Musc. rectus abdominis dexter* (metastatischer Abscess), Oeffnung der Muskelscheide mittelst des Messers, Heilung.

Am 16. Nov. 1848 erkrankte plötzlich unter heftigem, galligem, massenhaftem Erbrechen nebst Kolikschmerzen ein hiesiger, den höheren Ständen angehöriger Herr, nachdem er einige Tage zuvor einer starken Durchnässung auf einem sehr zugigen Bahnhofe sich ausgesetzt, und bei sehr stürmischem, schon winterähnlichem Schneegestöber noch eine Reise zu Wagen einige Stunden weit unternommen hatte. Es folgten alsbald nach Beseitigung der Kolik durch Hautreize, Opiate und *Potio Riveri* leicht icterische Erscheinungen, sowie Abgang ungefärbter Fäces, unter immer anhaltenden Fiebererscheinungen. Auscultation und Percussion der linken Brusthälfte und des Herzens normal, was ebenso von der rechten Brusthälfte in ihren oberen drei Viertheilen galt. Nur an der Basis der rechten Brusthöhle erstreckte sich der gewöhnliche dumpfe Leberton noch 1—1½ Plessimeter breit über seine normale Grenze hinaus, und die Grenze der Leber nach unten hin war ebenfalls um eine gleiche Breite weiter nach unten herabgedrängt, als dies normal der Fall zu sein pflegt, ragte also um 1, knapp 1½ Zoll unter den falschen Rippen hervor. An der Brust fehlten die normalen Respirationserscheinungen in gleicher Ausdehnung, als die Dämpfung auftrat. Palpation, Inspection, Stimmvibration gaben keine diagnostischen Anhaltepunkte. Milz normal. Gallensteine im Kothe suchte ich vergebens, aber ein verdächtiger gallengriesähnlicher Körper schien mir zeitweilig in demselben aufzutreten.

Jeder selbst in Auscultation und Percussion geübte Diagnostiker wird mir zugeben, dass die Diagnose in der That eine schwierige war. Hatte man es zu thun mit einer *Pleuritis dextra*, deren schnelles Entstehen eine Herabdrängung und theilweise Lagenveränderung der Leber bewirkt, und somit jene in den Vordergrund tretenden Leber- und Gallensymptome bedingt hatte? Hatte man es bei schon länger bestehender Färbung der Haut und der Augen des Kranken, wie der eines an der Leber Leidenden, und bei den anderen dyspeptischen Klagen mit einem chronischen schleichenden Leberleiden, einem Leberabscesse, zu thun, der endlich das Zwerchfell zerstört und somit eine Pleuritis erzeugt hatte? Hingen die Kolikschmerzen von Gallensteinen ab?

Ich gestehe unverhohlen, die mannigfachen Nebenumstände lassen noch heute keine ganz sichere Deutung zu, ob die Pleuritis eine spontane und das Leberleiden ein secundäres war, oder ob die Pleuritis eine secundäre und das Leberleiden (ein Leberabscess) das primäre war. Es war deshalb auch meine Behandlung eine wechselnde zwischen Darreichung von Digitalis, um etwaige pleuritische Exsudate zu resorbiren, mit *Liq. Kali acet.* und mit Aussetzung der Digitalis durch rein auf die Lebersymptome gerichtete Darreichung von Mittelsalzen. Als ein Haupttheil der Behandlung wurden aber örtliche warme Breiumschläge auf die Lebergegend und den unteren Theil der ganzen rechten Lunge, und als hauptschmerzstillende Mittel Sinapismen betrachtet. Nach einem Verlaufe von 3 Wochen hatte sich wesentlich nichts gebessert, im Gegentheil kamen Fiebererscheinungen, zeitweilige Frosterscheinungen, und das ganze Krankheitsbild nahm einen immer schleichenderen Verlauf an. Die Behandlung ging nun über zu Darreichung von Mineralsäuren und symptomatisch kleinen Gaben von *Chinin. sulphur.* (2 Mal täglich 1 Gran). Zu bemerken ist, dass Husten und Auswurf gänzlich fehlten, nur manchmal kam trockenes, schwaches Hüsteln. In der Nacht vom 14. zum 15. Dec. wurde ich geholt, weil der Kranke unter heftigem Husten plötzlich aus dem Schlummer erwacht, und mit diesem Husten eine gewaltige Menge Eiter entleert worden war, die ihn fast zu ersticken gedroht hatte, aber einen so pestilenzialischen Geruch um sich verbreitete, dass seine Umgebung kaum um ihn auszuhalten vermochte. Der Husten dauerte, sowie der nur allmälig abnehmende Auswurf mit einem fast gangränösen Geruch, der sich erst später milderte, mehrere Wochen fort. Kleine Dosen Morphium linderten denselben, bis endlich an einem Morgen der Husten und Auswurf stillstanden, und somit die Communication der Pleura und des Bronchus sich geschlossen hatte. Zum besseren Verständniss gab ich hier die Erscheinungen von erster Berstung des Eiterbehälters nach dem Bronchus hin bis zu Schliessung der Oeffnung *uno tenore* wieder und will nun zurückkehren zu den physikalischen Erscheinungen.

Als ich am 15. Dec. die rechte Seite des Kranken untersuchte, fand ich die Leber etwas höher heraufgerückt, die Dämpfung an der Lungenbasis gleichfalls vermindert in ihrer Ausdehnung; in der Mitte zwischen einer Linie, die man sich von der Axillargrube senkrecht auf die Leber, und einer andern, die man ebenso senkrecht von der Brustwarze auf die Leber gezogen denken muss, aber eine Stelle fast von der Grösse des Eies einer Truthenne, die einen ganz hellen amphorischen Widerhall gab, mit metallischem Klingen, das Geräusch des Pot fêlé, und bei Auscultation grossblasiges, consonnirendes Rasseln wahrnehmen liess. Die ganze Umgebung gab die bekannten tympanitischen Tonerscheinungen, wie man sie an der Grenze von pneumonischen Infiltrationen, Abscessen der Lunge etc. zu finden pflegt. Die Erscheinungen des amphorischen Widerhalles beschränkten sich allmälig auf einen immer kleineren Raum, nahmen immer mehr an Intensität ab, und in der Zeit, wo die Communication sich schloss, war nichts mehr davon zu fühlen, sondern es blieb unmittelbar auf der geraden Percussionslinie des oberen Leberrandes eine wallnussgrosse, ich will sagen Auswachsung dieser Dämpfung, nach der Achselgrube hin gerichtet, zu bemerken, deren Spuren man noch heute nachweisen kann. Noch lange nach Heilung (plastischer Ausfüllung?) des Abscesses blieb der tympanitische Ton der Umgebung, ist jedoch jetzt nicht mehr zu finden, nach Verlauf von 2¼ Jahren.

Die Richtigkeit meiner Angaben und meiner Diagnose: Empyema der Brust rechts unten mit Berstung desselben nach einem Bronchus des rechten unteren Lungenlappens ward von Hrn. Prof. H. E. Richter in Dresden in den letzten Tagen des December 1849 bestätigt, doch blieb auch ihm zweifelhaft, ob die Pleuritis und das Empyema primär oder secundär gewesen seien. Die Behandlung seit Oeffnung des Abscesses war: China (anfangs *Extr. frigide parat.*, später Infusum, zuletzt Decoct) nebst gleichzeitigem Milchgebrauch und zeitweiligem symptomatischem Morphium.

Ehe ich weiter gehe, muss ich noch einer Erscheinung gedenken, die ich in unseren chemischen Handbüchern noch nicht genügend erklärt finde. Lässt man Chinapräparate und dabei gleichzeitig Milch gebrauchen, so wird der Stuhl alsbald die gewöhnliche Farbe der Milchstühle annehmen, schmutzig weissgelb, wie bei kleinen Kindern;

in unserm Falle spielte die Farbe der Fäces noch mehr in's Weissgelbe, als man sonst wohl bemerkt (Käsestoffpräcipitation). Liessen wir in unserm Falle, wo die Milch das fast einzige Nahrungsmittel des Kranken war, den Stuhl mehrere Stunden an der freien Luft stehen, so wandelte sich diese Farbe in eine schön rosarothe um. Es ist diese Färbung wohl zweifelsohne eine Modification des Käsestoffes durch die Gerbsäure oder der Gerbsäure durch den Käsestoff. Chemiker von Fach können gewiss durch Fütterung von Hunden mit Mich und gleichzeitigen Chinagebrauch über diesen Gegenstand uns Aufklärung verschaffen.

Um zu unserm Fall zurückzukehren, so hätte man wohl der Hoffnung sein dürfen, dass nach den eben genannten Stürmen und nach Schliessung des Lungenabscesses die Wiedergenesung, wenn auch langsam, unter Gebrauch von Bädern und Milch mit Selterwasser vorwärts schreiten würde; aber unsere Hoffnung hatte uns getäuscht. Es entstanden nämlich allmälig Schmerzen unmittelbar über der *Symphisis oss. pubis*, die zumal das Stehen und Sitzen sehr schmerzhaft machten oder fast ganz behinderten, und den rheumatischen sehr ähnlich waren. Senfteige und warme Umschläge schafften nur kurze Erleichterung, und ich bemerkte, wie unter neuen Fiebererscheinungen, neuen wenn auch schwachen Frösten, auf der rechten Seite des Bauches, längs des *Musc. rectus abdominis*, von unten nach oben zu eine Geschwulst sich ausbildete, die allmälig um den Nabel herum immer ausgebreiteter ward, und selbst weit nach links sich herüberzog. Endliches Auftreten von Fluctuation in der dem Nabel zunächst liegenden Partie der Geschwulst, inmitten ihres harten, um die ganze Geschwulst gehenden Hofes, bestimmten mich, eine Eiterbildung in der Sehne des *Rectus abdominis* anzunehmen, die auch durch die Dämpfung bei Percussion an der sonst hellen Darmton gebenden Stelle nicht widerlegt ward. Ein Versuch, mit einem Troicar exploratif diese fluctuirende Stelle zu punctiren, von mir selbst angestellt, missglückte; ein Operateur, der hinzugezogen ward, war nicht so glücklich, den Eiter zu entleeren, weil der Schnitt beide Male zu weit nach links geführt ward, und doch war ich fest vom Dasein des Eiters überzeugt, und dann, dass der Kranke nur durch Oeffnung der Scheide des *Rectus abdom. dexter* gerettet, oder langweiliger, schädlicher Eitersenkung vorgebeugt werden könnte. Ich zog deshalb einen zweiten Operateur, meinen Freund und Collegen Hrn. Operateur Steinert, zu Rathe. Mau denke sich aber meinen Schreck, als ich plötzlich an dem zur Operation bestimmten Tage, indem ich vor derselben den Kranken nochmals percutire, an der dem Nabel nahe liegenden hervorragendsten Stelle keinen dumpfen Percussionston, sondern einen hellen, schönen, fast tympanitischen Ton finde. Dennoch ward die Operation bei halbsitzender und halbliegender Stellung des Kranken vorgenommen, und schichtenweise mit grösster Vorsicht die äussere Scheide des *Musc. rectus abdom. dexter* durchschnitten. Sobald die Scheide geöffnet war, drang unter Zischen ein sehr übelriechendes, stark nach SH (wie Darmgas) riechendes Gas heraus, aber der Eiter fehlte, ein Umstand, der hier doppelt störend war, zumal da ich nur durch die feste Voraussage, dass Eiter da sei, den Kranken zur wiederholten Operation zu bestimmen vermocht hatte. Dennoch waren wir fest überzeugt, dass kein Darm verletzt und auch kein freiliegendes Darmstück von uns erblickt worden war. Wer aber verbürgte uns, dass nicht an der innern Scheide des Muskels eine Oeffnung sich gebildet hatte, und bei dem Zaudern des anfangs nicht mehr zu diesem letzten Versuche nach zwei schon missglückten Versuchen zu bestimmenden Kranken, der Eiter sich einen Weg nach einem Darme oder nach dem Peritoneum gebahnt hatte? Glücklicher Weise fehlten alle Symptome einer Peritonitis in Betreff der letzten Möglichkeit, alle Spuren von Darmkoth in Betreff der ersten. Wir machten also kopfschüttelnd die Wunde zu, murmelten einige ärztlich politische Worte und zogen getäuscht ab. Ich gestehe, ich habe bis zur nächsten nach einigen Stunden gemachten Visite qualvolle Stunden durchlebt, fand aber meine Beruhigung bei diesem Besuche, als ich hörte, dass eine halbe Stunde nach unserm Weggehen reichlicher Eiter aus der Wunde getreten sei. Nun erklärte sich das Räthsel. Wir hatten den Kranken in halbsitzender Stellung operirt, und der Eiter, der sich schon zuvor nach der Symphyse gesenkt hatte, sich dort um so mehr angesammelt, nun aber, beim Legen des Kranken in horizontale Richtung im Bette, nach unserm Weggange seinen Ausgang gefunden. Der Kranke erholte sich sehr langsam, erst im Sommer 1849 durch Selterwasser mit Milch, gute Kost, Wein, Bäder und frische Luft, und ist noch heute gesund.

Näherer Besprechung aber ist der Abscess im *Rectus abdominis* werth, und ich glaube die genauere Betrachtung dieses Abscesses den Herren Collegen nicht vorenthalten zu dürfen, ihnen Allen in ähnlichem, gewiss seltenem, noch seltener glücklichem Falle gleiches Glück um ihrer und ihrer Kranken Willen wünschend.

Es fragte sich bei unserm Abscesse besonders zweierlei:

1) welches war die wahrscheinliche Ursache des Abscesses? und
2) wie war die Luft in diesem Abscesse entstanden?

Ad 1. Der Abscess im *Rectus abdominis dexter* konnte entstanden sein:

a) Entweder durch Senkung des Eiters, der, von einem Leberabscesse ausgehend, dem Verlaufe des *Ligamentum teres* folgte, und so zu dem Nabelende des *Ligamentum teres* gelangend, um den Nabel den Eiter ergoss.

Für diesen Ursprung des Eiters sprach mancherlei. Der Beginn der Krankheit, die Art der Höhle, welche an der rechten Lungenbasis zu bemerken gewesen, die Farbe des Eiters, die, zumal an den Tagen, wo die Wunde aus unbekannten Ursachen während des Heilungsprocesses schmerzhaft, entzündeter wurde und mehr Eiter absonderte, grünlich, gelblich, gallenähnlich war, die Nähe der Leber und der Geschwulst, die eine Zeit lang am eclatantesten um den Nabel sich markirte und mit unscheinbaren Rändern umgab, und die Möglichkeit, dass der Eiter eines Leberabscesses sich im *Ligamentum teres* vorwärts einen Weg deshalb leichter bahnen kann, weil eins oder ein Paar der *Vasa umbilical.* ohne obliterirt zu sein, nur stark comprimirt sein, vor andringenden Flüssigkeiten in ihren Lichtungen sich öffnen können. Dagegen aber sprach: 1) die Unmöglichkeit mittelst Salpetersäure die bekannten Farbeerscheinungen im Eiter hervorzubringen, welche das Dasein der Galle in einer Flüssigkeit unwiderleglich darthun; 2) der Umstand, dass weder durch Palpation, noch durch Percussion eine, wenn auch nur bandformige Fortsetzung des Abscesses zur Leber hin sich darthun liess, sondern im Gegentheil zwischen dem höchsten, dem Rande der Leber, die schon sehr hoch stand, zugekehrten Ende des den Abscess umgebenden Hofes und dem unteren Leberrande eine deutliche, über einen Zoll breite lufthaltige Grenze sich nachweisen liess (Zwischenlage von lufthaltigen Darmpartien zwischen unterem Leberrande und Abscesshofe); 3) der Umstand, dass die harten, den Abscess umgebenden Ränder überall gleich hart, und ziemlich gleich breit waren, die grösste Fluctuation aber in der Mitte dieses Exsudats sich zeigte, und endlich 4) dass die Scheidung des Rectus gleich bei den ersten Spuren des Leidens gegen Symphyse hin besonders schmerzhaft und geschwollen war, also der Abscess von unten nach oben, nicht von oben nach unten vorwärts schritt, wenn er auch später mehr an Höhe sich zu consolidiren geschienen hatte.

Aus diesen Gründen schloss ich den Zusammenhang des Abscesses mit einem Leberabscesse aus.

b) Oder durch rheumatisch-entzündliche Affection der Sehnen des *Rectus abdominis*, mit Setzung eines plastischen, allmälig in Eiterung übergehenden Exsudats. Die Möglichkeit dieses Processes lässt sich *a priori* nicht leugnen, im Allgemeinen aber spricht wohl der Umstand dagegen, dass dieser Abscess der Heilung des Empyema der Brust ziemlich schnell, ohne langes Intervall folgte.

c) Oder endlich durch secundären pyämischen Process. Hiernach wäre dieser Abscess ein, wie die Alten sagten, metastatischer, wie die Neueren sagen, Eiterresorptions-Abscess oder secundäre pyämische Ablagerung gewesen. Es lässt sich nicht leugnen, dass diese Ansicht das meiste für sich hat, und zumal spricht dafür das Fortbestehen des Fiebers, die Fröste etc. nach Heilung des *Empyema pulmon.* und die ziemlich schnelle Aufeinanderfolge des Abscesses in *Rect. abdom.* auf das Lungenleiden; kurz, das Herausbilden des Abscesses aus einem Leiden, das unverkennbare Symptome der Pyämie darbot, war mir ziemlich das Wahrscheinlichste.

Ich hielt dennoch das Leiden für ein secundär pyämisches und zwar kann man wohl, obgleich in unserem Falle nur schwache blutige Spuren in den Sputis aufgetreten waren, die Form zu *b* der secundären Pyämie rechnen, welche Bock in seinem Lehrbuch der pathol. Anatomie 1. Ausgabe pag. 203—204 als entstanden „aus Eintritt vom Eiter in geöffnete Gefässe" betrachtet.

Obgleich ich selbst bei diesem Abscesse nicht an eine weitere Möglichkeit der Entstehung gedacht hatte, als die angegebene: „secundäre Pyämie, entstanden aus einem Empyema, sei dieses nun bedingt durch einen Leberabscess, der sich durch Zwerchfell nach Pleura und weiter in Bronchus geöffnet habe, oder durch primär pleurit. Exsudat, das sich nach einem Bronchus einen Weg bahnte", so war doch ein von einem Freunde des Kranken ohne mein Wissen zu dem Kranken geführter Arzt hiesiger Gegend so freundlich gewesen, zu erklären, wie die ganze Krankheit von mir falsch gedeutet und verkannt worden sei, da ihre Quelle und letzte Folge (der vorliegende Abscess im *Rectus abdom.*), nichts gewesen sei als eine Pylephlebitis, und der jetzige Abgang durch den *Rectus abdom.* die directen Ergüsse von der durch Pylephlebitis in Leber gesetzten Abscesse darstelle. Der sehr gelehrte Herr hatte nur den einzigen Umstand vergessen, dass Oppolzer schon zuvor (cfr. darüber auch Bock l. c. pag. 283) nachgewiesen hatte, dass merkwürdigerweise bei Pylephlebitis niemalen die Gallensecretion gehemmt ist, und stets Vergrösserung der Milz sich zu dieser Krankheit gesellt. Ich habe nun oben erwähnt, dass die Gallensecretion wohl in unserem

Falle gehindert gewesen sein dürfte, wie der weisse Stuhl bezeugte, und weiter, dass eine Vergrösserung der Milz auch nicht zugegen war. Ich hatte übrigens die Genugthuung, als ich in Folge der collegialischen Aeusserungen freiwillig abgetreten und zuletzt Oppolzer selbst zu Rathe gezogen, ich selbst aber wiederholt zu dieser Conferenz eingeladen worden war, meine Angaben von Oppolzer bestätigt und ihn fragen zu hören: „wie nach Verlauf und Vorlage des Falles ein Mensch nur an Pylephlebitis denken könne", und ich erzähle diesen Zwischenfall als Beitrag zur ärztlichen Collegialität.

Ad 2. Endlich fragt es sich noch: „wie entstand die Luft in unserem Abscesse des Rectus, und wie kam es, „dass da, wo noch vor wenigen Tagen dumpfer Ton sich zeigte, heller sich eingestellt hatte, unter gleichzeitigem Schwinden der Härten um Nabel?" Ich werde, trotzdem, dass unlängst in einer Nummer der Deutschen Klinik ein Weiteres über diesen Punkt gesprochen worden ist, in einer Weise, als sei solch ein Luftauftreten etwas Wunderbares, doch nur kurz mich darauf berufen, dass der Luftauftritt in Abscessen der Darmwände eine ziemlich constante Erfahrung ist, wahrscheinlich durch einfache Resorption bedingt. Dass aber in unserem Falle an der Stelle, wo sonst Eiter durch Fluctuation erkannt wurde, derselbe auf einmal fehlte, dies war eine Folge der Senkung des Eiters in der Scheide des Muskels hinab. Leicht möglich, dass hier nur die Darmgase resorbirt wurden, um den dadurch entstandenen leeren Raum auszufüllen und möglich auch, dass die meisten Gasansammlungen in Abscessen der Bauchwände, oder doch eine grosse Anzahl dieser Fälle von Eitersenkungen dadurch bedingt sind, dass das Gas eintritt, nach dem bekannten Gesetz von Unmöglichkeit des luftleeren Raumes. Ob man überall in solchen Fällen Eitersenkung wird nachweisen können, muss die Zukunft lehren, doch hat man diesen Punkt bis jetzt viel zu wenig urgirt. — Ich bemerke noch, dass die Leber bei unserem Kranken gegenwärtig etwas höher steht, als dies normal der Fall ist.

Fall von Varix aneurysmaticus der Arteria femoralis sinistra.

Von

Bat.-Arzt Dr. Weber in Berlin.

Der Musketier C. F. Heide aus Ludwigsburg, vom 1. Bat., 2. C., ward nach dem Gefecht bei Missunde am 12. Sept. in's Hospital No. 5 aufgenommen.

An der inneren Seite des linken Oberschenkels befand sich ein enormer Substanzverlust der Weichtheile, der nach der Aussage des Patienten durch eine Granate erzeugt war. Die Wunde war fast 12 Zoll lang, begann etwa 1 Zoll von der Schenkelbeuge und endigte ungefähr 4 Zoll vom Kniegelenk; sie war in ihrer grössten Breite 11 Zoll breit und so tief, dass die Adductoren des *Femur* zum Theil, der *Gracilis, Sartorius, Vastus int.* und *Rectus femor.* ebenfalls stellenweise zerrissen und fetzenartig mit Blutcoaguls verklebt, den Grund der Wunde bildeten. Der Knochen des Oberschenkels selbst lag an keiner Stelle entblösst, nur an der vorderen Seite desselben war eine rundliche Oeffnung und Vertiefung der Wunde bemerkbar, durch die man fast bis auf das Periost des Femur gelangte.

Der Kranke gab an, dass unmittelbar nach der Verwundung das Blut in einem starken Strahle aus der Wunde herausgespritzt und dass die Blutung erst nach dem Verlust einer bedeutenden Menge durch Umwickelung eines Tuches gestillt sei. Für die Wahrheit der Aussage des Patienten in Betreff des Blutverlustes sprach sein Zustand durchaus. Er war vollständig anämisch, klagte über Herzklopfen, war sehr unruhig, verlangte begierig Getränk und hatte einen Puls von 130 Schlägen.

Etwa 3 Zoll unterhalb des *Lig. Poupart.* wurde das abgerissene obere Ende des *Sartorius* durch die darunter liegende *Art. cruralis* mit jedem Pulsschlag bewegt und gehoben; von da an war die *Art. crur.* nicht weiter zu verfolgen, und weder in der *Art. poplit.*, noch in der *tibial. antic.* Pulsation bemerkbar.

Aus Furcht vor einer Wiederkehr der Blutung aus der muthmasslich verletzten *Art. femoralis* wurde der Kranke möglichst unbeweglich gelagert und ihm absolute Ruhe eingeschärft. Das Bein wurde in leicht flectirter Lage gehalten, die Wunde mit Compressen und Eisblasen bedeckt und innerlich Hallersches Sauer verordnet. Abends bei vermehrtem Wundschmerz eine Dosis Morphium.

In den nächstfolgenden Tagen nahm besonders das Allgemeinbefinden des Patienten unsere Sorge in Anspruch. Er klagte fortwährend über Herzklopfen, Brustbeklemmung, Leibschmerzen, heftigen Durst, Schmerz in der Wunde und Schlaflosigkeit. Die Zunge war trocken und rissig, der Appetit fehlte ganz und die Gemüthsstimmung des Kranken war so deprimirt als möglich. Es wurden innerlich China und Digitalis mit Säuren, zur Nahrung Bouillon mit Eiern gereicht.

Am 18. Sept. hatte die Wunde ein missfarbiges Aussehen; das Secret war reichlich und roch so stark, dass Fenster und Thüren geöffnet werden mussten, um die Luft erträglich zu halten. Die Wunde ward nun mit Chlorwasser verbunden und die Eisblasen entfernt, worauf sie allmälig anfing sich zu reinigen, und grosse Fetzen nekrotisirten Zellgewebes und mit Blut infiltrirter Muskelfragmente theils abgestossen, theils mit der Scheere entfernt wurden.

Am 21. Sept. ward der Kranke vorsichtig umgebettet und Chamillenfomente über die Wundfläche gemacht. Ein Clysma gewährte ihm nach bedeutender Fäcalentleerung grosse Erleichterung. Die Untersuchung über etwaige Pulsation im ganzen Verlaufe der *Art. femor.*, die bisher wegen grosser Empfindlichkeit der Wunde unterlassen war, ergab Folgendes: die *Art. femor.* war von der Schenkelbeuge an bis zur Kniekehle hin als harter, fast freiliegender Strang fühlbar, der unter dem Finger in seiner ganzen Länge deutlich schwirrte.

Während das Allgemeinbefinden des Patienten noch andauernd in der angegebenen Weise verblieb, besserte sich das Aussehen der Wunde mit jedem Tage. Das Secret ward geringer und roch weniger, je mehr sich der Grund der Wunde reinigte und die nekrotischen Partien abstiessen, und am 10. Oct. bot die ganze Wundfläche die schönsten und üppigsten Granulationen dar. Der Verband bestand in kleinen, mit schwacher Höllensteinlösung getränkten Läppchen, die auf die Wunde gelegt, täglich einige Male erneuert wurden. Abwechselnd wurden, als milderer Verband, die Läppchen in Oel getränkt und dann wieder Höllensteinlösung in concentrirterer Form, von 2—12 Gran auf die Unze Wasser, angewandt.

Die Unebenheiten und Vertiefungen der grossen Wundfläche begannen unter dieser Behandlung sich auszufüllen, und von den Rändern aus, besonders in der Längsrichtung des Oberschenkels, verkleinerte sich die Wunde merklich. Um dem Heilungsprocess möglichst zu Hülfe zu kommen, ward am 20. Oct. eine vielköpfige Binde angelegt, die der Kranke gut vertrug. Die Eiterung war mässig und von guter Beschaffenheit, und von den Wundrändern aus wuchs eine gute, solide Narbe, so dass die Messung der Wunde nunmehr ergab, dass dieselbe sich um $1\frac{1}{2}$ Zoll in beiden Dimensionen verkleinert hatte. Bei alledem blieb der Appetit des Kranken nur mässig, der Stuhlgang konnte nur durch Clysmata, der Schlaf nur durch Morphium erzwungen werden. Die gemüthliche Stimmung blieb deprimirt, obwohl der Kranke weder heftige Schmerzen empfand, noch auch die früheren belästigenden Symptome der Anämie ihn quälten, sein Aussehen war bleich und die körperliche Schwäche so gross, dass er sich nicht allein im Bette bewegen konnte. Das ihm verordnete bairische Bier musste nach wiederholten Versuchen ausgesetzt werden, da es ihm Strangurie verursachte.

Im Anfang des November hatte die Vernarbung der Wunde, besonders unten am Knie, sowie an der Hinterseite des Schenkels, auf der der Kranke lag, zugenommen, dagegen nicht an der Aussenseite des Beines. Hier stand der Heilungsprocess offenbar still, denn statt dass sonst die neugebildete Narbe glatt und ohne Absatz in die Granulationsfläche überging, war sie am 5. Nov. nach innen zu aufgeworfen. Je nach der Menge des secernirten Eiters ward mit der Compression, den Höllenstein- und Oelverbänden fortgefahren.

Die Untersuchung der *Art. femor.* ergab längs ihres ganzen Verlaufes, vom Schenkelring bis zur Kniekehle, ein deutlich fühlbares und mit dem Stethoskop laut hörbares Schwirren, das nach der Schenkelbeuge zu am deutlichsten an der Aussenseite der Arterie wahrnehmbar war. Oberhalb des *Annulus crur.* war dasselbe nicht mehr zu fühlen, vielmehr der Arterienschlag normal, wie an der rechten, gesunden Seite; mit dem Stethoskop jedoch liess sich der Ton bis zur Vereinigung der beiden Iliacae verfolgen. Wegen zu grosser Empfindlichkeit der granulirenden Wundfläche konnte die Untersuchung der fraglichen Gefässe in ihrem Verlauf durch dieselbe nicht genau angestellt werden, jedoch zeigte sich die Intensität des schwirrenden Geräusches nirgend stärker, als an der Abgangsstelle der *Profund. femor.* von der Cruralarterie. Der Unterschenkel des verwundeten Beines war und blieb von Anfang an nur leicht ödematös, so dass die Anlegung einer Compressivbinde nicht erforderlich schien.

Gegen Ende des November bekam der sehr empfindliche Kranke nach einem Aerger Uebelkeit und Erbrechen, und fieberte mehr als gewöhnlich. Es stellten sich darauf Durchfälle mit gelindem Leibschmerz und fast gänzliche Appetitlosigkeit ein. Alle möglichen bitteren und aromatischen Mittel, Adstringentia, *Arg. nitr.* und Opium blieben fast wirkungslos dagegen, und gleichzeitig nahm mit den 4 bis 6maligen täglichen Evacuationen die ohnehin schon grosse Abgeschlagenheit und Körperschwäche des Patienten zu. Die Zunge wurde wieder trockener, der Durst grösser, der Urin reichlicher als bisher und schwach eiweisshaltig. Eine zeitweilige Besserung brachten Amylumklystiere, sowie die innerliche Anwendung der *Tinct. ferr. acet. aeth.* hervor. Es stell-

ten sich katarrhalische Brustbeschwerden ein, mit erschwerter Expectoration.

Unter diesem Zustande heilte die Wunde, wenn auch nur wenig, dennoch fort. Die Eiterung nahm aber bald ab, und schliesslich wurde fast gar nichts secernirt; die Granulationen sanken ein und wurden blass und trocken. Das schwirrende Geräusch war namentlich an der Abgangsstelle der *Profunda femor.* deutlich zu vernehmen, und schien es, als wenn, einer leicht hervorragenden Wölbung der dortigen Bedeckungen nach zu rechnen, dort eine aneurysmatische Erweiterung der *Art. femor.* vorhanden wäre.

Am 18. Dec. starb der Kranke unter grosser Erschöpfung, nachdem die Natur in der Heilung der ungeheuren Wunde fast das Unglaubliche geleistet. Von den Rändern aus hatte sich in der ganzen Peripherie eine 2 Zoll breite, feste Narbe gebildet, und die Dimensionen der früher 1 Fuss langen und 11 Zoll breiten Wundfläche betrugen jetzt kaum 4 Zoll in beiden Richtungen.

Section. Die Leiche war im höchsten Grade abgemagert, und auf den Bauchdecken zeigten sich die schon während der letzten Lebenstage vorhandenen Ecchymosen in bedeutenderem Maasse verbreitet. In den Lungen starke Schleimüberfüllung der Bronchien, Splenisation im unteren Lappen der linken Lunge. Im Dünndarm stark hyperämisirte Stellen, einige Erosionen der Schleimhaut, und in der Nähe der *Valvula Bauhini* vereinzelte katarrhalische Geschwüre. Die solitären Drüsen grösstentheils stark hervortretend. Beide Nieren vergrössert, von unregelmässig knotiger Form, und beim Durchschnitt die Bright'sche Degeneration in bedeutendem Grade zeigend. Die übrigen Organe des Bauches sehr blutleer.

Von der linken *Art. iliaca* aus wurden nun die Arterien des linken Oberschenkels injicirt, um die muthmassliche Degeneration der Gefässe durch ein deutliches Präparat veranschaulichen zu können. Als die Injectionsmasse hineingetrieben wurde, fiel es uns auf, dass sich gleichzeitig die *Vena iliaca sinistra* mit derselben Masse füllte. Nach Erkaltung derselben wurden die Gefässe sorgfältig herauspräparirt, und ergaben nun folgendes Resultat:

Die linke *Art. femor.* war von normalem Umfang, die *Profunda femor.* dagegen mit ihren Verzweigungen bedeutend umfangreicher als normal. Etwa 3 Finger breit unterhalb des Abgangs der letzteren war die *Art. crur.* fest mit der *Vena femor.* in der Circumferenz von etwa 4 Linien verwachsen, also etwa gerade in der Mitte der grossen Wunde des Oberschenkels. Unmittelbar hinter der abnormen Communicationsstelle zeigte die *Art. crur.* eine ringförmige Verengerung, durch gleichmässige Hervorwulstung der inneren Gefässhaut; 4 Linien weiter nach unten verliefen quer durch das Gefässrohr zwei balkenartige, sich kreuzende Brücken mit der inneren Gefässhaut umkleidet. Von da an bis zur *Art. poplitaea* hin war das Lumen der *Art. crur.* wohl um die Hälfte verringert und Schrumpfung der inneren Haut bemerkbar. Dass dieselbe jedoch noch wegsam gewesen, zeigte ein schwaches Blutgerinnsel in derselben.

Die *Vena femor.* war von der Kniekehle an bis zur abnormen Vereinigung mit der Arterie fast vollständig verödet, und als obliterirter Strang von kaum 1 Linie Dicke sichtbar. Desto umfangreicher war ihr Lumen von der bezeichneten Stelle an bis zur Schenkelbeuge. Etwa um die Hälfte weiter als die rechte gesunde Schenkelvene, war dennoch diese Erweiterung überall gleichmässig, und nirgends varicöse Ausbuchtungen bemerkbar. Selbst an der Stelle, wo die Blutwelle mit jedem Herzstosse gegen die schwache Venenwand getrieben war, war keine ungleichmässige Aussackung vorhanden, ein Befund, der vielleicht seine Erklärung in der, wenn auch geringen Wegsamkeit der *Art. crur.*, sowie auch in dem Umstande finden möchte, dass die Oeffnung, die zwischen Arterie und Vene bestand, nur etwa 2 Linien betrug.

Ueber die directe Ursache dieser seltenen Abnormität gab eine spätere genauere Untersuchung noch einen interessanten Aufschluss. In der Vene, und zwar gerade an der Stelle, wo ihre Obliteration begann, d. h. unmittelbar neben dem untern Rande, der die Grenze der innern Vereinigung der beiden Gefässe bildete, fand sich ein kleines nadelknopfgrosses Stückchen Eisen, vermuthlich ein abgesprengtes Partikelchen von der Granate, welche die eigentliche Verletzung der Weichtheile zu Wege gebracht. So wurde es begreiflich, wenn der Kranke von einem Blutstrahle sprach, der aus seiner Wunde hervorgespritzt und durch Umwickelung eines Tuches gestillt sei. Die Wahrscheinlichkeit wird sicherlich für eine gleichzeitige Verletzung beider Gefässe durch das Stück Eisen sprechen; beide Gefässe bluten, werden durch Compression gestillt, und die Verwachsung derselben rund um die an einander grenzenden verletzten Stellen tritt bald darauf ein. Die anfängliche Pulslosigkeit der *Art. poplit.* stellt sich nun unter der Entwickelung des Collateralkreislaufes durch die *Profunda fem.* wieder her, und die oberflächlicheren Hautvenen — die zum Theil erweitert gefunden wurden — führen das durch die *Profunda fem.* in die Capillaren getriebene Blut zum Herzen zurück.

Was nun die Ausbreitung und Intensität des schwirrenden Geräusches betrifft, so giebt der Leichenbefund auch hierüber manche interessante Aufklärung. Unter dem Stethoskop war von der *Aorta abdom.* an bis zur *Fossa poplit.* ein continuirliches, systolisch verstärktes Säuseln; unter dem Finger, vom *Annulus cruralis* an bis zur Kniekehle, ein anhaltendes Schwirren der Schenkelarterie bemerkbar. Diese Verschiedenheit in der Ausbreitung des Geräusches wird nicht auffallen, wenn man bedenkt, dass es einestheils nicht leicht ist die *Art. iliaca* in ihrem Verlaufe durch das Becken so genau zu verfolgen, als es zu diesem Behufe nöthig ist, anderntheils aber berücksichtigt, dass das *Lig. Poupart.* mit dem Schenkelringe durch seine straffen sehnigen Fasern die Arterie umschliessen, die Schwingungen derselben grösstentheils aufheben und für das Gefühl wenigstens nicht mehr wahrnehmbar machen müsste.

Nach der grösseren Intensität zu rechnen, mit der das Schwirren in der Gegend des Abgangs der *Profunda femor.*, wie überhaupt an der Aussenseite der Cruralarterie zu hören war, muss man wohl annehmen, dass es hauptsächlich in der Arterie selbst entstanden ist. Die vom Herzen kommende Blutwelle wurde durch zwei ihr entgegenstehende Hindernisse gebrochen. In ihrem geraden Verlaufe nach unten trifft sie zunächst eine ringförmige Hervorwulstung, der, wenige Linien weiter, zwei quer durch das Lumen gehende Brücken folgen; beide haben zunächst den Stoss der Blutwelle auszuhalten, und dass sie dies im vollsten Maasse gethan haben, beweist die Verengerung und Schrumpfung der Arterie von da an bis zur Kniekehle. Der gebrochene Strom, an seinem geraden Laufe verhindert, muss demgemäss seitlich ausweichen, findet aber auch hier nur eine reichlich 2 Linien weite Oeffnung. Indem er sich dieser zu accommodiren sucht, entsteht eine zweite Stauung der Flüssigkeit, ein Regurgitiren gegen die neue vom Herzen kommende Welle. Endlich schlägt sie durch die Oeffnung in der Vene gegen die nachgiebige Wand derselben an, und verläuft nun muthmasslich im gleichmässigen Strom in derselben weiter.

Wollte man dagegen anführen, dass das eine bei der Entstehung des Geräusches in Betracht kommende Moment, die abnormen Bildungen und Verengerungen des Arterienlumens, erst im Laufe der Zeit sich herangebildet haben, so entspricht dies durchaus dem Zeitraume, in dem das Säuseln bemerkt worden. In den ersten 8 Tagen ist es gar nicht oder nur im schwächsten Grade vorhanden gewesen, im Verlaufe der letzten 3 Wochen vor dem Tode dagegen am deutlichsten. Mag jedoch auch die Vene einen Antheil an der Hervorbringung desselben gehabt haben, jedenfalls spricht die grösste Intensität desselben an der Aussenseite der Arterie dafür, dass ihr der wesentlichste Antheil zukommt.

Ob der durch die beschriebene Abnormität der Schenkelgefässe hervorgebrachten Störung der normalen Blutcirculation ein Einfluss auf die darniederliegenden Verdauungskräfte, auf die Entstehung des chronischen Intestinalkatarrhs, sowie auf die Entwickelung der Bright'schen Nierendegeneration einzuräumen sei, wage ich nicht zu entscheiden. Wenn wir diesen und ähnlichen pathologischen Veränderungen fast nach jedem langwierigen Krankenlager begegnen, möchte auch hier der Grund für dieselben gefunden sein, und wir keine Versuchung haben, sie in Vermischung des arteriellen und venösen Blutes zu suchen.

Exarticulatio femoris mit Abtragung des Knorpels der Pfanne.

Von

Prof. C. W. F. Uhde in Braunschweig.

Am 20. Mai 1851 wurde ich vor Tagesanbruch durch ein Schreiben meines Hrn. Collegen Keidel zu Salzgitter aufgefordert, mit ihm die Behandlung eines schwer verwundeten Steinbrechers zu übernehmen und diesem erforderlichen Falles das Femur zu exarticuliren. In wenigen Stunden war ich an Ort und Stelle, und erlaube ich mir hier über die Verletzung, die Operation und das Verhalten des Unglücklichen Folgendes zu berichten.

Tags vorher, Nachmittag gegen 4 Uhr, wurde der kräftig gebaute, stark musculöse, 19jährige Sambleben in einem Steinbruche des Lichenburger Holzes von einem zu einer Kuhkrippe bestimmten und aus einer gewissen Höhe herabstürzenden Steine aufs fürchterlichste am rechten Oberschenkel getroffen. Der Verwundete wurde sofort aufgenommen und von mehreren der Anwesenden nach seiner $^{3}/_{4}$ Stunden weit entfernten Wohnung in Kniestedt getragen. Unterwegs verlor derselbe ausserordentlich viel Blut, trotzdem ihm seine Dienstgenossen die verletzte Stelle möglichst fest verstopft und sorgfältig umwickelt hatten. Nachdem der Hr. Dr. Keidel und der Hr. Wundarzt Böhm den Verwundeten untersucht, wurde zur Verhütung einer Nachblutung die durchgerissene und in der Wunde strangförmig liegende

Arteria cruralis, obwohl sie nicht einen Tropfen Blut ergoss, an der Stelle unterbunden, und die Wunde locker verbunden. Der Patient war bleich und meistens ohne Bewusstsein. Er klagte weniger über Schmerz, als zuweilen über das quälende Gefühl, keine Gewalt über sein zerschmettertes Bein zu besitzen. Wenn er von Angst befallen, wollte er sein Lager verlassen, und war er nur mit Mühe im Bette zu halten. Der Radialpuls war klein und hatte 135 Schläge in der Minute. Der Leidende hatte Drang zum Uriniren, er war aber nicht im Stande, dem Bedürfnisse nachzukommen, und musste der Urin ein paar Male mit Hülfe eines Katheters entleert werden. Die weitere Behandlung bestand noch darin, dass demselben Wein mit Wasser gereicht, *Tinct. thebaica* nebst *Spirit. sulph. aethereus* verordnet und über die Wunde kaltes Wasser in Compressen geschlagen wurde.

Den 20. Mai, Morgens gegen 11 Uhr, sah ich den schwarzbehaarten, von der Sonne gebräunten Jüngling in einem äusserst beschränkten, aller Bequemlichkeiten entbehrenden und nur durch ein schmales, in einer obern Ecke der nach Süden stehenden Wand angebrachtes Fensterchen dürftig erhellten Zimmer. Der Unglückliche lag mit halbgeschlossenen Augen schlummernd auf seinem kümmerlichen Bette, und sprach hin und wieder wirre Worte, die wohl von Handbewegungen begleitet waren. Die mässig warme Haut war mit Schweiss bedeckt. Der Puls der *Art. radialis* war unregelmässig und sehr klein, dagegen hatten die *Art. carotides* 130—135 Schläge in einer Minute. Die reine Zunge war trocken und hatte der Verletzte grossen Durst. Der Leib war unschmerzhaft, weich und in der Frühe desselben Tages war *Evacuatio alvi* erfolgt.

Die Verletzung befand sich in dem obern Drittheile des rechten Oberschenkels. Sie bestand in einer 3—4 Finger breit auseinanderstehenden Querwunde, welche 4—5 Finger breit unter der Schenkelbeuge begann, und die Weichtheile in der Gegend des grossen Trochanter auf eine Breite von etwa 8 Zoll ausgenommen, durch alle Gebilde sich von vorn und oben nach hinten und unten, und zwar dergestalt erstreckte, dass die Haut ungleich zerfetzt erschien, die Gefässe sowie Nerven zerquetscht waren, und die in unebenen Schichten durchtrennten Muskeln theils aus der Wunde hervorragten, theils in derselben gefühlt werden konnten. Eine verblasste Röthe — ähnlich der, welche das Fleisch beim Einlegen in heisses Wasser erhält — war in den oberflächlichen Muskelschichten an die Stelle der frischen Fleischfarbe getreten, und rochen diese Partien, ohne dass irgend wie eine Beschmutzung stattgefunden, auffallend kothig. Ausserdem fand man bei der Untersuchung der Wunde mehrere Knochenstückchen und kleine Steine in den Muskeln, wiewohl schon viele daraus entfernt waren. Das *Os femoris* war höher als der obere Wundrand gebrochen. Sein oberes kurzes Fragment war theils spitz, theils aber auch mit einigen durch die Knochenhaut noch gehaltenen Knochenstücken versehen, und hatte es an der inneren und oberen Fläche nicht nur die Muskeltheile, sondern auch das Periosteum eingebüsst. Das untere Fragment dagegen war der Länge nach nahe bis über die Condylen in 3 ungleiche, spitze Stücke gesplittert, wovon das innere kaum noch in Verbindung mit den übrigen sich befand und in dem *M. adductor fem.* steckte. Oberhalb der Wunde und an der bezeichneten Stelle des Zusammenhanges nahm man die gewöhnliche Hautwärme wahr, unterhalb derselben aber fand Eiskälte statt, und hatte der Leidende sowohl hier, als ein Paar Hände breit unter dem *Trochanter major* keine Empfindung gegen Druck und Kneipen der Weichtheile.

Auf keine andere Weise, als durch die Exarticulation des Oberschenkels aus der Pfanne hielten wir eine Lebensrettung für möglich. Denn die Amputation unterhalb der Trochanteren oder oberhalb derselben schien mir insofern contraindicirt zu sein, als 1) bei der schon vielfach gereizten Wunde der alsdann zurückbleibende Knochenstumpf reizend auf diese hätte einwirken können, 2) man nicht wissen konnte, ob das obere Fragment bis in den Kopf gesplittert war, 3) es wegen der Kürze des Knochenstücks nicht möglich war, eine Säge daran zu appliciren.

Um 11 Uhr war der junge Mann dergestalt auf einen Tisch gelegt, dass der rechte Hinterbacken frei über dessen Rand hervorragte. Ihm diente ein auf dem Tische umgestellter Schemel zur Rückenlehne, und ein zweiter zur Stütze für das linke Bein. Der Hr. Hospitalchirurg Bosse hielt den rechten Schenkel, und war mir bei den nachfolgenden Handwirkungen behülflich, Hr. Böhm comprimirte mit dem Daumen die *Art. cruralis* auf dem Schambein, und einige junge Dorfbewohner hielten den Patienten. Ich stellte mich zwischen die Schenkel des zu Operirenden, spannte mit der linken Hand die zu durchschneidenden Weichtheile an, und trennte diese mit einem langen Amputationsmesser, indem ich den Schnitt dicht über dem *Trochanter major* begann, denselben etwa einen Finger breit über dem obern Wundrande fortsetzte und an der innern Seite des Oberschenkels ungefähr einen Daumen breit unter dem Schambogen endete. Mit diesem Schnitte hatte ich den vorderen Lappen, der sofort in die Höhe gehalten wurde, gebildet, und war ich bis zum Gelenke gedrungen. Ich erfasste das nach aussen stehende obere Fragment, durchschnitt die obere und innere Capselpartie, trennte unter Herausdrängen des Kopfes aus der Pfanne das *Ligam. teres*, und löste sowohl den übrigen Capselrest, als die Muskeltheile vom *Trochanter major*. Darauf bildete ich den hintern Lappen. Dies musste mit Umsicht geschehen, als einmal ein Theil des in der Wundfläche sich befindenden Hinterbackens mit vielen Steinchen und Knochenstückchen verunreinigt war, und für's zweite mehrere Muskelbündel vom Stein ungleich getrennt waren und hin und wieder hervorhingen. Nun wurde die *Art. cruralis* mit einem starken Seidenfaden unterbunden. In ihrem Lumen sah man einen etwa $\frac{1}{4}$ Linie dicken, rings an der Wand klebenden Thrombus. Ausser ihr wurde noch die *Art. profunda femoris*, welche bis dahin comprimirt war, mit einer Ligatur versehen. Die Blut sickernde *Art. circumflexa acetabuli interna* machte die Umstechung nöthig. Nach allem diesem wurde der Knorpel der Pfanne mit einem starken Lenticulärmesser abgetragen.

Die Eigenthümlichkeit der Verletzung gebot einen kleinen vordern und einen grossen hintern Lappen zu bilden. Beide genau vor einander passende Lappen wurden durch 3 starke Hefte, wovon das mittlere ein Bandheft war, vereinigt. Diese unterstützte ein Verband von Heftpflasterstreifen, über welche dann schliesslich eine zweckmässig lange Binde gelegt wurde. Die Behandlung bestand in der Anwendung von Eisüberschlägen auf den Stumpf, in der Darreichung von Wein mit Wasser, von Taubenbouillon und in ein Paar Gaben des *Pulv. Doweri*.

Während der Operation, welche schnell ausgeführt wurde, äusserte der Patient nur einen sehr lebhaften Schmerz, als ich den *Nervus ischiadicus* durchschnitt. Die Anwendung des Chloroforms behufs der Unterdrückung des Schmerzes hielt ich bei der grossen Schwäche des Verletzten für höchst gefährlich, und wurde deshalb keins benutzt.

Das obere Knochenstück war nicht gesplittert, maass von der Wurzel des *Trochanter min.* bis zur fracturirten Stelle $2\frac{1}{4}$ Ctm., von der Wurzel des *Troch. maj.* bis zur längsten Spitze $7\frac{1}{2}$ Ctm., vom *Collum ossis fem.* bis zu derselben Stelle $9\frac{1}{2}$ Ctm., vom Halse bis zum höchsten Punkte des grössesten Knochenaussprunges $5\frac{1}{2}$ Ctm.

Nachmittags gegen 5 Uhr sah ich nochmal den Operirten. Er schlummerte mit geschlossenen Augen, athmete ruhig und hatte einen Radialpuls von 132 Schlägen in einer Minute. Als er langsam erwacht, beantwortete er verständig die an ihn gerichteten Fragen. Er wähnte noch sein rechtes Bein zu besitzen, und klagte über Schmerzen darin. Zum Auffangen des Urins hatte der Patient ein Gefäss angefordert und ohne Kunsthülfe Harn gelassen. Der Verband war der Wundlinie entsprechend mit wenigem Blutwasser gefärbt.

Nach einer brieflichen Mittheilung des Hrn. Dr. Keidel vom 22. Mai ist Sambleben zwischen 11 und 12 Uhr in der Nacht vom 20. auf den 21. aus Erschöpfung gestorben, nachdem er kurz vorher noch vom Besitze seines exarticulirten Beines phantasirt, und ein Paar Male Versuche zum Aufspringen vom Lager gemacht hatte. Am Stumpfe selbst ist nichts Bemerkenswerthes vorgefunden.

Miscellen.

Zu Rivallié's Aetzung mit Salpetersäure bei Krebs.

Von

Dr. J. Hoppe in Bonn.

Im Jahre 1846 lebte zu Bayenburg bei Barmen ein Mann, der im Rufe stand, den Krebs heilen zu können. Ich hatte zu jener Zeit eine Kranke mit offenem Brustkrebs. Der Krebs war von sehr indolenter und torpider Beschaffenheit. Ich gedachte die Brust zu amputiren und hatte schon alle Vorkehrungen dazu getroffen. Die Kranke bat mich noch um einen kleinen Aufschub. Als ich dieselbe nach 14 Tagen wiedersah, fand ich die kranke Brust gebessert. Sie war verkleinert und das Geschwür hatte sich beträchtlich in die Geschwulst zurückgezogen und hatte an Umfang bedeutend verloren.

Die Frau verweigerte jetzt keck die Operation.

Nach abermals 14 Tagen war der Zustand noch mehr gebessert, und endlich nach abermals 14 Tagen erklärte sich die Frau für geheilt. Ich fand jetzt das eingezogene Geschwür der früher harten und dicken Brust ganz vernarbt, und von der krebskranken Masse war nur noch eine kleine, etwas feste Stelle übrig, die allerdings gegen das frühere Leiden gar nicht mehr in Betracht zu kommen schien. Die normale Form der Brust hat sich sogar wieder sehr schön herausgebildet.

Solch' eine bedeutende Zurückbildung eines harten Krebses war mir fremd, zumal sie in so sehr kurzer Zeit zu Stande gekommen war,

und auch Alles, was ich von Atrophirung der Krebse gesehen hatte, kam diesem Falle nicht gleich.

Die Frau gab mir nun folgenden Aufschluss. Sie sei bei dem Manne in Bayenburg gewesen, der alle Geschwülste vertreiben könne. Er nehme zu diesem Behufe ein frisches Hölzchen, tauche es in eine Flüssigkeit, betupfe mit demselben die kranke Stelle, zerbreche dann das Holz, lege die Stücke kreuzweise zusammen und werfe sie rücklings fort. Drei Male sei sie bei jenem Manne gewesen, und von Stunde an habe sich die Brust gebessert.

Ich beauftragte die Frau, sich von jener Flüssigkeit etwas zu verschaffen, die er übrigens auch auszutheilen pflegte. Die Frau brachte die Flüssigkeit und das Hölzchen zum Betupfen. Die Flüssigkeit betrug etwa $\frac{1}{2}$ Drachme und war — rauchende **Salpetersäure**. — —

Ueber die erwähnte Frau habe ich so eben, also nach 5 Jahren, folgende Erkundigung eingezogen: „die Frau St......... zu Barmen ist noch immer nicht gebessert. Die Geschwulst der Brust ist noch vorhanden, und in der vorigen Woche ist eine neue Blutung eingetreten. Die Frau ist übrigens noch gut von Kräften und sieht äusserlich wohl aus."

Hydrobromäther, ein neues Anästheticum.

In dem Juni-Hefte der Revue médicale empfiehlt Dr. **Robin** ein neues Anästheticum, den **Hydrobromäther**. Dasselbe soll an Kraft alle anderen Anästhetica übertreffen, und dabei noch einen sehr schwachen Geruch und weder scharfen noch ätzenden Geschmack haben. Bis jetzt scheinen nur Versuche an Vögeln mit diesem Mittel gemacht zu sein, es verdiente aber wegen der gerühmten Eigenschaften gewiss eine nähere Prüfung.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Leibarzte Ihrer Maj. der Königin, Geh. Ober-Med.-Rathe Dr. v. **Stosch** der Rothe Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub; dem prakt. Arzte Dr. **Dux** zu Hersfeld der Rothe Adler-Orden 4. Kl.; dem Geh. Med.-Rathe Dr. **Jüngken** von Ihrer Maj. der Königin eine goldene Medaille für Verdienst und Uneigennützigkeit. Den Kreisphysikern Dr. **Frohberg** zu Saarlouis und Dr. **Schwalb** zu St. Wendel der Charakter als Sanitätsrath.

Personalveränderungen. Baiern. Versetzt: Gerichtsarzt **Mayer** zu Sesslach als solcher nach Neustadt a. S. Privatdoc. Dr. **Roth** ist von der Function eines unbesoldeten Mitgliedes des Kreis-Medicinalausschusses aus Gesundheitsrücksichten enthoben.

Grossh. Hessen. Befördert: Oberarzt Dr. **Füsslein** vom 3. zum Stabsarzt im 4. Inf.-Reg.; Milit.-Aerzte DD. **Müller** vom Lazareth in Worms zum Oberarzt in jenem, **Reuling** vom Garde-Reg. Chevauxleg. zum Oberarzt beim Art.-Corps. Versetzt: Milit.-Arzt Dr. **Tenner** vom Lazareth in Darmstadt zum leichten Reiter-Garde-Reg.

Oesterreich. Befördert: Dr. L. **Redtenbacher**, Assist. am k. k. Hof-Naturaliencabinet, zum ausserord. Prof. d. Zool. a. d. Univ. zu Prag. Ernannt: Pharm. Mag. **Lerch**, Privatdoc. a. d. Univ. in Prag, zum path. Chemiker u. Vorstand des errichteten zoochem. Instituts daselbst.

Preussen. In Berlin sind als praktische Aerzte angemeldet: Dr. **Wolf Cohn** und Dr. **Markus**; der wundärztlichen Praxis widmen sich die Wundärzte 1. Kl. **Danker**, **Jacobius**, **Weise**, **Wieland** und **Vesper**. Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. **Simson** hat sich in Rautenburg, der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. **Wollenberg** in Tilsit, der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. R. J. **Schneider** in Köln, der Wundarzt 2. Kl. **Lammers** in Erp, Kreis Euskirchen, der Thierarzt 1. Kl. **Nidetzki** in Sonnenburg und der Thierarzt 2. Kl. **Abraham** in Sorau niedergelassen. Angestellt: der Thierarzt 1. Kl. **Bösenroth** als Kreisthierarzt zu Guhrau.

Todesfälle. Preussen. Die prakt. Aerzte Sanitätsrath und Kreisphysikus Dr. **Filehne** in Erfurt, Dr. **Hackel** in Gostyn, Med.-Rath Dr. **Burkhardt** in Marienwerder, Dr. **Boisserée** in Köln und Dr. **Stephan** in Berlin, sowie der Kreisthierarzt **Krause** in Bärwalde sind gestorben.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

5. Balneologie und Hydrologie.

Barruel, Ueber die Bereitung des künstlichen Enghiener Mineralwassers. Bull. de Thér., April.

Behr, Ueber Einführung der diätetischen Bäder, als Mittel gegen Rheumatismus. Gera.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Brenner, Mittheilungen aus meinen zehnjährigen Erfahrungen über Ischl's Heilanstalt. Günsburg's Zeitschr. II. 2.

Dassier, Ueber den Nutzen der Schwefelwässer bei secundärer Syphilis. Journ. de Toul., Jan.

Durand-Fardel, Ueber die Gicht und ihre Behandlung mit den Wässern von Vichy. Gaz. de Paris 14. 15. 16. 18.

— Ueber die während des Gebrauchs des Vichy zu beobachtende Diät. Gaz. des hôp. 48.

— Die therapeutischen Wirkungen des Vichy. Journ. de Bord., Febr.

— *Des eaux de Vichy, considérées sous les rapports clinique et thérapeutique, spécialement dans les maladies des organes de la digestion, la goutte et les maladies de l'Algérie.* Paris.

— Ueber die specifische Wirkung der Mineralwässer. L'Union 41. 42.

— Ueber den Gebrauch der Mineralwässer von Vichy gegen die Krankheiten in Algier. Rev. méd., April.

Ewich und **Bischof**, Beobachtungen über die Eigenschaften und therapeutischen Wirkungen des Heilbronner Mineralwassers. Rh. Mon.-Schrift, März.

Filhol, Ueber die Schwefelwässer in den Pyrenäen. Journ. de Toul., Jan.

Fischer, Zur Kenntniss der Lippspringer Heilquelle. Med. Centr.-Ztg. 38.

Fischhof, Die Naturheilanstalt zu Lunkány und der dortige Heilapparat. Ungar. Zeitschr. 30.

Flechner, Bericht über die im Jahre 1850 in Wien in öffentlichen Krankenanstalten und in der Privatpraxis beobachteten Wirkungen des Mineralwassers von Szcawniza in Galizien. Wiener Zeitschr., Mai.

Fleckles, Allgemeine Bemerkungen über balneotherapeuthische Literatur, mit besonderer Bezugnahme auf den neueren Standpunkt der medicinischen Wissenschaft. Allg. Centr.-Ztg. 19.

— Beobachtungen und Erfahrungen, gesammelt an den Heilquellen Karlsbads (Leberatrophie). Deutsche Klinik 22.

Fleury, Ueber den Gebrauch der kalten, erregenden Douchen gegen lymphatische Constitution, Chlorose, Anämie. Arch. gén., Febr.

Fux, Horkány's warme Bäder und deren Heilkräfte. Ung. Zeitschr. 39.

Hunyady, Das Mineralwasser zu Bartfeld. Ibid. 41.

James, *Guide pratique aux principales eaux minérales de France, de Belgique, d'Allemagne, de Suisse, de Savoye et d'Italie.* Paris.

Iliseh, Nachträglicher Bericht über die Ssergiewskischen Bade- und Brunnenanstalten. Med. Ztg. Russl. 14.

Köstler, Die Neuquelle zu Eger-Franzensbad. Deutsche Klinik 18. 19.

Kreutzer und **Dubitzky**, Die Schlammbäder zu Tschokraksk. Med. Ztg. Russl. 17. 18. 19.

Laffore, Ueber den Einfluss der Krankheitsconstitution auf die Wirkung der Mineralwässer. Journ. de Bord., Febr.

Möller, v., Kurverhältnisse zu Bad Oeynhausen. Med. Centr.-Ztg. 17.

Nassauischen Heilquellen, die, Soden, Cronthal, Weilbach, Wiesbaden, Schlangenbad, Schwalbach und Ems, beschrieben durch einen Verein von Aerzten, nebst geognostischer Skizze und Karte des Taurus. Wiesbaden. 8. 330 S.

Richter, Ueber den Gebrauch der Teplitzer Thermen in der Ischialgie. Deutsche Klinik 22.

Scharlau, Die Karlsbader Quellen gegen die Zuckerharnruhr. N. med.-chir. Ztg. 25.

Statistische Bemerkungen über Heilquellen des österreichischen Kaiserstaates im Jahre 1850. Wiener Zeitschr., April.

Steinitz, Die balsamischen Bäder zu Obernigk bei Trebnitz in Schlesien. Pr. Vereins-Ztg. 14.

Tölz und Krankenheil im bairischen Hochlande mit den jod- und schwefelhaltigen kohlensauren Natronquellen. Eine Brunnenschrift für Aerzte und Laien. Leipzig, 1851. 8. 155 S.

Vichy-Pulver. Bull. de Thér., Febr.

Wachtel, Die Heilquellen von Buziás. Ungar. Zeitschr. 29. 31.

Sonnabend, № 30. 26. Juli 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Die doppelte Placenta bei einfacher Nabelschnur und ihre Entstehung.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

Die Theilung der Placenta in mehrere Lappen sieht man für eine in einer Hemmung begründete Abweichung an, also für ein Stehenbleiben auf einer frühern Bildungsstufe, bedingt durch eine zu geringe Energie der bildenden Kraft. Es wird also hier die bildende Kraft der Placenta als für sich von der Norm abweichend betrachtet. Mit dieser Erklärungsweise der Entstehung der getheilten Placenta können wir uns nicht befreunden, und sind vielmehr der Meinung, dass diese Abweichung von der Regel theils von der Verbindungsstelle der Placenta mit dem Uterus, theils von der Erweiterung der Höhle des Uterus abhängt.

Wir wollen vorerst einige Gründe angeben, welche jene Ansicht über die Entstehung der getheilten Placenta in Zweifel ziehen dürften, und dann unsere Ansicht folgen lassen.

1) Die Placenta bildet sich und wächst nicht für sich allein, sondern mit und durch den Uterus. Die bildende Kraft ist hier eine gemeinschaftliche, und bei einer Theilung der Placenta hat man eine geringere Energie der bildenden Kraft des Uterus nie nachgewiesen.

2) Uterus und Placenta des menschlichen Weibes zeigen in ihrer Bildung eine Richtung, die jener bei Thieren entgegengesetzt ist, indem der menschliche Uterus compact, massig, und bei der Placenta nicht ein Auseinandergehen, sondern ein Concentriren der Lappen besteht.

3) Eine besondere Wiederkäuerähnlichkeit glaubt man in denjenigen Placenten zu erkennen, neben welchen sich ein entfernter kleiner Lappen, eine Nebenplacenta, befindet. Es ist aber dieser Lappen nicht immer bloss durch die Eihäute, sondern auch durch eine dünne Schicht von Placentargewebe mit dem Mutterkuchen verbunden, und dieser ist normal und gross. Es äussert sich daher auch J. F. Meckel in Bezug darauf dahin, dass hier das Wesen der Missbildung und die Thierähnlichkeit, wegen der vollkommen normalen Bildung des grössten Theils der Placenta weniger leicht zu erkennen sei. Wir können ein Stehenbleiben in jener Bildung durchaus nicht erkennen, und dürften mit besserem Rechte sagen, dass der anhängende Lappen ein Mehrfachwerden andeute, wobei gewöhnlich kleine überflüssige Theile unvollkommener zu sein pflegen, als die normalen. Es ist daher interessant, dass die Theilung in zwei Lappen die gewöhnliche ist, wie auch Zwillingsschwangerschaften die häufigsten mehrfachen Schwangerschaften ausmachen, und dass die Theilung vorzüglich bei Zwillingsnachgeburten gefunden wird.

4) Nicht nur die normale Bildung des grösseren Theils, sondern auch die Theilung in zwei fast gleiche Hälften, und die dabei vorkommende Beschaffenheit der ganzen Placenta spricht gegen jene Annahme. So beschreibt Meckel eine Placenta, die 10 Zoll lang ist, und wobei der obere Theil 6 Zoll lang und fast eben so breit ist, während der untere gleich breit und lang ist. Wir können darin so wenig, als in einer andern Placenta ein Stehenbleiben herausfinden, insofern die eine Hälfte 7 Zoll lang und breit, die andere 4 Zoll lang und breit war. Dasselbe gilt in Beziehung auf die uns vorliegende noch frische Placenta, die wir näher betrachten müssen. Sie ist ziemlich in der Mitte getheilt, wiegt 1 Pfund, 24 Loth bürg. Gewicht, ist von fast ovaler Gestalt, so dass also das Verhältniss der Länge überwiegend ist. Der ganze Umfang beträgt 23 Zoll, die Dicke an jeder Stelle, auch am ganzen Rande fast 1 Zoll. Die ganze Placenta ist 9 Zoll lang, 6 Zoll breit, aus zwei fast gleichen Theilen zusammengesetzt, und nur durch die Eihäute zusammengehalten. Die Spaltung geht durch die ganze Breite der Placenta, und ist an dem einen Ende $\frac{3}{4}$, an dem andern $2\frac{1}{2}$, in der Mitte $\frac{1}{2}$ Zoll breit. Die eine Hälfte misst vom Rande bis zur Spaltung $4\frac{3}{4}$, die andere $4\frac{1}{4}$ Zoll. An den beiden Enden der Trennung sind die vier Ecken abgerundet, und an einer dieser Stellen verbinden sich die Gefässe beider Hälften zur Nabelschnur. Diese ist 29 Zoll lang. Auf der ganzen Uterinfläche der Placenta sind die Cotyledonen eng zusammengedrängt. — Das Kind, ein Knabe, mit den Füssen vorangeboren, ist stark und gross. — Einen gleichen Fall hat vor mehreren Jahren Dr. Ebert in der Neuen Zeitschrift für Geburtskunde mitgetheilt. Die Placenta war in zwei gleiche Theile geschieden, und wog $1\frac{3}{4}$ Pfund. Das Kind, ein Knabe, war stark und hatte 8 Pfund Schwere und 19 Zoll Länge.

Wir führen weiter an 5) dass die Kürze der Nabelschnur und die frühere Theilung der Gefässe derselben als eine Hemmung auf einer früheren Bildungsstufe betrachtet wird. Man sollte daher erwarten, dass jene, und besonders die letztere Abweichung bei einer Theilung der Placenta um so mehr vorkommen müsse, als die Gefässe der Nabelschnur nach zwei Seiten hin „aus“ einander gehen. So ist es an der uns vorliegenden Placenta und an jener von Ebert beschriebenen, allein bei beiden Placenten sind die Nabelschnüre ungewöhnlich lang, und findet eine Theilung der Gefässe nicht statt, vielmehr sind die beiden Nabelarterien in Ebert's Fall durch eine kleine Anastomose kurz vor ihrer Trennung und dem Zusammentreten der Venenzweige zu einem gemeinschaftlichen Stamme durch eine Anastomose mit einander verbunden, und vereinen sich auch an der vorliegenden Placenta beide Arterien zu einem gemeinschaftlichen Stamme, von dem aus die Theilung nach den beiden Seiten erfolgt. Auch weist J. F. Meckel die von Voigtel ausgesprochene Behauptung, dass die Theilung des Mutterkuchens gewöhnlich mit früher Theilung der Gefässe des Nabelstranges verbunden sei, wiederholt zurück. Es erinnert übrigens die Anastomose in dem Ebert'schen Falle an die selten fehlende bei dem Zwillingsmutterkuchen, wo die Nabelgefässe durch einen starken, queren Verbindungsast, welcher an der Wurzel des Nabelstranges entspringt, zusammenfliessen.

Schliesslich bemerken wir noch, dass auch selbst bei Zwillings- und Drillingsplacenten das Vorherrschen nach Verbindung, nicht nach Trennung besteht.

Wir können daher die Theilung der Placenta in einen oder mehrere Lappen für ein Stehenbleiben auf einer frühern Bildungsstufe, für eine Hemmung in der Bildung nicht halten, und glauben mit Recht dagegen angeführt zu haben, die normale Grösse und Dicke der Placenta bei einer vorhandenen Nebenplacenta; die oft vorkommende Verbindung der Nebenplacenta durch eine dünne Schicht des Parenchyms; die Theilung grosser Placenten nur bis in die Mitte; das Bestehen aus zwei grossen Hälften; die gewöhnlich dabei vorkommende Grösse, Dicke und Schwere der getheilten Placenten bei gleichzeitig starken Kindern von gesunden Müttern; die fehlende frühere Theilung der Nabelschnurgefässe mit vielmehr vorkommender Verbindung derselben durch Anastomosen; die Länge der Nabelschnur; das Vorkommen der mehr oder weniger sichtlichen Theilung von vereinten Zwillings- und Drillingsplacenten.

Wir glauben bei einer Erklärung der Theilung der Placenta in einen grösseren Theil und eine Nebenplacenta, oder in zwei ungleiche grössere Theile, oder auch in zwei gleiche Hälften ganz besonders im Auge behalten zu müssen 1) die Beschaffenheit und Erweiterung der Höhle des Uterus, und 2) die Art der Bildung und Verbindung der Placenta mit der innern Fläche des Uterus.

Wenden wir uns zunächst dem ersten Punkt zu.

Die Höhle der Gebärmutter ist so enge im nichtschwangeren Zustande, dass die vordere und hintere Fläche einander fast berühren. Dies ist der Fall besonders zu beiden Seiten, wo die Ränder des Körpers etwas gewölbt vorstehen. Die Höhle ist also in der Mitte von vorn nach hinten etwas grösser als zu den Seiten, und geht oben auf beiden Seiten in zwei lange, allmälig enger werdende Hörner über, in deren Spitzen die Tuben einmünden. Die Uterinhöhle hat also nur eine vordere und eine hintere Wand, während zu den Seiten nur die Ränder des Körpers liegen. Es entspricht mithin die Höhle der ganzen Gestalt des Uterus insofern, als dieser aus einer vordern und hintern Hälfte besteht, welche an beiden Seiten zu einer schmalen Wand sich vereinigen. Ehe das Ei seine Höhle erreicht, fängt er an zu turgesciren, vergrössert sich im weitern Verlauf der Schwangerschaft in seinem obern Theil, Grund und Körper nach allen Richtungen, bleibt aber auch jetzt mehr breit, als er sich rundet. In demselben Maasse dehnt sich auch die Höhle aus, bleibt mehr breit, als sie tief wird, erhält eine vordere und hintere grosse innere Fläche, zwei schmalere zu den Seiten, und ein Gewölbe am oberen Theil. Es kann das Wachsthum des Uterus, wie die Erweiterung seiner Höhle aus nahe liegenden Gründen auch schneller vor sich gehen und früher beginnen, als gewöhnlich.

Der zweite Punkt, den wir anführten, ist die Art der Bildung und der Verbindung der Placenta mit dem Uterus. Schon ein flüchtiger Blick auf die Gestalt der Gebärmutterhöhle lässt erkennen, dass von ihren Wänden die des Grundes, besonders aber die vordere und hintere am geeignetesten sind für das Eingehen einer Verbindung der Placenta mit ihnen, und für deren ungestörte Ausbreitung. An den schmalen Seitenwänden kann sich die Placenta bei ihrer Entstehung auch nicht wohl anheften, weil hier das Ei die zusammentretende vordere und hintere Wand früher berührt, als den tiefer liegenden Winkel, und dürfte sie auch hier bei der vorschreitenden Erweiterung der Höhle in Hinsicht der Abtrennung eben so gefährdet sein, als bei ihrem Sitze in der Nähe des Muttermundes oder auf demselben.

Die Anheftung der Placenta am Grunde der Gebärmutter dürfte in der That selten vorkommen. Wir selbst erinnern uns keines Falles, das Placentarstellengeräusch ganz auf den Grund beschränkt vernommen, oder die Placenta von dem Grunde zu trennen Gelegenheit gefunden zu haben. Die Placenta, die sich hier vollständig bildet, wird rund sein, und die Nabelschnur aus der Mitte derselben hervorgehen.

Am häufigsten bildet sich wohl die Placenta an einer Tubenmündung, wo sie mit der freien Schleimhaut des Uterus in Verbindung treten kann. Diese Mündung öffnet sich in der Spitze des Horns der Uterinhöhle, und mit der Erweiterung dieser schreitet auch jene des Horns gleichmässig fort. Die Zotten mit den Gefässen der Allantois finden hier überall eine gleiche Fläche für ihre Verbindung mit den Uteringefässen, und mit dem Wachsthum der Placenta breitet sich das Horn schalenförmig aus; die Placenta nimmt eine runde Gestalt an, und die Insertion der Nabelschnur ist in der Mitte oder etwas von dieser entfernt, wohl äusserst selten am Rande selbst befindlich. So haben wir es in einer nicht geringen Zahl von Fällen gefunden, wo uns die Aufgabe der Lösung und Entfernung der Placenta geworden, und in einer noch grössern Zahl, wo die Auscultation den Sitz der Placenta an einer dieser Stellen anzeigte, und die nach der Geburt folgende Placenta rund oder mindestens rundlich, und die Insertionsstelle der Nabelschnur nur ein einziges Mal am Rande war. Wir haben auch in allen Fällen die Lappen fest und eng zusammengedrängt gefunden. Dies ist auch die Stelle, wo die Placenta am häufigsten zurückgehalten wird, und eine gewisse Einsperrung hat. Denn da um die Tubenmündung herum die Muskelfasern kreisförmig liegen, so kann allerdings die Placenta eingeschlossen werden, doch nicht in der Art, dass die zu der Placenta führende Stelle nur eine kleine runde Oeffnung bildet, noch auch, dass der Uterus die Gestalt eines Sanduhrglases annimmt. Diese innigen Verbindungen der Placenta mit dem Uterus kommen hier auch am häufigsten, vielleicht nur hier vor. Wohl nimmt auch an dieser Stelle die Placenta zuweilen eine eigenthümliche Form an. Dies beweist das vorstehende Präparat. Es ist eine Placenta, die nach der ersten Entbindung einer jungen Frau nicht entfernt werden konnte. Auch wir wurden hinzugerufen und mussten jeden weitern Eingriff zur Lösung der Placenta für nutzlos erklären, denn die Frau war eine Sterbende. Das Kind war stark und gesund. Nach der Angabe des Hausarztes hatte der Uterus während der letzten Monate der Schwangerschaft rechts und oben eine auffallende Vorragung, so dass die Gestalt desselben eine schräge herzförmige gewesen sei, auch hatte die Frau an dieser Stelle Schmerzen empfunden. Auch jetzt hatte der Uterus, grösser als sonst, diese Gestalt. Es wurde nur die Oeffnung der Bauchhöhle und des Uterus nach 24 Stunden gestattet. Die äussere Fläche des Uterus hatte ein gesundes Ansehen, und zeigte sich gerade an der rechten Tube eine halbkugelartige Ausbiegung. Nachdem der Uterus vorsichtig geöffnet war, zeigte es sich, dass die Placenta in einer jener äusseren Ausbuchtung entsprechenden schalenartigen Vertiefung lag, und auch jetzt nur mit Mühe entfernt werden konnte, da nur ein schmaler Saum des Mutterkuchens vorstand. Die vorliegende Placenta gleicht einer durchschnittenen, an ihrer convexen Fläche etwas zugespitzten Kugel mit etwas aufgewulstetem Rande. Die Totalfläche liegt daher etwas tiefer als ihr Rand. Der Umfang dieser kleinen Fläche beträgt $7\frac{1}{2}$ Zoll, der längste Durchmesser $2\frac{1}{4}$ Zoll, und die Dicke der Placenta in der Mitte $2\frac{3}{4}$ Zoll. Die Fötalfläche ist glatt, denn die Gefässe erheben sich kaum merklich, und nur auf der einen Hälfte, und treten erst in der Nähe der Insertionsstelle, welche am Rande ist, stärker hervor. Der Ueberzug dieser Fläche ist dicker, als gewöhnlich, und bietet auch dadurch eine Abweichung dar, dass er sich am Rande über $\frac{1}{2}$ Zoll nach der Uterinfläche hin umschlägt, und dann erst den Fötus umschliesst. Dadurch hat sich an der einen Stelle eine Tasche gebildet. Es hat wohl diese Bildung ihren Grund darin, dass der Rand über die Uterinfläche sich erhoben hatte. Die sehr convexe Uterinfläche besteht nur aus einigen sehr compact zusammengedrängten Lappen.

Noch kann aber die Placenta an der hintern oder vordern Wand des Uterus sich ansetzen und entwickeln. Unläugbar geschieht es häufiger an jener, als an dieser Wand. In diesem Falle ist die Gestalt der Placenta, entsprechend der oben breitern, nach unten schmalern Wand nicht rund, sondern oval, häufiger an dem nach oben gelegenen Rande breiter, nach unten schmaler. Die Insertionsstelle findet man excentrisch oder am Rande, und zwar am häufigsten an dem untern, wohl weil die Placenta nach oben wächst und sich vergrössert. Hier haben wir die Lappen meist in einer lockerern Verbindung gefunden, als bei dem Sitze der Placenta an der vorher bezeichneten Stelle. Dies erscheint uns gewissermaassen als der Uebergang zu der Theilung. Wenn nämlich die ursprüngliche Anheftung des Eies zur Bildung der Placenta an dem Winkel geschieht, wo die vordere und hintere Wand zu den Seiten zusammenstossen und die schmalen Seitenwände bilden, so geschieht es, dass die Verästelung einer flachen, mit dem in ihr verästelten Gefässpaare, Nabelarterien und Venenzweige, sich nicht an derselben Wand anheften, wo der andere Theil der Flocken sitzt, sondern an der hier ganz nahe liegenden andern Wand, und hier ein eigenes von den übrigen getrenntes Läppchen bildet. Diese Trennung tritt später in Folge der Ausdehnung der Uterinhöhle sichtlicher hervor; und die Verbindung wird durch die Eihäute und einen Arterien- und Venenzweig zwischen dem einzelnen Läppchen und dem grössern Theil hergestellt. Wie sich nun eine Flocke mit ihrem Gefässpaare, durch Zellgewebe knäuelartig zu einem Läppchen verbunden, von dem übrigen Theil, der z. B. an der hintern Wand sich anheftet, trennen kann, indem sie sich mit dem Uterus an seiner vordern, jener Wand an dem seitlichen Winkel dicht gegenüber liegenden verbindet, so auch können mehrere nebeneinander liegende Flocken, selbst die Hälfte sich trennen, da besonders auch beide Nabelarterien nicht in der Richtung des Nabelstranges in die Placenta treten, sondern auseinander weichen, und auch die Venen in gleicher Weise erst an dem Nabelstrang zu einem Stamme zusammentreten. So finden wir es auch sowohl bei der uns vorliegenden, als auch bei der von Ebert dargestellten Placenta. Auch hier ist die Insertionsstelle am Rande, weil die Placenta nach oben sich vergrössert. Man findet daher den Einriss der Eihäute nach der Ausstossung der Placenta in der Nähe dieses Randes, denn er erfolgt überhaupt in der Regel dem untern Rande mehr oder weniger nahe, weil die Eihäute an der Stelle des Mutterkuchens stärker angezogen werden als an der entgegengesetzten Seite, wo sie dem Zuge nachgeben können.

Unter dem zuletzt angegebenen Verhältnisse nimmt die Placenta die Beschaffenheit des Mutterkuchens bei derjenigen Zwillingsschwangerschaft an, wo beide Eier von einer Decidua umschlossen, die andern Theile doppelt sind, oder wo ausser der Decidua auch das Chorion einfach ist, oder auch ein gemeinsames Amnion besteht, und die Placenten mehr oder minder verschmolzen sind, und ist es daher auch bemerkenswerth, dass sowohl bei der vorliegenden, als auch bei der von Ebert beschriebenen Placenta unter den grösseren Stämmen Anastomosen sich zeigen, wie sie nach Velpeau's Angabe bei jenen Placenten unter den grösseren Stämmen vorkommen. Unserer Erklärungsweise der vorkommenden Theilung bei einfachen Placenten tritt die Theilung der Zwillingsplacenten nicht nur nicht entgegen, sondern sie bestätigt sie vielmehr, insofern hier durch die Verdoppelung der Nabelschnurgefässe und ihrer Anheftung an zwei Stellen eine häufigere Gelegenheit gegeben wird, indem die Gefässe der Allantois von dem einen, und die von dem andern Fötus an zwei verschiedenen Stellen in die Flocken treten, und bei einer Lage derselben an einer der Seiten des Uterus mit der vordern und hintern Wand sich verbinden können, so dass hier wie dort die Theilungsstelle in dem seitlichen Winkel des Uterus liegt.

Bei dem Sitze der Placenta auf dem Muttermunde, über welche

abnorme Bildungsstelle wir uns schon früher, und auch öffentlich ausgesprochen haben, und die wir in einer Zerreissung der *Decidua reflexa*, als Trägerin des Eies, suchen, haben wir wenigstens keine Theilung gefunden. In der Meckel'schen Sammlung befinden sich zwei Gebärmütter mit *Placenta praevia*, und hier sehen wir allerdings, dass in einem Falle der grössere Theil der Placenta an der hintern Wand dicht an der rechten Seite liegt, und ein Lappen an der vordern Wand, die schmalere Verbindungsstelle in dem Winkel liegt. Ueberhaupt zeigen auch diese Placenten in der Gegend des Muttermundes einen gelappteren Bau, wie wir es an dergleichen Placenten immer gesehen haben. Wir müssen auch noch bemerken, dass die Eintheilung in das vollkommene und unvollkommene Aufsitzen des Mutterkuchens auf dem Muttermunde nicht begründet ist. Immer sitzt wohl ein grösserer Theil der Placenta an der vordern oder (häufiger) an der hintern Wand. Von den uns vorgekommenen Fällen haben wir 16 Mal darüber genaue Notizen. Hier sass in keinem Falle die Placenta centrisch auf, und nur in 3 Fällen lag die Mitte dem Muttermunde näher, als in den andern. Dasselbe zeigen auch die zwei Meckel'schen Präparate, und in diesen, wie in unsern Fällen, befand sich die Insertionsstelle der Nabelschnur an dem nach hinten und oben gelegenen Rande.

Die Blutungen bei *Placenta praevia* leiten uns auch auf den Gedanken, dass wohl manche Blutung während der Schwangerschaft und besonders in den ersten Monaten derselben eine gleiche Ursache haben dürfte. Dort ist es die Erweiterung des Uterus in seinem untern Abschnitte, also an dem Theil der Höhle, der zuletzt in die Ausbreitung derselben gezogen wird, hier die Ausbreitung der Höhle in ihrem obern und seitlichen Theil, wobei es wohl geschehen kann, dass Gefässtrennungen vorkommen können. Ein Abortus muss deshalb nicht nothwendig erfolgen, da das getrennte Läppchen eine neue Verbindung mit dem Uterus eingehen kann. Die apoplectischen Grade, die man oft bei ersten Placenten findet, dürften unsere Ansicht bestätigen.

Ehe wir diesen Gegenstand verlassen, wollen wir, durch ihn daran erinnert, noch zweier Punkte gedenken, nämlich der Reibungen des Uterus und der Wahl der Hand bei der Lösung der noch ganz oder zum Theil angehefteten Placenta.

Die Reibungen des Uterus durch die Bauchdecken werden ausgeführt, um den Uterus Behufs der Lösung und Austreibung der Placenta anzuregen, auch bei Blutungen aus einem atonischen Uterus. Ihre Wirkung ist nicht zu bezweifeln. Man sieht sie aber oft zu leise oder zu anhaltend ausführen, und beides ist fehlerhaft. Sollen sie wirklich etwas leisten, so müssen sie in der Gegend der Tuben und kräftig ausgeführt werden, den Uterus selbst, nicht bloss die Bauchhaut, oder mit dieser die Bauchmuskeln treffen. Sie müssen aber auch periodisch gemacht werden, d. h. aufhören, so wie der Uterus sich contrahirt hat, und nur erst wieder beginnen, wenn der Uterus sich wieder ausgedehnt und geruht hat. Darin erstens können wir seine Expansion nicht hindern, wie dies auch bei dem Herzen der Fall ist, das doch erschlafft, wenn man auch den Reiz fortsetzt, und zweitens muss die erschöpfte Kraft des Bewegungsapparates sich erholen, und eine gewisse Restauration des Nervenprincips, eine allmälige Innervation erfolgen. Es ist also das fortgesetzte Reiben des contrahirten Uterus nutzlos, und nutzlos, den erschlafften Uterus keine Zeit zur Erholung zu lassen. Es bleibt daher das Reiben sehr oft erfolglos, während es allein, richtig ausgeführt, von Erfolg sein kann.

Der zweite Punkt ist die Wahl der Hand zur Lösung und Entfernung der noch festsitzenden Placenta. Die Mehrzahl der Geburtshelfer lehrt, dass man mit der linken Hand die rechts sitzende Placenta zu lösen habe. Wir haben nach mehrmaliger Erfahrung die Befolgung dieser Vorschrift schon in den ersten Jahren unserer Praxis aufgegeben, da wir uns zu wiederholten Malen genöthigt sahen, die Hand zu wechseln. Dies ist uns nicht wieder vorgekommen, seitdem wir mit der rechten Hand die in der rechten Seite sitzende Placenta (der häufigere Fall), mit der linken die in der linken Seite adhärirende lösen. So ist die innere Fläche der Hand der Placenta zugekehrt, man kann die Lösung von dem obaren, meist dickeren Rande aus unternehmen, wo auch in der Mehrzahl der Fälle die Trennung schon erfolgt ist, weil eben dieser Rand der Contraction des Uterus stärkern Widerstand leistet, und daher leichter getrennt wird, als der dünnere Theil, welcher dem sich contrahirenden Uterus nachgiebt. Ist hier die linke Hand im Uterus, so kann die Trennung von diesem Rande aus gar nicht geschehen, muss von dem untern dünnern Rande aus begonnen werden. Sollte aber dieser getrennt sein, so steht auch bei der rechten Hand der weitern Lösung nichts entgegen.

Zeichnungen.

Fig. 1. Die beschriebene doppelte Placenta (in 5 Mal verkleinertem Maassstab).
Fig. 2. Die beschriebene Placenta (um die Hälfte verkleinert).
Fig. 3. Dieselbe von der Seite (um die Hälfte verkleinert).

Fig. 1.

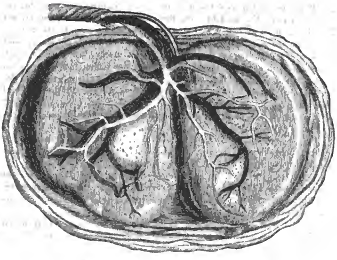


Fig. 2.

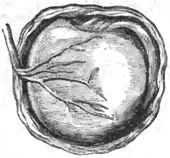


Fig. 3.



Ueber die Radical-Bruchoperation nach Mösner.

Von
Dr. med. Schlosser.

(Schluss aus No. 27.)

Krankheitsgeschichten der nach Mösner's Methode operirten Patienten [1]).

1) Heinrich H., 14 Jahre alt, Glaserlehrling aus der Vorstadt Au, hatte einen äusseren linksseitigen Leistenbruch, welcher seit 3 Wochen bestand. Er wurde am 20. Juli 1846 operirt und verliess den 31. Aug. geheilt das Krankenhaus; deutlich war im Leistenkanal der ungefähr fingerdicke, $1\frac{1}{2}''$ lange Nabelstrang zu fühlen.

2) Georg Fr., 58 Jahre alt, Maurer aus München, kam mit Einklemmung seines rechtsseitigen äusseren Leistenbruches in die Anstalt, wo die Taxis gemacht wurde; er wurde durch die Mösner'sche Operation geheilt mit einem Bruchbande entlassen.

3) K. Sp., 15 Jahre alt, Lehrling aus München, wurde den 21. Nov. 1846 an einer seit 13 Wochen bestehenden äusseren rechtsseitigen Leistenhernie operirt und den 31. Dec. geheilt entlassen, wobei im Leistenkanale eine strangförmige Narbe zu fühlen war.

4) Georg Sch., 33 Jahre alt, Bäcker aus Werdenhüll, Landgerichts Pottenstein, wurde am 23. Nov. 1846 an einem rechtsseitigen äusseren Leistenbruche operirt, die Ligaturfäden wurden den 21. Tag entfernt, und der Patient war nach 38 Tagen vollkommen geheilt.

5) Anton Sch., 30 Jahre alt, Tischler aus Lechbruck, Gerichts Füssen, litt seit langer Zeit an einem linken äusseren Leistenbruche. Nachdem zuerst die Radicaloperation nach Wutzer misslungen war, wurde er am 2. Febr. 1847 nach Mösner operirt und verliess den 16. März gebessert das Krankenhaus, indem durch abgelagerte Narbenmasse die Bruchpforte verengert worden.

6) P. W., 42 Jahre alt, Brauer aus Freising, hat seit einem Jahre einen linksseitigen äusseren Leistenbruch, und wurde durch die Mösner'sche Operation vollkommen geheilt, und sowohl der

[1]) Die Fälle 1—12 habe ich auf der chirurgischen Abtheilung zu München theils als Praktikant, theils als Assistenzarzt beobachtet; die folgenden 3 hat mir Dr. Gross mitgetheilt, und No. 16 habe ich im Militärkrankenhause zu München aufgenommen.

äussere als innere Leistenring, wie der Kanal, war durch einen gegen 2 Zoll langen festen Wulst von cylindrischer Narbenmasse geschlossen.

7) Franz H., 33 Jahre alt, Bauernsohn aus Mosach, Landgerichts Ebersberg, litt seit langer Zeit an einem rechten äusseren Leistenbruche, sowie an einer linksseitigen Hydrocele, welche durch Excision eines Stückes der degenerirten Vaginalhaut geheilt wurde. Er unterzog sich auch der Radical-Bruchoperation, worauf die Fäden 20 Tage liegen blieben, und der Kranke ward vollkommen geheilt, indem der Leistenkanal durch Narbenbildung verschlossen wurde; der grösste Theil seiner Aufenthaltszeit im Krankenhause vom 20. Febr. bis 4. April 1847 ist der langsamen Heilung der Operationswunde der Hydrocele zuzurechnen.

8) Joseph K., 20 Jahre alt, Bäcker, wurde an einem äusseren rechten Leistenbruche operirt, die Fäden blieben 13 Tage liegen, und der Patient wurde vollkommen geheilt.

9) Otto G., 12 Jahre alt, Schlosserlehrling, wurde an einem seit 8 Tage bestehenden äusseren Leistenbruche operirt und die Fäden am 22. Tage entfernt; der Kranke verliess nach 10wöchentlichem Aufenthalt geheilt das Krankenhaus.

10) Fr. A., 53 Jahre alt, Taglöhner aus München, wurde durch die Radicaloperation von einem äusseren rechtsseitigen Leistenbruche geheilt entlassen.

11) S. W., 21 Jahre alt, von kräftiger, muskulöser Statur, Tischlergeselle aus Stopfheim, Gerichts Höchstädt, litt seit einiger Zeit an einer rechten äusseren Inguinalhernie, wurde am 19. Oct. 1848 nach Mösner operirt, und verliess am 6. Nov., also nach 18 Tagen, vollkommen geheilt das Krankenhaus. Der nicht sehr weite Leistenkanal war völlig durch abgelagerte, cylindrische, unbewegliche Narbenmasse verwachsen.

12) K. H., 30 Jahre alt, aus Gampersdorf, Gerichts Beilngries, hatte seit 1¼ Jahr einen äusseren rechtsseitigen Leistenbruch, welcher allmälig entstanden war, und sich beim Heben schwerer Lasten und Husten bis zur Grösse einer mittleren Birne hervordrängte. Die Bruchpforte liess den untersuchenden Zeigefinger leicht einführen, wobei zu erwähnen ist, dass die Sehne des äusseren schiefen Bauchmuskels, i. e. die vordere Wand des Leistenkanales eine längliche Spalte hatte, in welche die Bruchtheile sich legten. Er wurde am 15. Mai 1849 operirt; 6 Tage darauf befiel den Kranken anhaltender Blasenkrampf, der 4 Tage hindurch die Application des Katheters erforderte. Am 11. Juni wurden die Fäden entfernt, und der Kranke verliess bald darauf geheilt die Anstalt, indem eine rigide Narbenmasse den Leistenkanal und die beschriebene Spalte ausfüllte.

13) Medardus R., 11 Jahre alt, aus Obersdorf, Gerichts Sonthofen, ein gesunder munterer Knabe, litt seit 2 Jahren an einem äussern Leistenbruche von bedeutendem Umfange, — welcher Seite? — der nicht selten bedeutende Zufälle erregte und wegen zweimaliger Einklemmung die Taxis erforderte. Der äussere Leistenring war weit genug, um den kleinen Finger aufzunehmen und dessen erste Phalanx in den Leistenkanal eindringen zu lassen. Die leicht und schmerzlos vorübergehende Operation wurde am 2. Oct. 1849 vollzogen, der Faden aber wegen geringer Entzündung und Eiterung erst am 30. Tage entfernt; am 35. waren die Stichwunden vollkommen vernarbt, und am 40. verliess der Kranke gänzlich geheilt sein Lager. Vom äussern Leistenringe bis hinauf zur Ausstichsnarbe konnte ein harter Wulst von der Dicke eines starken Gänsekiels gefühlt werden. — Nach Verlauf von 4 Monaten war der äussere Leistenring noch mehr verengert, und obwohl die beschriebene Narbenmasse resorbirt war, zeigte sich doch keine Spur von einem Bruche mehr.

14) Franz V., 26 Jahre alt, ein kräftiger Bauernbursche, war linkerseits mit einer Varicocele und einem äussern Leistenbruche behaftet, ebenso zeigte sich in der rechten Inguinalgegend bei verschiedenen Veranlassungen am hintern Leistenringe eine rundliche Anschwellung als Zeichen der sich bildenden Hernie. Beiderseitige weitgeöffnete Leistenringe liessen bequem zwei Phalangen eines mittelstarken Mannszeigefingers einführen. Die Operation wurde am 30. Oct. wie im vorigen Falle vollzogen und ebenso die Nachbehandlung eingeleitet. Mit der am 6. Tage darauf eintretenden Eiterung verschwand ein leichtes bisher bestandenes Reactionsfieber. Am 15. Tage wurde der Operateur zum Kranken beschieden, welcher klagte, dass ihm seit wenigen Stunden eine grosse Geschwulst gewachsen sei, nachdem er seit ein paar Tagen eine kleine längliche Anschwellung mit Ziehen und Schwere bemerkt habe. Bei der genaueren Auffassung der Momente fand der Arzt, dass eine Hydrocele der *Tunica vaginalis communis* auf acute Weise entstanden war, bedingt durch den Reiz der eingelegten Seidenschnur. Gegen den 20. Tag hin vermehrte sich die Eiterung sehr bedeutend, während die Hydrocele gleichen Umfang behielt. Nach Entfernung der Fäden am 25. Tage verminderte sich die Eiterung und das Volumen der Geschwulst; 10 Tage später waren die Operationswunden vernarbt, die Hydrocele verschwunden, und zwei Narbenstränge im Leistenkanale zu fühlen. Als der Kranke seine Versuche zum Heraustreiben des Bruches machte, zeigte sich die vollkommene Heilung bestätigt; ein Vierteljahr später waren beiderseitige Leistenringe sehr verengert und dem Zeigefinger nicht mehr zugänglich.

15) Wendelin Sch. war vor einem Jahre nach der Wutzer'schen Methode erfolglos operirt worden. Da durch das Bruchband dem Vortreten der Gedärme nicht gesteuert werden konnte, und Patient auf Handarbeit angewiesen war, unterzog er sich wiederholt der Operation. Es wurden wegen bedeutender Ausdehnung des Leistenringes zwei Fäden eingezogen, so dass sie parallel mit dem Samenstrange verliefen. Gleich am andern Tage zeigte sich dieselbe (?) Geschwulst wie beim vorhergehenden Falle. Patient behauptete, dass er sie — jedoch in viel geringerem Umfange — jedesmal gefühlt habe, wenn der Samenstrang durch den herausgetretenen Bruch gedrückt worden sei [1]).

Bei sehr grosser Reizlosigkeit des Individuums wurden die Seidenfäden nach dem dritten Tage täglich dreimal mit *Oleum Terebinthin.* getränkt, und nur auf solche Weise und mittelst eines streng angelegten Bruchbandes mit sehr convexer Pelotte statt der *Spica inguinalis* gelang es, Entzündung und Eiterung zu erzielen. 25 Tage nach der Operation wurden die Fäden ausgezogen, und Patient bemerkte, dass er bei gewissen Anstrengungen die Gedärme gegen den hintern Leistenring andringen fühle, wie es ihnen aber unmöglich sei, den gewohnten Ausweg zu finden.

Der Kranke wurde in ungefähr 40 Tagen, nachdem ein profuser Eiterungsprocess eingetreten, vollkommen geheilt. — Die beiden erzeugten Narbenstränge füllen den Leistenkanal und dessen Pforte vollkommen aus, daher auch jetzt noch, wie mich Hr. Dr. Gross jüngst mündlich versicherte, kein Recidiv eingetreten, und auch für die Zukunft nicht zu befürchten ist.

16) Michael J., 24 Jahre alt, Corporal im 1. Infanterie-Regiment, aus Haidhausen bei München, von mittlerer Statur und etwas schmächtigem Körperbaue, wurde, seit 8 Tagen an einem linken äussern Leistenbruche leidend, den 14. April im Militärkrankenhause zu München vom Bataillons-Arzte Dr. Obermüller nach Mösner operirt. Der Faden blieb 21 Tage liegen, und wurde zur Erhöhung des Entzündungsreizes mit *Ol. Terebinth.* getränkt. Sieben Tage später waren die Wunden vernarbt, und am Scrotum, dem Einstichspunkte am vordern Leistenringe entsprechend, eine doppelt haselnussgrosse, kugliche, adhärirende Narbenmasse, eine eben solche, von abgeplatteter Gestalt am Ausstichspunkte im obern Theile des Leistenkanals erzeugt. — Der vorher den Zeigefinger leicht aufnehmende Leistenkanal ist so verengert, dass man mit der Fingerspitze den Leistenring bis zu 4''' länglichen Durchmessers contrahirt findet; daher seine vollständige Heilung keinem Zweifel unterliegt [2]).

Ich führe nun auch die Geschichte eines nach Wutzer von Dr. Gross operirten Patienten an, als faktischen Beweis, dass oft nach dem Herabsinken der eingestülpten Hodensackpartie durch festes Narbengebilde, welches den Leistenkanal ausfüllt, die Heilung (eigentlich also nach Mösner's Princip) eintreten könne.

17) Johann St., 34 Jahre alt, ein kräftiger Gemsjäger, von sanguinischem Temperamente und rigider Faser, war seit 3 Jahren mit einem durch traumatische Einwirkung entstandenen, vollkommenen äussern rechten Leistenbruche behaftet. — Unmittelbar nach einer erlittenen Misshandlung, einem Kniestosse in die rechte Genitalgegend, war blutiges Extravasat und entzündliche Anschwellung des Saamenstranges von enormer Grösse erfolgt, und nach Heilung dieser die Hernie zum Vorschein gekommen.

Die Operation wurde am 7. Januar 1849 vollzogen und am 14. das Instrument entfernt, nach 18 Tagen waren die Wunden vernarbt, indess 3 Tage später rief der Reconvalescent den Operateur zu sich, und erzählte, dass nach einem anstrengenden Marsche in tiefem Schnee und nach einer reichlichen Mahlzeit der Bruch wieder erschienen sei. Jedoch zeigte sich, dass eine innere Leistenhernie entstanden war, welche er wieder durch die Operation geheilt wissen wollte. — Es wurde ihm willfahren, und am 1. Febr. das Invaginatorium von der kleinsten Dimension in mehr gerade aufsteigender Richtung eingeführt. In der Nacht vom 8. bis 9. Febr. wurde das Instrument entfernt, denn es hatte sich ein Abscess von enormer Ausdehnung unter dem heftigsten Entzündungsfieber mit Delirien gebildet, wobei über 3 Unzen Eiter

[1]) War sie durch vermehrtes Secret im vielleicht vorliegenden Bruchsacke bedingt, oder wirklich eine abgesackte Wasseransammlung im Samenstrange, die durch den neugesetzten Reiz und dadurch eintretende Exsudation vergrössert wurde? Das letztere dünkt mir wahrscheinlicher. Schl.

[2]) Zu Anfang December desselben Jahres fand ich die beschriebenen Narbenablagerungen vollständig resorbirt, aber den vorderen Leistenring und den ehemaligen Bruchgang mehr als in gewöhnlichem Zustande contrahirt. Der Mann erzählte, er hatte das erhaltene Bruchband kaum 14 Tage getragen, weil es ihn in der Sonnenhitze genirt hatte. Aber trotz vieler körperlicher Anstrengung beim Marschiren mit vollständiger Rüstung, beim Schwimmen, Turnen etc., hatte er nie mehr ein Vortreten des Bruches bemerkt.

hervorströmten. Am 20. Tage nach der Operation konnte der Kranke, von seinem Bruche **vollkommen geheilt**, das Lager verlassen.

Ein Jahr später sah der Operateur denselben wieder, der seitdem manchem Gemsbock nachgeklettert und manchen „Hosenlupf" siegreich bestanden hatte, — die Brüche blieben verschwunden.

Die rigide Verwachsung des ganzen Leistenkanals in seiner ganzen Länge und Breite bis zum innern Leistenring hinauf ist deutlich zu fühlen; die beiden dem Serotum entnommenen Invaginationen sind zu einem dünnen, schmalen Bändchen herabgeschwunden, und es kann von diesen nicht mehr die Rede sein, als von Pfröpfen, welche zum Verschliessen des Leistenkanals auch nur entfernt beizutragen vermögen.

Recht wohl erkennend, dass dieses Thema einer geübteren Feder würdig gewesen wäre, und dass es meine schwachen Kräfte keineswegs erschöpfend darstellen konnten, werde ich mein Streben hinreichend belohnt sehen, wenn sich durch diese Zeilen Männer, reicher an chirurgischer Wissenschaft und Erfahrung als ich, ein Anfänger, veranlasst sehen, sie ihrer nähern Prüfung zu unterwerfen, was bisher nicht geschehen zu sein scheint, damit diese schöne Erfindung ihres gebührenden Ranges theilhaftig werde, zum Heile der Bruchkranken.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus dem Maria-Bürgerspital zu Aachen.

Von

Dr. Metz, königl. Sanitätsrathe etc.

(Fortsetzung aus No. 27.)

III. Fall von Resection des unteren Endstückes des Oberarmknochens.

L. Mauermann, 20 Jahre alt, von kräftiger Constitution, Dachdeckergeselle, hatte am 1. April d. J. Abends gegen 6 Uhr das Unglück, auf dem Dache eines zweistöckigen, ungefähr 25 Fuss hohen Hauses auszugleiten und auf das Strassenpflaster herabzufallen. Besinnungslos wurde er aufgehoben und in's Spital gebracht. — Die Untersuchung ergab, abgesehen von einigen Contusionen und kleinen Wunden des Kopfes und Gesichts, eine heftige Quetschung der linken Hüfte und einen complicirten Bruch des linken Oberarmknochens. Dicht oberhalb der äussern Ellenbogengelenkseite waren die Weichtheile in einer Länge von $1\frac{1}{2}$ Zoll perforirt; das seiner Condylen beraubte und vom Periost entblösste scharfe Knochenfragment des Humerus ragte aus dieser unregelmässigen, gerissenen Wunde heraus. Der untersuchende Finger liess im Innern der Wundhöhle neben zahlreichen Knochensplittern eine Eröffnung des Ellenbogengelenks ermitteln. Einzelne Muskelbündel waren zerrissen, grössere Gefässstämme nicht verletzt, die Blutung unbedeutend. Ingleichem waren keine bedeutenden Nerven verwundet, da die Beweglichkeit und Gefühlsempfindung unbeschränkt war. Der Radialpuls dieser Seite gab an Stärke und Schnelle dem der gesunden nichts nach.

Nachdem die bestehende Wunde nach oben um beinahe 2, nach unten um $1\frac{1}{2}$ Zoll Länge erweitert worden, wurde der Humerus, so weit er von der Beinhaut frei war, um 3 Zoll resecirt, hinrauf zur Excision und Exarticulation der zum Theil losen, zum Theil noch mit Bändermasse verbundenen Gelenkfragmente geschritten. Es zeigte sich jetzt, dass der *Condylus externus* in Verbindung mit der Rotula von dem übrigen Gelenkfortsatze getrennt worden war, und dass der *Condylus internus* mit der Trochlea durch einen 1 Zoll langen, die innere Kante bildenden Knochensplitter zusammenhing.

Dieselben Uebelstände, deren ich in dem II. früher mitgetheilten Falle erwähnte, machten sich auch hier geltend, doch wurde der *Nervus ulnaris* auch dieses Mal erhalten. — Die Vorderarmknochen befanden sich in genauer Verbindung mit einander, und war der diesen eigens zukommende Gelenkapparat unverletzt geblieben. Arterienunterbindung war nicht nöthig. Die Wunde wurde mit Heftpflasterstreifen vereinigt, das Glied in einen stumpfen Winkel und in eine passende Lage gebracht, hierauf mit Binden und Pappdeckelschienen umgeben.

Das resecirte, dem *Processus cubitalis* angepasste untere Oberarmende betrug eine Länge von 3 Zoll 8 Linien.

Ordination: Katheterapplication; Clysmata aus Kleienabkochung mit *Sal amar.*; *Emuls. oleosa c. Kali nitric.*; Cucurb. auf die Hüfte. Die von Vargea und Kretzschmar (s. Zeitschr. d. d. Chir.-Vereins IV. Bd. 2. u. 3. Heft. 1850.) bei Quetschungen, Verstauchung, Verrenkung, Knochenbrüchen, Zerreissungen etc. dringend empfohlenen Umschläge einer saturirten *Solutio plumbi acetici* beschloss ich, angeregt von dem überaus glücklichen Erfolge, den die Genannten hiervon gesehen, auch hier in Anwendung zu ziehen, um dem zu fürchtenden hohen Entzündungsgrade, den nach derartigen Verletzungen häufig eintretenden Nervenzufällen, einer zu profusen Eiterung etc. kräftig entgegentreten zu können. Ich liess somit, mich genau nach der Vorschrift richtend, *Plumb. acet.* ℥jß in *Aq. destill.* ℔iij auflösen, hiermit ununterbrochen halbstündlich das Glied überträufeln, und mit dicken, von der Lösung wohl durchdrungenen, etwas triefenden Compressen bedecken. Dieselben Fomentationen wurden auch auf die Hüfte gemacht. Nach schlaflos und etwas unruhig verbrachter Nacht hat Patient ein ziemlich munteres Aussehen. Er klagt nur über Schmerzen in der Hüfte, und ist nicht im Stande, mit der betreffenden Extremität auch nur die geringste Bewegung vorzunehmen. Durst gross, Puls voll, 86 Schläge. Die Finger des resecirten Armes können sehr gut bewegt werden, das Gefühl ist nirgendwo aufgehoben. Gegen Abend stellten sich Fiebererscheinungen ein, die sich durch Röthe des Gesichts, grössere Unruhe, Schmerzen im Arme, einen kräftigeren, volleren Puls bekundeten, jedoch keine dringende Indication zu Blutentziehungen ergaben.

Am 2. Tage fand ich das Glied schön warm, Patienten schmerzesfrei, die Wunde wenig absondernd. Einige spannende Heftpflasterstreifen wurden etwas gelüftet, worauf sich mehr Secret ergoss. Ein in Folge eines verschleppten Katarrhs bestehender Hustenreiz wurde durch die fortwährend aufgelegten kalten Umschläge sehr verstärkt, wogegen eine *Solut. ammoniac. muriat. c. Extr. hyoscyam.* gereicht wurde; im Uebrigen dieselbe Therapie.

In den nachfolgenden Tagen zeigte sich nun eine schöne, gutartige, gar nicht profuse Suppuration; Schmerz fehlte gänzlich, und die Fiebererscheinungen traten alsbald zurück.

Vom 5. Tage an wurde als Umschlag ein *Infusum flor. sambuci concentr.* benutzt, diesem auf 3 Pfd. bloss ℥j *Plumb. acet.* zugesetzt und allmälig die Menge des Salzes verringert, wie es an dem loco citato vorgeschrieben worden. Der Erfolg dieses Mittels widersprach aller meiner Erwartung. Schon am 10. Tage nach der Operation war die Eiterung so gering, dass ich weit früher, wie in den beiden schon mitgetheilten Fällen, den Kleisterverband anlegen konnte, welcher 6 Tage nachher, wo er zu locker geworden, erneuert wurde. Die Wunde zeigte zu dieser Zeit ein schönes Ansehen, war bis zur Hälfte geschlossen, die Granulation stark.

Vom 16. April bis zum 9. Mai blieb dieser zweite Verband liegen. Da indessen über Schmerzen an der innern Seite des Ellenbogengelenks Klage geführt wurde, so gab dieses zu genauer Besichtigung Veranlassung. Die Wunde war beinahe geschlossen und die Absonderung stockte fast gänzlich. An dem Ellenbogen hatte sich ein Abscess gebildet, welcher eröffnet vielen gutartigen Eiter entleerte. Ein einfacher Verband und Bedecken der Abscessstelle mit einem *Catapl. emoll.* brachten eine so günstige Zertheilung hervor, dass am 13. Mai abermals der Kleisterverband angelegt werden konnte.

Am 30. desselben Monats konnte Patient, da sich die Wunde geschlossen hatte, entlassen werden, mit dem Bemerken, sich von Zeit zu Zeit zur Untersuchung einzufinden.

Am 10. Juli, wo ich zuletzt die Extremität untersuchte, finden wir nun als das Resultat unserer Behandlung Folgendes:

„Durch die Resection ist das sehr lädirte Glied erhalten worden; die Heilung der Wunde, welche bei derartigen Gelenkoperationen sich ziemlich lange hinzuziehen pflegt, ist in kurzer Zeit erfolgt, und haben wir dieses einerseits den gewählten Fomentationen, andererseits der *Méthode amovo-inamovible* zuzuerkennen. Der resecirte Gelenktheil ist zum Theil schon regenerirt worden. Eine freiwillige Beweglichkeit und vollkommener Gebrauch des Theiles ist zwar noch nicht vorhanden, da dieses erst in einer etwas späteren Periode, und zwar nur durch fleissiges Ueben zu erlangen ist. Wird der Ober- und Vorderarm fixirt, und Bewegung im Gelenke vorgenommen, so sind Flexion, Extension, Pro- und Supination vollkommen gut ausführbar. Der Arm ist um 3 Par. Zoll kürzer wie der gesunde, sowie auch etwas magerer, der Händedruck jedoch kräftig, Finger normal beweglich. Patient vermag ohne irgend welche Beschwerde ein 6 Pfund schweres Gewicht vom Tische zu nehmen, und während einiger Zeit sowohl mit gebogenem als auch gestrecktem Arme zu tragen."

Miscellen.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 2. Juni 1851.

Vorsitzender Hr. Körte. Schriftführer Krieger. Die Sitzung wird um $7\frac{1}{2}$ Uhr eröffnet.

Das Protokoll wird verlesen, und nachdem Hr. Posner zu demselben eine berichtigende Bemerkung in Bezug auf das von ihm über Burrow's Werk Mitgetheilte gemacht hatte, angenommen.

Hr. Moritz Meyer hält es für wünschenswerth, dass in den über die Fieber einzureichenden Listen die Wohnung der Kranken angegeben werde. Die Versammlung tritt dem bei.

Der Vorsitzende theilt mit, dass die HH. Dr. Seidl und Prof. Heller aus Wien, welche schon in der Gesellschaft Vorträge gehalten, zu correspondirenden Mitgliedern vorgeschlagen, und dass diese Vorschläge durch 10 Unterschriften unterstützt seien.

Ein Schreiben des Hrn. Birkner zeigt dessen Versetzung nach Aachen an, und übermacht der Gesellschaft ein Exemplar seiner Schrift: „Naturselbstheilung und Zeichen der Lungenentzündung, mit Bemerkungen über die sogenannten rationellen Heilmittel. Berlin, 1851. Hirschwald." Aus der Zeitschrift für Erfahrungsheilkunst Bd. 4. Heft 2. besonders abgedruckt.

Hr. Krieger stellt einen Kranken mit Ektopie der Blase vor. Derselbe, Schuhmacher Arburg aus Grensen bei Schwarzburg-Sondershausen, zeigte den seltenen Defect von fehlenden Schambeinen, deren Rudimente durch eine bandartige Verbindung zusammenhingen, Fehlen der Vorderwand der Blase, so dass die hintere Wand derselben zu Tage lag und etwas nach aussen hervorgedrängt war. Die Oeffnungen der Urethren waren deutlich sichtbar und liessen den Harn tropfenweis aussickern; wenn der Kranke aber kurz zuvor getrunken hatte, so wurde der Harn sogar in Strahlen vorgetrieben, so dass die Anwesenheit von Muskelfasern in den Harnleitern wahrscheinlich wird. Elastische Sonden liessen sich 6 bis 8 Zoll weit in dieselben einführen. Der Nabel fehlt. Die Hoden sind schon vor der Pubertät in das Scrotum herabgestiegen, und wurde der Kranke dadurch bewogen, die früher von ihm getragenen Frauenkleider abzulegen. Der Penis zeigt vollständige Epispadie, so dass die Harnröhre auf dem ganzen Rücken desselben eine offene Rinne bildet, an deren Wurzel die Oeffnungen der Samengänge sichtbar sind. Nach der Angabe des Kranken erreicht der Penis bei der Erection die Länge von 5 Zoll und ermöglicht den Coitus. A. ist seit Jahren verheirathet, hat aber keine Kinder, und da er durch sein Gebrechen zu jeder Arbeit unfähig ist, ernährt er sich durch Umherreisen und Schaustellung seines Defects.

Es entspann sich eine Debatte über die Entstehung solcher Defecte, an welcher die HH. Dann, Krieger und Andere Theil nahmen. Hr. Dann fand die Abwesenheit des Nabels wunderbar. Krieger meinte aber, es sei wahrscheinlich, dass ein Nabelschnurbruch die Veranlassung dazu gegeben. In solchen Fällen trage ein Theil der Haut des Unterleibes zur Bildung des Bruchsackes bei, welcher mit dem Rest der Nabelschnur zugleich abgestossen werde und dadurch die in dem Bruchsacke enthaltenen Organe blosslege. Dieser Ansicht entgegen wurde bemerkt, dass das Fehlen der Schambeine, der vorderen Blasenwand u. s. w. jedenfalls für eine Hemmungsbildung zu sprechen scheine.

Hr. Lohde stellte einen Kranken mit Geschwüren am weichen Gaumen vor, welche er für primär syphilitische hält. Christoph Krüger, 20 Jahre alt, von gesundem Aeussern, nahm am 12. v. M. den ärztlichen Rath des Hrn. Lohde in Anspruch, weil ihm die flüssigen Nahrungsmittel zuweilen durch die Nase kämen und seine Sprache sich sehr verändert habe, indem sie näselnd geworden sei. Bei der Untersuchung der Mundhöhle fand Hr. L. eine intensiv dunkle Röthung und Anschwellung des weichen Gaumens, der Uvula und der linken Tonsille. Ueber der Uvula etwas nach links und oben ein 1 Zoll langes und $\frac{1}{2}$ Zoll breites phagedänisches Geschwür von ovaler Gestalt, scharfen Rändern und speckigem Grunde. Die Umgebung des Geschwürs habe keine Härten gezeigt und sei überall weich anzufühlen gewesen. Der Kranke wolle sein Leiden von einer Erkältung mit einer darauf folgenden *Angina tonsillaris* herleiten; er leugne zwar nicht einen geschlechtlichen Umgang, wohl aber jede Ansteckung. Er gebe an, niemals an Schanker, Gonorrhöe oder einem andern venerischen Uebel gelitten zu haben. An der *Glans penis* und Umgegend seien keine Schankernarben sichtbar. Wegen der Unsicherheit der Diagnose habe Hr. L. ihn indifferent behandelt, ihm ein Emeticum, später Abführungen, erweichende Gurgelwässer, endlich eine Auflösung von salpetersaurem Silber zum Gurgeln gegeben, weil die Geschwürsöffnung sich immer mehr vergrössert habe. Da nach einigen Tagen sich im Grunde des Geschwürs eine bessere Granulation gezeigt, sei mit dieser Behandlung fortgefahren worden. Nach 8 bis 10 Tagen jedoch habe sich nicht nur das erste Geschwür vergrössert, sondern auch ein zweites von der Grösse einer starken Erbse über der Uvula nach rechts neben dem ersten gebildet, welches durch einen kleinen Fistelgang mit demselben communicire. Hr. L. fügte hinzu, er glaube, diese Geschwüre für primär syphilitisch zu halten, weil sie alle Charaktere solcher Geschwürsbildungen darböten, und wolle man der Resorption des Schankergiftes nicht das Wort reden, so müsse man annehmen, dass das Contagium durch die Zungenspitze an den weichen Gaumen gebracht worden sei.

Hr. Ravoth hält es für sehr schwer, hier die syphilitische Natur zu beweisen, und führt an, er habe vor Kurzem einen ähnlichen Fall bei einer Frau vom Lande behandelt, bei welcher die rechte Hälfte des Gaumensegels verloren gegangen war, ohne dass etwas aufgefunden werden konnte, was auf Syphilis gedeutet hätte. Noch ein anderer Fall von einem Geschwür an der Zunge und mehrere aphthöse oder katarrhalische Geschwüre der Lippen, Fauces u. s. w. seien ihm vorgekommen und hätten alle Charaktere der Syphilis gezeigt.

Hr. Moritz Meyer sieht nicht ein, warum Hr. Lohde dieses Geschwür für ein primär syphilitisches halte. Hr. L.: Wegen der Abwesenheit von Schankern an den Genitalien.

Hr. Dann bemerkt, es können sehr wohl Schanker bestehen, ohne dass der Kranke selbst davon Kenntniss habe. In einem kürzlich beobachteten Falle sei ein Bubo von syphilitischem Aussehen bei einem Kranken, der jede primäre Ansteckung geleugnet, mit einem groschengrossen flachen Schanker an der *Glans penis* begleitet gewesen, doch habe der Kranke von dem Geschwür keine Ahnung gehabt.

Hr. Krieger führt dagegen an, es scheine ihm gar nicht nothwendig, hier Syphilis anzunehmen. Geschwüre des weichen, selbst des harten Gaumens kämen aus mancherlei Ursachen vor, und zeigten einen eben so destructiven Charakter wie die syphilitischen. Er selbst habe bei einer ehrbaren Frau in der Mitte der Vierziger an dem Gaumenbogen ein phagedänisches Geschwür zu behandeln gehabt, welches mit Salpetersäure touchirt und durch den Gebrauch einer Entziehungskur, Jodkalium und Sassaparille zum Stillstande gebracht wurde. Mit dem Eintreten der nächsten Menses habe es sich aber wieder verschlimmert, und diese Erscheinung sich fast ein Jahr lang wiederholt, so dass allmälig der ganze weiche Gaumen und ein beträchtlicher Theil des harten zerstört worden sei. So gut wie in diesem Falle das Geschwür ein menstruales genannt werden könne, weil es eben mit den Menses eine Verschlimmerung gezeigt habe, ebenso würde auch in Hrn. L.'s Fall vielleicht eine Periodicität oder ein Zusammenhang mit irgend einer Dyskrasie, etwa mit Hämorrhoiden sich herausstellen. Nach dem blossen Aussehen auf Syphilis schliessen zu wollen, scheine ihm unzulässig, weil wir eben gestehen müssen, dass die Natur der Gaumen- und Rachengeschwüre uns noch nicht hinreichend bekannt ist.

Hr. Posner tritt dieser Ansicht bei und meint, es sei sehr schwer, von dem Aussehen eines Geschwüres auf die ihm zu Grunde liegende Dyskrasie zu schliessen.

Hr. Riese erwähnt eines Falles von Geschwüren des weichen Gaumens, welche durch Antisyphilitica geheilt wurden, aber immer recidivirten, und von dem verstorbenen Kluge für hämorrhoidale ausgegeben wurden.

Hr. Körte: Es machen sich also drei Ansichten geltend; die des Hrn. Lohde, der für ein primär syphilitisches Geschwür ist; die des Hrn. Meyer, der es für ein secundär syphilitisches hält, und die von den Meisten getheilte Ansicht, welche sich gegen die syphilitische Natur des Geschwürs ausgesprochen; es dürfte aber schwer sein, diese drei Ansichten zu vereinigen.

Hr. Parow trägt darauf an, durch Impfversuche das Wesen der zu Grunde liegenden Dyskrasie zu untersuchen. Hr. Lohde verspricht weitere Mittheilungen über den Fall.

Hr. J. Hesse hält seinen angekündigten Vortrag über Magnet-Elektricität und deren Anwendung zur Kur.

Als Einleitung giebt derselbe eine Erläuterung des von ihm gebrauchten (Keil'schen) Rotationsapparates und der Mittel, welche er gebraucht, um den elektrischen Strom zu modificiren oder auf kleine beschränkte Stellen wirken zu lassen. Die vorgerückte Zeit macht die Vertagung dieses Vortrages bis zur nächsten Sitzung erforderlich.

Die Abstimmung ergab, dass Hr. Dr. Stubenrauch mit 13 bejahenden Stimmen zum ordentlichen, Hr. Prof. Dr. Hacker in Leipzig mit 10 gegen 6 Stimmen zum correspondirenden Mitgliede ernannt wurde.

Vorgeschlagen zum ordentlichen Mitgliede: Dr. Hallmann.

Schluss der Sitzung $9\frac{1}{4}$ Uhr.

Der Secretair der Gesellschaft: Krieger.

Sitzung vom 23. Juni 1851.

Vorsitzender Hr. Körte. Schriftführer Krieger. Die Sitzung wird um $7\frac{1}{2}$ Uhr eröffnet.

Das Protokoll wird verlesen und angenommen. Zu demselben bemerkt Hr. Güterbock: Er habe bei dem an *Ectopia vesicae* leidenden Manne Versuche über die Zeitdauer des Uebergangs von Arzneistoffen in den Harn angestellt. Jodkali war schon nach einer Minute in demselben nachzuweisen. Nach dem Genusse von *Kali carbonicum* wurde der Harn nicht alkalisch, wenn man ihn in reinem Zustande sammelte, so wie er aus den Urethren kam. Erst nach dessen Vermischung mit dem Blasenschleim zeigte er sich alkalisch.

Hr. Hesse kommt zu dem eigentlichen Thema seines Vortrages, zu den magnet-elektrischen Kuren. Vor Allem eignen sich Krankheiten der Bewegungsnerven, und von diesen vorzugsweise die Lähmungen aus mechanischer oder rheumatischer Ursache für die Anwendung der Elektricität. Namentlich führt Hr. H. die nach Entbindungen durch den Druck des Kindeskopfes auf den *N. ischiadicus* oder *obturatorius* zurückbleibenden Paralysen der unteren Extremitäten an und tritt der Ansicht Romberg's entgegen, der sie für Reflexlähmungen hält, weil es sich sehr wohl denken lasse, dass diese Lähmungen directe Folge jenes Druckes seien. Bei *Paralysis facialis*, bei Lähmungen des Abducens hatte Hr. H. in 5 Fällen 3 günstige Erfolge. Auch bei Mydriasis brachte die Elektricität unmittelbar nach ihrer Anwendung immer Contractilität der Pupille hervor. Von Blasenlähmung wurden 3 Fälle geheilt. Die Elektricität, die durch einen Katheter angewendet wurde, erzeugte heftige Zusammenziehungen des *Sphincter vesicae*, aber keinen Schmerz. Von Bleilähmungen waren besonders die frischen Fälle zugänglich für diese Kur. Der Schreibekrampf hat zu vielen Erklärungen Anlass gegeben. Hr. H. hält ihn nur für eine Lähmung des *Supinator longus* und *brevis*, der Extensoren der Hand und der Finger, und beobachtete ganz denselben Zustand im Beginn der Bleilähmung. In der Regel liegen dem Uebel rheumatische Ursachen zum Grunde. Das Schreiben selbst erzeugt es nie. Energische Anwendung des Galvanismus auf die Extensoren bringt oft günstige Erfolge hervor. Bei Stottern und Rückgratsverkrümmung, bei Paralyse der Intercostalmuskeln war die Elektricität unwirksam. Lähmungen centralen Ursprungs unterliegen nur dann der Einwirkung der Elektricität, wenn die im Centralorgan vorhandenen Bedingungen derselben, Extravasate u. s. w. beseitigt sind, und die Paralyse nur noch als eine örtliche zu betrachten ist. Bei einer alten Frau trat nach Zuheilung habitueller Fussgeschwüre völlige Paralyse und Verlust der intellectuellen Fähigkeiten ein. Erst nach künstlicher Wiedererzeugung der Fussgeschwüre stellte sich das Denkvermögen wieder ein, und hierauf wich auch die Paralyse der Elektricität. Ueberall wo letztere auf Lähmungen vortheilhaft wirkt, tritt auch eine Besserung der Ernährung ein, eine Bemerkung, welche Hr. H. mehrmals bei Muskelatrophien gemacht hat. In der Epilepsie sah er keinen Erfolg.

Ueber die sensitiven Störungen fügt Hr. H. hinzu, dass er den Apparat oft mit sehr wechselndem Erfolge angewendet habe; rheumatische Schmerzen lassen noch die beste Prognose zu. Nachträglich erwähnt er noch der Lähmungen, welche nach Heilung von Contracturen in den Antagonisten zurückbleiben und durch die Elektricität vollständig beseitigt werden, so dass hierdurch erst der Erfolg der Operation gesichert wird.

Anknüpfend an diesen Vortrag, stellte Hr. Moritz Meyer zwei von sehr bedeutender Bleilähmung durch die Elektricität hergestellte Kranke vor, von deren früherem Zustande sich mehrere Mitglieder der Gesellschaft überzeugt hatten. Beide hatten durch ihr Geschäft als Maler und Anstreicher sich der Bleivergiftung ausgesetzt. Der Erste derselben, Hiller, ein schwächliches Individuum von 43 Jahren, seit 28 Jahren in seinem Geschäft thätig, hatte bereits zweimal die Bleikolik gehabt, als sich neuralgische Schmerzen, verbunden mit Paralyse beider Arme, einstellten. Die ersteren liessen auf die Anwendung von Schwefelbädern und Campher-Emulsionen, die ihm in der Charité verabreicht wurden, bald nach, dagegen gesellte sich zur Paralyse in Zeit von 2 Monaten Atrophie der betreffenden Muskeln und vor allen des rechten *M. deltoideus*. Ausserdem waren die Supinatoren und Extensoren beider Arme in dem Maasse ergriffen, dass der Kranke unfähig war, die Arme, die im Ellenbogengelenk gekrümmt, und die Hände, die gegen den Vorderarm gebeugt waren, zu erheben. Hr. M. wandte, nachdem er sich von der Erfolglosigkeit der Anwendung des Strychnin überzeugt hatte, die Magnet-Elektricität an, und hatte die Freude, die Lähmung des linken Armes nach 8 Sitzungen beseitigt zu sehen, während die des rechten Armes die 110malige Anwendung des Apparates erforderte. Jetzt ist sie aber so vollkommen beseitigt, dass auch der rechte Arm seine vollkommene Muskulatur wieder erlangt und der Kranke seit 2 Monaten sein Geschäft wieder aufgenommen hat. — Der Zweite, Schulze, kräftig und gesund, 35 Jahre alt und seit 16 Jahren Maler, hatte bereits 7 Anfälle von Bleikolik überstanden, als sich gegen Mitte September 1850 eine bedeutende Kraftabnahme des rechten Armes, verbunden mit neuralgischen Schmerzen und Lähmungserscheinungen, bemerkbar machte, die weder russische noch Schwefelbäder, noch innere Medicamente hatten beseitigen können, ja die sogar unter deren Anwendung zugenommen hatten. Als Hr. M. nach 6monatlicher Krankheitsdauer die Behandlung des Patienten übernahm, war die Bewegung in den Schultern vollkommen frei, dagegen trat bei jedem Versuch den Arm zu strecken, ein anhaltendes Zittern desselben, bei jedem Versuch etwas zu greifen, ein krampfhaftes Verschliessen der Hand ein. Es erstreckte sich hier die Lähmung auf den *Supinat. long.*, den *Extensor digit. commun.*, sowie auf den *Extens. polic.*; Atrophie war nicht vorhanden. Die Lähmung war schon nach achtmaliger Anwendung des magnet-elektrischen Apparates vollkommen beseitigt. Der Vortragende legte zugleich drei Schriftstücke vor, die der Patient nach der 3., 5. und 8. Sitzung geschrieben hatte, und die eine unglaublich günstige Veränderung seiner Handschrift nachwiesen. Der Kranke ist ebenfalls seit einigen Wochen wieder in Thätigkeit. — Ueber einen dritten Patienten, einen Soldaten, berichtet Hr. M., dass zu einem Nystagmus in Folge einer 6 Monate andauernden rheumatischen Augenentzündung ein Zucken der *Mm. zygomatici* und des *Platysma myoides* rechterseits, und später veitstanzähnliche Bewegungen der *Mm. recti capitis, antici majores et minores*, des *longus colli* und der *Scaleni* rechterseits sich hinzugesellt hatten, so dass der Kopf des Kranken sich in einer beständig von rechts nach links in einem Halbkreise rotirenden Bewegung befand, die nur bei ruhigem Schlafe nachliess. Das Uebel dauerte fast zwei Monate, und doch genügte die zweimalige Anwendung der Elektricität um das Zucken, die fünfmalige um die rotirende Bewegung des Kopfes völlig zu beseitigen.

Zu dem zuletzt angeführten Falle fügt Hr. Hesse einen ähnlichen hinzu, der sich durch ein beständiges Zucken der Nackenmuskeln charakterisirt, welches den Kranken fortdauernd in dem Zimmer herumtrieb. Dieffenbach hatte vergebens mehrere Muskeln durchschnitten, aber weder dieser Eingriff, noch die wiederholte Anwendung der Elektricität durch Hrn. H. hatten den geringsten günstigen Erfolg.

Hr. Waldeck I. bemerkt, anknüpfend an die Lähmungen durch Unterdrückung gewohnter Secretionen, dass es ihm gelungen sei, partielle Schweisse durch Speckeinreibungen zu beschränken. Er habe namentlich in einem Falle von sehr profusem Schweisse in der Achselgegend und auch bei Fussschweissen eine gute Wirkung davon gesehen. Die Einreibungen geschehen Morgens und Abends einige Minuten lang.

Der Vorsitzende theilt ein Schreiben des Dr. Vallez zu Brüssel mit, in welchem derselbe als Candidat für die correspondirende Mitgliedschaft auftritt, und seine Schrift: „*Nouvelle méthode de guérir l'ophthalmie purulente contagieuse.*" Brux., 1840. 8. VI u. 48 S. einsendet. Bei der Abstimmung wurde Dr. Hallmann in Berlin mit 27 gegen 2 Stimmen zum ordentlichen, die Docenten an der Wiener Hochschule HH. DD. Heller und Seidl mit 16 gegen 9 Stimmen zu ausserordentlichen Mitgliedern gewählt.

Vorgeschlagen Hr. Dr. Hans Hesse. Schluss der Sitzung 9¾ Uhr.

Der Secretair der Gesellschaft: Kriegnr.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Grossh. Hessen. Dem Dr. v. Liebig, Prof. der Chemie zu Giessen, der k. preuss. Orden pour le mérite.

Oesterreich. Dem Teschener Stadt- und Gerichtsarzte Dr. Maday das goldene Verdienstkreuz mit der Krone; dem dirig. Stabsarzte beim Landes-Militär-Commando in Mähren Dr. Tessely der k. russ. St. Stanislaus-Orden 2. Kl.; den Stabsfeldärzten DD. Czelechowsky und Wurzian der St. Annen-Orden 3. Kl.; dem Unterarzte Höpfner bei Grossh. von Baden Inf. das silberne Verdienstkreuz mit der Krone.

Preussen. Dem prakt. Arzte Dr. Rosenberg zu Loburg der Rothe Adler-Orden 4. Kl.

Personalveränderungen. Baden. Befördert: Assistenz- u. Badarzt Nebenius in Langenbrücken zum Oberarzt des 8. Infant.-Bat. Ernannt: Der prakt. Arzt A. Staiger in Bruchsal zum Amtschirurg in Schönau bei Heidelberg.

Baiern. Ernannt: DD. Königsdorfer, prakt. Arzt in Weilhingen, zum Physikatsverweser in Thurnau; P. Moser zum prakt. Arzt des Districts Buchbach; Zierl zu solchem in Amerang; Volkhardt, vormal. Gerichtsarzt in Miltenberg, zum prakt. Arzt in Sommerhausen. Versetzt: Die prakt. Aerzte DD. Braunn von Nenzenheim nach Markt Einersheim; Bauer von Wilhermsdorf nach Emskirchen; Heislainger von Pleiskirchen nach Pfaffenhofen; K. v. Dall'Armi von Seeshaupt nach Weilheim; Petersen von Landau nach Deidesheim; Mayer von Lauingen nach Sulzberg.

Hannover. Dr. M. Langenbeck, Prof. d. Chir. an der Univ. zu Göttingen, hat seinen Wohnsitz nach Hannover verlegt. Versetzt: Assist.-Wundärzte DD. Tormin vom Garde-Hus.-Reg. zum 2. Inf.-Reg., Meyer vom 2. zum 5. Inf.-Reg.

Oesterreich. Befördert: DD. A. Haindl, Director des Krankenhauses in Lemberg, zu solchem in Wien; J. Riedl, Director der Irrenanstalt in Prag, zu solchem in Wien; F. Prinz, stadthauptmann-

schaftlicher Bezirksarzt, zum Director des Wiener Gebär- und Findelhauses; Th. Helm, Primararzt und ausserord. Prof., zum Director des Krankenhauses in der Vorstadt Wieden, sämmtlich mit dem Titel eines Med.-Rathes. Quiescirt: Der dirig. Stabsarzt Dr. Metzler v. Andelberg in Prag.

Preussen. Der Kreisthierarzt Grczedziewski ist aus dem Kreise Schildberg in den Kreis Lublinitz, Reg.-Bezirk Oppeln, zurückversetzt worden.

Würtemberg. Ernannt: Dr. Schnabel zum Oberamtsarzte in Ellwangen.

Todesfälle. Baiern. Med.-Rath Dr. Küttlinger, quiescirter Landgerichtsart in Erlangen, 73 J.

Nordamerika. Dr. Morton in Philadelphia, der bekannte Kraniolog.

Preussen. Kreisphys. Sanitätsrath Dr. Tamm zu Lauban, prakt. Arzt Dr. Lauffer in Leobschütz und Assist.-Arzt Puschel in Breslau.

Würtemberg. Dr. Palm zu Ulm.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes.

6. Psychiatrie.

(S. No. 16.)

Belhomme, Ueber Geistesstörung. L'Union 41.
Bird, Fr., Beiträge zur Geschichte der Psychiatrie. Damerow's Zeitschr. VIII. 1.
Damerow, Zur Kritik des politischen und religiösen Wahnsinns. Berlin.
Flemming, Die Irrenheilanstalt Sachsenberg bei Schwerin im Grossherzogthum Mecklenburg. Nachrichten über die Entstehung, Einrichtung, Verwaltung und bisherige Wirksamkeit. Mit 5 lith. Tafeln. 8. 52 S. Schwerin.
Glatter, Entwurf zu einer Irrenanstalt für Ungarn. Ung. Zeitschr. 46.
Morel, Ueber die Veränderungen der Empfindung bei Geisteskranken. L'Union 34.
— Zur Geschichte und Physiologie der Geisteskrankheiten. Ann. méd. psych., April.
Parchappe, Symptomatologie des Wahnsinns. Ibid.
Renaudin, Ueber die *lucida intervalla* der Geisteskranken. Gaz. de Strassb. 3 u. 4.
Rösch, Ueber Heil- und Pflegeanstalten für Blödsinnige, mit besonderer Rücksicht auf die in Würtemberg bestehenden Anstalten dieser Art. Henke's Zeitschr. 2.
Romberg, Mittheilungen aus dessen Poliklinik (Manie). Deutsche Kl. 17.
Snell, Die neu erbaute Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Herzogthum Nassau. Damerow's Zeitschr. VIII. 1.
Solbrig, Mittheilungen aus der Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Erlangen. Ibid.
Stahl, Einiges über Ursachen, Wesen, Prognose und Therapie des Cretinismus. Prager Vierteljahrsschr. Bd. 2.
Woillez, Ueber die Cholera-Epidemie in der Irrenanstalt zu Clermont. Ann. méd.-psych., April.

7. Toxikologie.

(S. No. 16.)

Cramer, Vergiftung einer Familie durch Färbung des Gemüses mit Kupfer. Rhein. Monatsschr., Febr.
Deutsch, Vergiftung durch Pilze und Tollkirschen. Pr. Vereinsztg. 21.
— Vergiftung durch Brechweinstein. Ibid. 28.
— Chronische Bleivergiftung. Ibid. 27.
— 1) Vergiftung durch Käse. 2) Vergiftung durch Alkohol. Ibid.
Dung, Ueber Gegengifte. Nordam. Monatsschr., Jan.
Engelken, Zwei Fälle von Vergiftungserscheinungen nach dem Genuss von Würsten. Casper's Wochenschr. 24.
Geoghegan, Beobachtungen von Arsenikvergiftung. Dubl. Journ., Febr.
Hölder, Vergiftung durch concentrirte Schwefelsäure. Würt. Corr.-Bl. 11.
Krügelstein, Geschichte einer Arsenikvergiftung von Hühnern und über Phosphorvergiftung. Henke's Zeitschr. 2.
Odling, Ueber die Wirkung der Gifte und das Wesen und die Behandlung der Arsenikvergiftung. Lond. Gaz., April, Mai.
Robertson, Fälle von chronischer Bleivergiftung durch Genuss von Wasser aus bleiernen Röhren. Lancet, März.
Roucher, Ueber die Existenz mineralischer Gifte im Nervensystem nach acuten Vergiftungen. Gaz. de Strassb. 4.
Ryan, Interessanter Fall von Arsenikvergiftung. Lond. Gaz., April.
Snow, Ueber Vergiftung durch Aether-Inhalationen. Ibid.
Taylor, Fall von Chloroformvergiftung. Ibid.

8. Hygieine und Diätetik.

Charrière, Ueber die Art und Weise, vegetabilische Nahrungsmittel aufzubewahren. L'Union 35.
Fleury, Vorlesungen über Hygieine. Gaz. méd. de Paris 15. 17.
Guy, Vorlesungen über öffentliche Gesundheitspflege. Times, Febr., März.
Hoppe, Die leinene und baumwollene Kleidung des Menschen, vom medicinischen Standpunkt aus betrachtet. Ztschr. d. Chir.-Ver. V. 1.

9. Pharmakologie.

(S. No. 17.)

Abeille, Jodeinspritzungen in eine Hydro-Epiplocele bei einer Frau. Gaz. des hôp. 47.
Aickin, Einige Bemerkungen über die Kur des Bandwurms. Dubl. Press 636.
Albers, Die neuesten Berichte vom Kousso. Casper's Wochenschr. 24.
— Ueber den diagnostischen Unterschied der faserstoffhaltigen und der eiterhaltigen Harnentleerung und die Wirkung der Buchu- und Uvae ursi-Blätter in beiden. Rhein. Monatsschr., Jan.
Alkaloide, die neueren Studien im Bereich der. Buchner's Rep. VII. 3.
Alquié, Ueber Anwendung der Jodinjectionen gegen Congestions-Abscesse und Fisteln. Rev. thér. du midi 5.
Apoiger, Versuche zur Gewinnung der giftigen Substanz des Fliegenschwamms. Buchner's Repert. VII. 3.
Bailly, Opium in hohen Gaben gegen *Typhus cerebro-spinalis*. Rev. méd., April.
— Vergleich der therapeutischen Anwendung der Arsenpräparate mit der des schwefelsauren Chinins. Gaz. de Paris 9.
Bell, Ueber die Behandlung des Erysipelas mit salzsaurer Eisentinctur. Monthly Journ., Juni.
Beneke, Fleischextract als Arzneimittel. Lancet, Jan.
Bernhardi, Ueber die Behandlung von Verbrennungen. Bernhardi's Ztschr. f. Erfahr. IV. 2.
— *Delirium tremens* durch Eisen geheilt. Ibid. VI. 1.
Bird, Rheumatisches Fieber mit essigsaurem Kali behandelt. Lancet, Febr.
Bock, Collodium gegen Gesichtsrose. Pr. Vereins-Ztg. 18.
Böcker, Untersuchungen über die Wirkung des Opium. Bernhardi's Ztschr. VI. 1.
Bouchardat, Bemerkungen über das Digitalin. Bull. de thér., Febr.
Bouillaud, Ueber Digitalis und Digitalin. Gaz. des hôp. 17.
Braun, Erfahrungen über Chloroforminhalationen bei geburtshülflichen Operationen. Wiener Zeitschr., Juni.
Brecher, Endermatische Wirkung des Opium. Ungar. Zeitschr. 41.
— Harnstein austreibendes Mittel. Ibid.
Buchner, Ueber den Werth der chinesischen Galläpfel. Buchner's Repert. VII. 3.
Burrows, Wirkung des Leberthrans bei beginnender Phthisis. Lanc., Febr.
Camerer, Einige Worte über Vereinfachung des Arzneimittelvorrathes. Würtemb. Corr.-Bl. 12.
Caron, Neue praktische Erfahrungen über die innere Anwendung der Chlorwasserstoffsäure. Rev. méd.-chir., Mai.
Charrière, Behandlung der Lungenschwindsucht mit Jodeinathmungen. L'Union 19.
Costes, Bemerkungen über eisenblausaures Kali und Harnstoff gegen Wechselfieber. Journ. de Bord., Jan.
Courty, Ueber die Anwendung der Anästhesie bei Katheterismus und bei der Erweiterung von Urethrastricturen. Gaz. de Paris 7. 8. 13.
Danyau, Einfluss des *Secale cornutum* auf das Leben der Kinder und die Gesundheit der Mütter. Ann. d'hyg., April.
Darley, Ueber den Gebrauch der Fontanellen und die Anwendung der Caustica bei Behandlung verschiedener Krankheiten.
Delioux, Studien über die physiologischen und therapeutischen Eigenschaften der Ammoniakpräparate. Arch. gén., Mai, Juni.
Denham, Wirkt das Mutterkorn als Gift auf das Kind im Uterus? Dubl. Journ., Febr.
Desuignes, Limonade von weinsaurem Natron. Gaz. des hôp. 26.
Deutsch, Narkotische Wirkung der Bucheckern. Pr. Vereins-Ztg. 15.

(Fortsetzung folgt.)

Sonnabend, № 31. 2. August 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Uroskopische Beiträge.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 22.)

Die metastatische Albuminurie kann ihren Charakter ändern und in wahrhaften *Morbus Brightii* übergehen, d. h. die Albuminurie trägt alsdann die Zeichen einer Nierendegeneration in sich, wo das Albumen nicht mehr als normwidrige Beimischung erscheint, sondern es macht den Hauptbestandtheil des Urins aus, und die Salze verschwinden. Dieses Verschwinden der Urinsalze ist eigentlich das traurigste Symptom, und nach meinen freilich noch nicht sehr umfangreichen Erfahrungen muss ich sagen, dass dies das einzige Symptom ist, welches den *Morbus Brightii* eigentlich charakterisirt. Alle andere Eigenschaften des Urins können vorkommen, ohne dass wir nöthig haben, Bright'sche Nierendegeneration zu diagnostieiren. Schwinden aber die Urinsalze, so wird die Diagnose sicher und die Prognose schlecht. Je specifisch leichter der albuminöse Urin, je weiter ist die Nierendegeneration vorgeschritten. Eine quantitative Vermehrung des Harnes ist dabei nicht immer Bedingung des geringen specifischen Gewichts. Im Gegentheil fand ich bei quantitativer Verringerung des Urins mit reichlichem Albumengehalt immer den salzlosesten und leichtesten Harn, während der Bright'sche quantitativ vermehrte Urin schwerer ist und noch viele Urinsalze enthält. Die Urinsalze verschwinden in dem Bright'schen Urin nach einer gewissen Reihe, was ich constant beobachtet habe. Dies ist so bemerkbar und streng geschieden, dass z. B. bei echter Bright'scher Albuminurie das Erscheinen eines harnsauren Sediments die gemachte Diagnose wenigstens sehr zweifelhaft, die Prognose aber viel besser machen dürfte. War die Harnsäure aus dem Bright'schen Urin einmal geschwunden, so sah ich dieselbe auch in keinem Fall wieder in bemerkbarer Menge auftreten, in vielen Fällen war sie ganz verschwunden, und dieses völlige Ausbleiben beobachtete ich immer in *ultimis diebus*. Die Chloride erhalten sich in den meisten Fällen am längsten im Bright'schen Urin. Tritt die Krankheit acut und plötzlich auf, so fehlen sie, oder ihre Menge ist abnorm gering. Bei chronischem *Morbus Brightii* bleiben sie dagegen bis zum letzten Augenblick im Urin, jedoch in sehr verminderter Quantität. (Ich brauche wohl nicht darauf aufmerksam zu machen, dass die gewöhnliche Methode, die Chloride als Chlorsilber zu fällen, bei Bright'scher Albuminurie nicht angewendet werden kann, indem die vorhergehende Ansäuerung bei Gerinnung des Albumens einen grossen Theil der Chloride mit fällt.) Zugleich mit der Harnsäure schwinden die Erdphosphate, und es zeigen sich manchmal vereinzelte Cholestearinkrystalle im Harn, was jedoch vielleicht bei primären oder secundären Leberleiden allein vorkommen mag. Wenigstens habe ich Cholestearin nur in solchen Fällen bemerkt. In allen Fällen ist Mangel an Harnstoff, doch fehlt derselbe im Beginn der Krankheit niemals ganz, zumal wenn man den Urin untersucht, sobald er gelassen worden ist, was überhaupt immer geschehen muss, weil der im *Morbus Brightii* gelassene Urin schnell kalisch wird durch geringe Ammoniakbildung auf Kosten des vorhandenen Harnstoffs. Ist Hämaturie im *Morbus Brightii* zugegen, so geht dieser Process meist schon in der Blase vor sich, und in allen diesen Fällen bleibt die Behandlung mit Säuren hier wie überhaupt meistens ohne alle Folgen für die Urinsecretion und ihre Beschaffenheit. Die Alkalescenz des Bright'schen Urins ist immer eine geringe, eben weil sie bedingt ist durch den verringerten Harnstoff, und auf Kosten desselben sich entwickelt; sie ist oft so gering, dass sie durch die gewöhnlichen flüchtigen Untersuchungen nicht entdeckt wird. Ueberhaupt muss der Bright'sche Urin sehr genau untersucht werden, eben weil sein Charakter ja immer abhängig ist von

Feuilleton.

Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

In dem Aufsatze über Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur (Deutsche Klinik 1851. No. 18 u. 19.) habe ich auf die Verhältnisse hingewiesen, welche es bewirken, dass die Nabelschnur über dem vorliegenden Kopf oder Steiss zurückgehalten wird, und gezeigt, dass jene Verhältnisse mehr in der ersten Schwangerschaft und Geburt bestehen, als in folgenden Schwangerschaften und Geburten, und dass aus diesem Grunde der Vorfall der Nabelschnur häufiger bei Erstgebärenden als Mehrgebärenden vorkomme. Martin hat früher (daselbst No. 3.) die entgegengesetzte Ansicht ausgesprochen, und deshalb später (daselbst No. 27.) bemerkt, dass bei meinen Angaben die Resultate der vorzugsweise pathologische Fälle ergebenden Poliklinik und Privatpraxis nicht von den Ergebnissen der Gebäranstalt getrennt worden sein möchten. Dies erscheint mir nun in Bezug auf die Entscheidung der Frage, ob der Vorfall der Nabelschnur häufiger bei der ersten oder bei den folgenden Geburten vorkomme, gleichgültig, da es schon genügt, aus einer Zahl von Vorfällen der Nabelschnur zu ersehen, nach welcher Seite hin die Mehrheit fällt. Wenn ich nun auch die von mir beobachteten 825 Geburten nicht in Anschlag bringe, und nur die 1461 in der hiesigen Entbindungsanstalt vom Jahre 1839—1849 vorgekommenen Geburten berücksichtige, so ergiebt sich, dass unter dieser Zahl 709 erste und 752 wiederholte Geburten vorgekommen sind, dabei die Nabelschnur 43 Mal vorgelegen hat, und zwar 8 Mal bei der ersten und 35 Mal bei wiederholten Geburten. So finde ich auch unter den Geburten, welche in der Anstalt von 1828—1837 vorkamen, den Vorfall der Nabelschnur 18 Mal angegeben, und zwar 3 Mal bei Erstgebärenden und 15 Mal bei Mehrgebärenden, so dass also von 61 Fällen nur 11 auf die erste und 50 auf die späteren Geburten kommen.

Aus deutschen Bädern.

(Fortsetzung aus No. 18.)

III. Die kalte Schwefelquelle zu Bad Weilbach in Nassau.

Mitgetheilt von Hofrath Dr. Spengler.

Das Wichtigste, was ein Arzt von einem Mineralwasser wissen muss, ist die genaue Kenntniss der chemischen Beschaffenheit desselben; nur darin allein besteht sein wahrer Werth. Es genügt deshalb nicht, eine Heilquelle einmal einer Analyse zu unterwerfen, weil es in der Erfahrung begründet ist, dass die Mineralwasser gewissen Schwankungen unterworfen sind und sich im Laufe der Zeit oft bedeutend ändern. Auch nach dem jeweiligen Stande der Chemie als Wissenschaft ist es

einer sehr geringen Quantität eines Urinbestandtheils. Freilich reagirt er meistens nicht, und ist neutral schon im Beginn der Krankheit, im Fall nicht von vorn herein Säuren oder Alkalien gereicht werden, wo er dann eine Zeit lang die Reaction dieser Mittel, wiewohl schwächer als der normale Urin bei gleicher Nahrung, anzeigt. Ist die Nierendegeneration schon weit vorgeschritten, so steht die Urinreaction mit den gereichten Mitteln nicht mehr im Einklang. — Lässt man die Ammoniakbildung im Bright'schen Urin nun weiter fortschreiten (d. h. man lässt den Urin offen an der Luft stehen und seinem Zersetzungsprocess unterliegen), so werden wir niemals ammoniakalische Sedimente sich bilden sehen, weil die Entwickelung des harnsauren Ammoniaks durch die sehr bedeutende Verringerung der harnsauren Salze so gering ist, dass sie sich niemals durch ein Sediment bemerkbar macht. Die Sedimente, welche sich alsdann öfters bilden, sind durch organische Beimischungen bedingt und gehören unter das Mikroskop. — Will man nun einen Bright'schen Urin auf Alkalescenz untersuchen, so müssen wir uns nicht damit begnügen, ein Lakmuspapierchen hineinzustecken, denn dies wird oft roth wieder herausgenommen, und der Urin ist doch kalisch, wie wir gleich sehen werden. Wie oft habe ich neutralen und sogar sauern Urin nachträglich untersucht und fand ihn kalisch. Bright'scher Urin muss deshalb, bei seiner immer schwachen Reaction, wenn er auf Ammoniak geprüft werden soll, erhitzt werden. In die aufsteigenden Dämpfe hält man alsdann den Lakmusstreifen, der sich schnell bläuen wird. Dies ist überhaupt die reinste Probe, um die wirkliche Alkalescenz eines Harns festzustellen. Diese Eigenschaft des Bright'schen Urins erklärt auch die Erscheinung, dass der durch Stehen sehr trübe Harn, wenn wir das Albumen coaguliren wollen und also erhitzen, zuerst ganz hell und klar wird, bevor die Albumenflocken sich bilden. — Durch fortschreitende Ammoniakbildung wird man im Bright'schen Urin niemals die Menge schöner und interessanter Krystallformationen finden, wie sie im Zersetzungsprocesse des harnsauren Urins sich darbieten. Das einzige Salz dieses weiteren Zersetzungsprocesses, welches ich in diesem Urin spärlich gefunden habe, waren die farblosen Prismata der phosphorsauren Ammoniak-Magnesia. — Lässt man Bright'schen Urin längere Zeit, zumal an einem warmen Orte, stehen, so wird er einen mehr faulig süssen Geruch ausstossen, und der eigentliche ammoniakalische Harngestank wird ganz vermisst. Dieser Urin ist besonders in den letzten Stadien der Krankheit mehr zum Faulen geneigt, als zu einer stufenweisen Zersetzung und fortschreitenden Ammoniakbildung. Je specifisch leichter, desto grösser ist dieser Unterschied. Diese Unterschiede zwischen gesundem normalem Urin und Bright'schem Harn gehen in einzelnen Fällen so weit, dass man alsdann ein Excret vor sich hat, welches nicht mehr Harn genannt werden kann und darf, weil alle, in der That alle charakteristischen Bedingungen des Urins gänzlich fehlen. — Wir haben eine Flüssigkeit vor uns von hellbraun grauem, gänzlich undurchsichtigem, schmutzigem Aussehen, nicht mehr nach Harn riechend, sondern frisch gelassen exhalirt ein solches Nierensecret einen faden milchähnlichen Geruch. Das specifische Gewicht ist weit von dem des Harns entfernt. Die Flüssigkeit enthält Albumen in Masse, Blut, Schleim und Faserstoffgerinnsel, keine Harnsäure (Chloride), und nur eine Spur von Harnstoff, der sich in Berührung mit diesen organischen Materien gewöhnlich schon in der Blase zersetzt hat. Die Flüssigkeit reagirt alsdann schwach alkalisch. In solchen intensiven Fällen der Bright'schen Krankheit ist die Quantität des Nierensecrets immer vermindert, und in den constant sich vorfindenden hydropischen Ansammlungen finden wir alsdann Harnsäure und Harnstoff in grösserer Menge wie in dem Nierensecret. Die grösste Menge der Harnsäure wird jedoch constant mit den häufigen Diarrhöen ausgeschieden, und kann sogar nach dem Tode auf der Darmschleimhaut noch nachgewiesen werden. — Mit den charakteristischen Harnsalzen verschwinden im Bright'schen Urin die normalen Harnfarbstoffe, und es tritt nicht selten der Fall ein, dass bei beginnender Nierendegeneration, aus welcher Ursache dieselbe sich auch entwickelt haben mag, das Biliphäin dem Urin eine abnorme Färbung mittheilt. Der Harn hat alsdann ein braungelbliches, trübes Aussehen von nicht gesättigter Färbung, an seinem Rande hell durchscheinend; bisweilen geht diese Farbe bis in's Dunkelbraune über. Niemals ist diese Färbung im *Morbus Brightii* so intensiv, wie bei Leberkrankheiten mit gesunden Nieren, auch tritt nicht immer Icterus ein, sondern die Kranken haben einen erdfahlen, schmutzigen Teint. Die Symptome von Cholämie beginnen dann oft die Krankheit, und Urämie schliesst die Scene. Fermentpilze oder niedere Infusorienbildung habe ich weder im Bright'schen Urin gefunden, noch entstehen sehen. Fettbläschen finden sich dagegen in jedem Urin, der mit Nierendegeneration verknüpft ist. — Die mikroskopische Untersuchung des Urins bietet sehr Vieles dar, aber unter all den mannigfaltigen organischen und anorganischen Beimischungen ist auch kein einziges den *Morbus Brightii* charakterisirendes Merkmal. Die Zukunft wird es noch lehren, dass alle die bis jetzt in dem Bright'schen Urin vorkommenden gesehenen und nicht vorkommenden, aber doch gesehenen Elementartheile der Granularentartung der Nieren nicht ausschliesslich angehören. Die Zeit, wo Albuminurie die Diagnose der Bright'schen Krankheit stützte, ist vorüber, und die Zeit, wo man dem Mikroskop einzig und allein die Bestimmung dieser Nierenkrankheit anvertraut hat, wird auch vorübergehen, wie so Vieles in unserer sich ewig erneuernden Wissenschaft. Das Mikroskop zeigt uns bei der Granularentartung der Nieren im Beginn der Krankheit Blutkügelchen und Faserstoffcoagula; in der späteren Entwickelung treffen wir das Epithelium der Harnkanälchen in einzelnen Fetzen, oder manchmal (das Bellinische Epithelium) in Kanalform zusammenhängend. Schleim und Eiterkörperchen zeigen sich hin und wieder gleichsam schwarmweise. Man hat auf das Erscheinen des Bellinischen Epitheliums einen diagnostischen Werth gelegt, den ich nicht anerkennen möchte. Epithelium und Epitheliumröhrchen habe ich bei Hydropsien im Urin gesehen, wo die Section keine Granularentartung in den Nieren nachweisen konnte. In Formen von echtem *Morbus Brightii*, wo die Section Granularentartung nachwies, sah ich diese Epitheliumfetzen theils seltener, theils gar nicht. Die Gluge'schen Entzündungskugeln kenne ich nicht, doch bemerkte ich oft Körperchen im Bright'schen Urin, die doppelt so gross wie Blutkügelchen, und wohl zuweilen noch etwas grösser, dunkel und mit Kernen gefüllt waren. Durch Zusatz von Essigsäure platzten die Hüllen und die Kerne wurden frei. Da ich diese Kugeln dem Sperma beigemischt und im Prostataschleim oft und in Menge gesehen habe,

---

nöthig, von Zeit zu Zeit die Mineralquellen chemisch untersuchen zu lassen, da durch die Fortschritte der Wissenschaft weit zuverlässigere Analysen jetzt gewonnen werden können.

Aus diesen Gründen hat der Eigenthümer der Kurgebäude zu Bad Weilbach, Hr. Ph. Siebold, die dortige kalte Schwefelquelle von Neuem chemisch untersuchen lassen, damit er über den wahren Werth seines Besitzthums im Klaren sei. Er wählte dazu den durch seine Analysen bekannter Mineralquellen berühmten Hrn. Professor Will, Assistenten von Liebig's Laboratorium in Giessen, der sich dieser Aufgabe mit Freuden unterzog und sie mit gewohnter Meisterschaft löste. Das Resultat seiner Untersuchung ist folgendes. Es enthält die kalte Schwefelquelle in 1000 Theilen:

Kohlensaures Natron	0,33005	
Chlornatrium	0,28674	
Bromnatrium	0,00066	
Schwefelnatrium	0,01654	= 0,0072 Schwefelwasserstoff
Schwefelsaures Kali	0,03740	
Chlorkalium	0,02422	
Kohlensaures Lithion	0,00670	
Kohlensaurer Kalk	0,25651	
Kohlensaure Magnesia	0,21633	
Kohlensaures Eisenoxydul	0,00205	
Phosphorsaure Thonerde	0,00119	
Kieselerde	0,01585	
Organische Substanz	0,06368	
	1,25792	
Jodnatrium	Spuren.	
Fluorcalcium	Spuren.	
Kohlensaur. Manganoxydul	Spuren.	
Kohlensaurer Strontian	Spuren.	
Ammoniak	Spuren.	
Freie Kohlensäure	0,47008	

Ein Liter Wasser enthält bei der Temperatur der Quelle (13°72 C.) 248 Kub.-Ctm. kohlensaures Gas. — Ein Liter Wasser enthält (wenn man den Schwefel des Schwefelnatriums auf Schwefelwasserstoffgas berechnet) bei der Temp. der Quelle (13°7 C.) 4,8 Kub.-Ctm. Schwefelwasserstoffgas.

Die Zusammensetzung des Schwefelwassers zu Weilbach enthält demnach in 1 Pfund = 16 Unzen = 7680 Gran:

Kohlensaures Natron	2,5347 Gran
Chlornatrium	2,2021
Bromnatrium	0,0050
Schwefelnatrium	0,1270
Schwefelsaures Kali	0,2872
Chlorkalium	0,1858
Kohlensaures Lithion	0,0514
Kohlensaurer Kalk	1,9699
Kohlensaure Magnesia	1,6614
Kohlensaures Eisenoxydul	0,0157
Phosphorsaure Thonerde	0,0091
Kieselerde	0,1217
Organische Substanz	0,4890
	9,6600

so kann ich um so weniger denselben irgend eine pathologische specifische Bedeutung beimessen. Faserstoffgerinnsel charakterisirt den Bright'schen Urin eben so wenig, wie es überhaupt irgend einen Harn zu charakterisiren im Stande ist. — Unter dem Faserstoffgerinnsel findet man nicht selten neben den gewöhnlichen Epitheliumfetzen Convolute von kleinen Kernchen, welche dicht um eine grössere Zelle gelagert sind. Von diesen Zellenformen trifft man oft grössere Mengen an, die eben so wenig von Bedeutung sind, und wohl nichts Anderes sein können, als die auf einer niederen Bildungsstufe stehenden Epitheliumzellen der Harnkanälchen. — Eine gefährliche Klippe für den Beobachter sind die sehr häufigen Fetttröpfchen im Bright'schen Urin. Dieselben täuschen ausserordentlich oft, selbst das geübteste Auge, und weichen in Form und Grösse beständig von einander ab. Alle diese Erscheinungen haben gar keine quantitative Norm, und bieten weder eine Stütze für die Diagnose einer bestimmten Nierenkrankheit, noch kann das Erscheinen einzelner von prognostischem Werthe sein. Fett, Blut und Faserstoffgerinnsel sah ich oft genug im letzten Stadium der *Tuberculosis pulmonum*, bei Complication mit Herzfehlern und bei diesen allein. Schleim und Eiter haben gar nichts Charakterisirendes, denn sie werden in vielen Krankheiten getroffen, und lassen nicht einmal auf eine Nierenkrankheit schliessen. Die eigenthümliche Abschilferung des Epitheliums der Nierenkanälchen kommt, wie gesagt, nicht weniger häufig bei Albuminurie, Hydropsie etc. ohne granulare Nierenentartung vor. Es bleibt also auch nicht eine einzige mikroskopische Erscheinung übrig, welche als einzig und allein dem *Morbus Brightii* angehörend zu betrachten wäre. Ich glaube daher nicht mit Unrecht den diagnostischen Werth des Mikroskops in dieser Krankheit in den Hintergrund stellen zu müssen, während das chemische allgemeine Verhalten des Urins gewiss alle Berücksichtigung verdient. Beiläufig gesagt, stehen die mikroskopischen Untersuchungen der Nierensubstanz selbst im *Morbus Brightii* eben so wenig mit den gleichen Untersuchungen des Urins im Einklang. Am allerwenigsten kann man aber durch das Mikroskop bei wirklichem *Morbus Brightii* Aufschluss erhalten über die Stufe der Krankheit, was durch das chemische Verhalten des Urins viel eher möglich ist; doch sind auch hier die Anhaltpunkte noch so schlüpfrig und gering, dass der Empiriker wohl im Stande ist, sich ein Urtheil von dem Stand der Krankheit zu bilden, aber keineswegs kann er sich befähigt fühlen, in dieser Beziehung eine allgemein gültige Symptomatologie zu entwerfen. Um die hier ausgesprochenen Ansichten und erworbenen Resultate einigermaassen zu stützen, folgen nun einige hierher bezügliche Krankengeschichten mit fortgesetzten Urinuntersuchungen.

Fall I. Peter Zinkand, 35 Jahre alt aus Schlüchtern, Taglöhner, tritt am 28. Aug. 1850 in das Hospital. Er giebt an, seit dem 26. Aug. d. J. am Wechselfieber zu leiden. Früher habe er niemals Fieberanfälle gehabt, doch sei er vor 1 Jahr ungefähr am Nervenfieber schwer krank gelegen. Die Intermittens trat sogleich mit Quotidiantypus auf und setzte ihre Paroxysmen am 26., 27. und 28. Aug. ganz regelmässig um 1 Uhr Mittags. Der Frost war immer kurz und heftig, und die folgende erträglichere Hitze hielt gewöhnlich von 3 bis gegen 6 Uhr an. Die Apyrexie scheint jedoch niemals ganz vollkommen gewesen zu sein. Pat. hat in den letzten Tagen viel Wasser getrunken und hat schon lange auf einem Gehöfte gelebt, das für unsere Gegend wegen der Erzeugung der Intermittentes sehr übel berüchtigt ist. — (Hellerhof.) — Pat. war Schweizer und lebte meistens mit dem Vieh unter einem Dache, konnte daher auch nicht der Feldarbeit und raschem Temperaturwechsel, sondern allein, wie er glaubte, dem schlechten Trinkwasser die Schuld seiner Erkrankung zuschreiben. Pat. übelgelaunt und kleinmüthig, giebt kurze und verdriessliche Antworten. Zunge roth gespitzt und schmierig, schleimig belegt, gar kein Appetit, aber beständiger quälender Durst nach kalten Getränken und Gefühl von Hitze und Brennen im Mund. Oppression der Brust. Leib frei, Milz wenig vergrössert, Oeffnung träge. Puls 96 in der Apyrexie. Pat. bietet ausserdem das Bild eines leukophlegmatischen Subjects. Gedunsen, bartlos, Haut fahl, blass, mit schlecht ausgesprochenem formlosem Muskelpolster. Ausserdem leidet Pat. schon seit langer Zeit an beständigem Zucken der Augäpfel. — Vor dem ersten Intermittens-Paroxysmus will er, seine schon länger bestehende Appetitlosigkeit abgerechnet, gesund gewesen sein.

29. Aug. Pat. hat wenig und sehr unruhig geschlafen, den ganzen Nachmittag über Fieber gehabt, welches von dem Charakter der Intermittens-Paroxysmen abweicht. Puls 120. Viel Durst. Allgemeinbefinden sehr getrübt. Pat. erhält *Decoct. Salep c. Aq. oxymur.* ℥j.

30. Aug. Wenig geschlafen und Abweichen, Zunge halbtrocken. Pat. klagt über Kopfschmerz und Ohrensausen, und sehr über beständige Hitze. Abends 9 Uhr Frost. Urin dunkel aber reichlich und ohne Trübung. Die Untersuchung des Urins, welche von mir vorgenommen wurde, um den Salzgehalt der Fieberurine zu prüfen, ergab einen abnormen Gehalt von Harnsäure und Schleim, sowie eine geringe Menge von Phosphaten. Harnstoff vermindert, von Eiweiss und Blut oder sonstigen organischen Beimengungen keine Spur. — (Es ist schwer, in Betreff der Urinbestandtheile eine gewisse quantitative Norm aufzustellen, die das plus und minus nachher bedingen. Einerseits würde es zu weitläufig sein, auf diese Art zu untersuchen, andererseits kann man sich durch das aufmerksame Untersuchen von normalem Urin leicht eine empirische Fertigkeit verschaffen; so dass man mit ziemlicher Bestimmtheit abnorme Mengenverhältnisse der Urinbestandtheile zu schätzen im Stande ist. Man muss sich nur daran gewöhnen, immer mit derselben Harnquantität zu experimentiren.)

31. Aug. Pat. hat wenig geschlafen und 5 wässerige dünne Stühle gehabt. Zunge halbtrocken, Leib aufgetrieben, Kolik und Kopfschmerzen, Ohrensausen, vermehrte Hitze. Abends 9 Uhr ein heftigerer Frostanfall. Im Allgemeinen haben die Fieberbewegungen keine Neigung, irgend einen intermittirenden Typus durchblicken zu lassen. Pat. nimmt *Salep c. oxymur.* stündlich weiter.

Am 3. Sept. wird der Urin wieder untersucht. Derselbe ist quantitativ verringert, harnsauer und hat noch immer eine Schleimbeimischung, doch ist der Salzgehalt im Allgemeinen viel geringer wie am 30. Aug. Zunge wird trocken, besonders die Spitze, und eine eigenthümliche Unruhe bemächtigt sich des Kranken, der sehr kleinmüthig ist, beständig nach anderen stärkeren Mitteln verlangt, Angst

---

Jodnatrium	Spuren
Fluorcalcium	Spuren
Kohlensaures Manganoxydul . .	Spuren
Kohlensaurer Strontian . . .	Spuren
Ammoniak	Spuren
Freie Kohlensäure	3,6102

1 Pfund Wasser = 16 Unzen = 32 Kubikzoll, enthält bei der Temperatur der Quelle (13° 7 C.) kohlensaures Gas 7,93 Kubikzoll.

Zur Vergleichung füge ich die Untersuchungen von Kastner (1838) und von Jung (1846) bei, und man wird einen grossen Unterschied finden. In 16 Unzen sind enthalten:

	Jung:	Kastner:
Schwefelwasserstoffgas . .	2,646	2,949 Kubikzoll
Kohlensäuregas	5,636	5,800
Stickgas	Spuren	0,005
Kohlensaures Natron . .	4,5142	4,520 Gran
Kohlensaure Magnesia . .	1,7896	1,803
Kohlensaurer Strontian . .	0,0334	0,035
Kohlensaurer Kalk	2,2250	2,176
Schwefelsaures Natron . .	0,3415	0,359
Chlornatrium	2,0478	2,052
Chlormagnesium	0,8926	1,003
Kieselerde	0,3750	0,367
Thonerde	Spuren	—
Phosphorsaurer Kalk . .	—	Spuren
Chlorkalium	—	Spuren
Organisches Extraxt . . .	—	0,085
	12,2191	12,400

Wir sind begierig auf die neue Arbeit von Professor Fresenius in Wiesbaden, der sich vorgenommen hat, die wichtigsten Mineralquellen Nassau's von Neuem zu analysiren. Den Anfang hat er schon mit Wiesbaden gemacht, und seine Arbeit in den Jahrbüchern des Vereins für Naturkunde in Nassau, Heft 6, 1850, veröffentlicht.

Hr. Professor Liebig in Giessen hat folgende Begutachtung der Schwefelquelle zu Bad Weilbach im Herzogthum Nassau bei Gelegenheit der Will'schen Analyse abgegeben, d. d. Giessen, den 14. Juni 1851: „Nach der neuen Analyse von Hrn. Professor Will gehört die Quelle zu Weilbach, in Uebereinstimmung mit ihrer vorzüglichen medicinischen Wirksamkeit, zu den an Schwefel reichsten kalten Mineralquellen Deutschlands. Es hat sich in dieser Untersuchung ergeben, dass das in Krügen versendete Wasser in Folge der Einwirkung der Luft nahe an ⅔ von seinem Schwefelgehalte verloren hat, und es bewährt sich für dieses Wasser, wie für andere von ähnlicher Zusammensetzung, die Erfahrung der Aerzte, dass es, um seine volle Wirkung auszuüben, an der Quelle selbst getrunken werden muss."

vor der Krankheit empfindet, ohne dass subjective oder objective Symptome dies gedrückte Allgemeinbefinden erklären können. Kopf eingenommen. Puls 90 und klein.

Bis zum 6. Sept., wo abermals wieder eine ganz genaue Urinuntersuchung angestellt wurde, hatte sich der Zustand des Pat. wieder etwas gebessert, das Abweichen war geringer, Kopf freier, Stimmung etwas heiterer, Zunge noch immer halbtrocken und viel Durst nach kalten Getränken. Die Nächte sind ruhiger und Pat. schläft mit Unterbrechungen ruhig. Das Fieber tritt dagegen wieder mehr in den Vordergrund. Puls 108—110. Haut verschlossen, trocken, welk. Der Urin immer trüb und in geringer Menge gelassen (in 24 bis 36 Stunden in der Regel nur 1 Schoppen, höchstens 1¼). Harnstoff und Harnsäure verringert, dagegen mehr Schleim im Urin, kaum eine Spur von Chloriden. Der gesäuerte Urin wird durch salpetersaure Silbersolution kaum leicht getrübt. Keine Phosphate mehr bemerkbar.

Am 11. Sept. tritt zum erstenmale Oedem der Füsse ein. Das Allgemeinbefinden war in den letzten vorhergegangenen Tagen ein ziemlich befriedigendes gewesen. Der Kranke hatte sogar manchmal das Bett auf längere Zeit verlassen und ging ohne Beschwerden im Zimmer auf und ab. Nicht unmöglich, dass das plötzliche Auftreten des Oedems eine Folge von Erkältung ist, indem der eigensinnige, immer missmuthige Kranke gegen Verbot auf den steinernen Treppen in sehr leichter Bekleidung gesehen worden war. Gegen Abend hat auch das Gesicht ein gedunsenes Aussehen. Die *Aq. oxymur.* wird ausgesetzt. Urinmenge eher etwas vermehrt. Chloride spurlos verschwunden. Harnsäure und Harnstoff, besonders letzterer, wieder mehr in die Augen fallend. Urin ganz trüb und missfarbig, ohne dass diese Trübung, wie bisher, durch beigemischten Schleim verursacht worden wäre. Urin hat keine bestimmbare Farbe und reagirt leicht sauer. Das specifische Gewicht vom normalen Harn nicht verschieden. (In dieser Zeit war noch kein Gedanke an Entwickelung des Bright'schen Uebels aufgetaucht. Die leichten hydropischen Erscheinungen gaben ebensowenig ein Recht dazu, wie der bisherige Krankheitsverlauf, doch muss angenommen werden, dass das Nierenleiden Anfangs vielleicht mehr katarrhalischer Natur, jetzt zu einem rein entzündlichen geworden war. Ob die Erkältung (Pat. war ohne Strümpfe auf Sandsteintreppen herumgelaufen, wozu er mit der grössten Fertigkeit einen unbewachten Augenblick benutzt hatte) diesen raschen Umschwung veranlasst hatte, ist fraglich, aber immerhin nicht unmöglich.

14. Sept. Pat. nahm seit zwei Tagen Juniperusthee, indem das Oedem der Füsse sehr zugenommen hatte und sich jetzt allgemein hydropische Symptome eingestellt haben. Auf der Brust, besonders in den kurzen Rippen, ist die Haut ödematös angeschwollen. Zugleich klagt Pat. über dumpfen Schmerz im Kreuz und den Lenden. Aeusserste Unzufriedenheit mit seinem Zustand, wozu sich noch Dyspnöe gesellt. Pat. muss im Bett sitzen. Oeffnung dick und gering. — Geringer trübbrauner missfarbiger Urin, der Albumen und freies Blut enthält. Die Urinsalze haben wesentlich abgenommen, doch reagirt der Urin noch schwach säuerlich, nach 24 Stunden ist er schwach alkalisch. Specifisches Gewicht zum erstenmale verringert. Phosphorsaure Ammoniak-Magnesia, Schleim- und Eiterkörperchen schwarmweise bemerkbar. Hie und da ein Triple-Phosphat im frisch gelassenen Urin. Der Urin wird nach 24 Stunden jumentös und ganz undurchsichtig, wird spärlich und mit Mühe und Harnzwang gelassen, und zersetzt sich rasch ohne sehr ammoniakalisch zu riechen. Bei der Zersetzung bildet sich ein Sediment, welches nach genauer Untersuchung aus Albumen, Schleim, Eiter und neutralem phosphorsaurem Kalk besteht.

18. Sept. Vom 14. Sept. an nahm Pat. *Pulv. Herb. Digital.* gr. xij, *Sacch.* ʒij. Divid. in XII, täglich 4 Pulver. Oeffnung ist regelmässig und normal, manchmal etwas zu fest und zu gering. Urin ist etwas vermehrt aber noch sehr trüb. *Hydrops universalis* mit seinen verschiedenen Symptomen und grossen Qualen ist eingetreten. Das Albumengehalt des Urins hat sich verdoppelt, so dass die erhitzte Urinmenge fast ganz coagulirt. Im frischen Urin zeigt das Mikroskop Schleim und Eiter in Menge. Fibringerinnsel und Blutkügelchen in Schwärmen. Wieder Triple-Phosphate von ungewöhnlicher Grösse. Hin und wieder grosse und unregelmässige Fetzen Epithelium und Haufen von kleinen Körnchen, die immer um eine grössere Zelle gruppirt erscheinen. Viele grössere Schleimkugeln mit zahlreichen Kernen (Prostataschleim?). Salzgehalt gering. Der Urin verhält sich ganz neutral. Abgedampft zeigt sich nach Zusetzen von Salpetersäure unter dem Mikroskop kaum hin und wieder ein Harnstoff-Crystall. — Harnsäuregehalt sehr verringert. Exosmotisches Blut mehr wie bisher. Die Quantität des extravasirten Bluts ist so gross, dass es den Harn dunkel färbt; weshalb auch der Urin schnell in leichte ammoniakalische Zersetzung übergeht. Mit leichten und nicht weiter hervorspringenden Schwankungen bleibt das Verhalten des Urins sich nun ziemlich gleich bis zum 25. Sept., wo nach zweitägigem Opiumgebrauch, Abends 1 Pulvis Doweri und Cucurb. No. VIII. ins Kreuz, die Urin-Quantität wieder zunimmt und die Beschaffenheit des Harns sich folgendermaassen geändert hat. Urinmenge fast normal. Harn hochroth und leicht getrübt ohne Neigung zu Sediment. Albumengehalt geringer, kein Blut, kein Epithelium, aber noch Schleim und Eiter sichtbar. Harnsäuregehalt wie bisher gering, dagegen der Harnstoff vermehrt.

27. Sept. Oeffnung ziemlich regelmässig und normal. Kein Schweiss. Die Haut fühlt sich immer trocken und welk an, und Pat. schwitzt höchstens im Gesicht manchmal ein wenig. Urinmenge vermehrt, in 18 Stunden = 3 Schoppen. Die hydropischen Anschwellungen nehmen ab, und Pat. fühlt sich im ganzen etwas erleichtert. Urin enthält viel Epithelium und Blutkörperchen, Schleim und Eiterkörperchen (?). Der Albumengehalt geringer wie bisher. Fibringerinnsel mehr wie in den letzten Tagen. Die Farbe des Urins ist noch immer eine abnorme und geht jedesmal bei der Zersetzung in ein schmutziges Grau über. — Pat. klagt sehr über Kreuzschmerzen, weshalb Cataplasmata von *Sem. Lin.* in die Kreuzgegend gemacht und bis zum 10. Oct. fortgesetzt werden. Abends wird gewöhnlich ein Dower'sches Pulver gegeben, worauf Pat. die Nacht etwas ruhiger verbringt.

6. Oct. In den letzten Tagen haben die hydropischen Ansammlungen wieder zugenommen, besonders ist das Oedem der Füsse sehr bedeutend und auch *Oedema Scroti* eingetreten. Manchmal tritt jetzt geringer Schweiss auf, der jedoch meistens local und nie über den ganzen Körper verbreitet ist. Oeffnung täglich und ziemlich reichlich. Urinmenge zunehmend. Blasser, missfarbiger Teint, Zunge belegt und schmierig, schlechter Geschmack, Appetit gering, Pica nach sauren Speisen, Schmerz im Rücken noch immer heftig. Pat. ist sehr unruhig und missmuthig, wirft sich mit dem Oberkörper beständig im Bett herum. Der ganze untere Körper ist unförmlich geschwollen und steif. Die Leber scheint etwas geschwollen zu sein, soviel sich durch die Wassergeschwulst durchfühlen lässt; auch klagt Pat. über einen lästigen Druck und Schwere in der Lebergegend. Etwas Husten und Schleimauswurf. Der Urin ist heller und weniger albuminös, im Allgemeinen wässriger. Harnsäure tritt wieder mehr in den Vordergrund, kein Schleim, kein Blut, kein Faserstoffgerinnsel. Specifisches Gewicht verringert. Der abgedampfte Urin zeigt gesäuert noch immer eine sehr geringe Harnstoffmenge.

Vom 13—21. Oct. erhält der Pat. täglich *Acid. nitric.* ʒβ in einem *Decoct. Salep.* Die Säure ist ohne jeden Einfluss auf die Urinbeschaffenheit. Pat. klagt wieder mehr Rückenschmerz. Rücken ganz steif, Haut eher kühl, Puls fieberlos. Appetit wird täglich besser, so dass Pat. gerne Fleisch isst. Durst nicht vermehrt. Hydrops fällt und Albumengehalt des Urins steigt wieder, auch wird die allgemeine Urinmenge wieder merklich geringer.

Am 23. Oct. sehe ich die ersten Bellini'schen Röhrchen nebst vielen Epitheliumfetzen im Urin. — Albumengehalt des Urins ist in beständigem Zunehmen begriffen. Blut und Schleimeiterkörperchen in Menge in dem grau-braunen, jauchigen, missfarbigen Urin. — Ausser Harnstoff und Harnsäure ist ein nicht unbeträchtlicher Gehalt von Erdphosphaten vorhanden. Die Chloride sind dagegen beständig entweder gar nicht vorhanden, oder im höchsten Grade verringert.

Bis zum 26. Oct. nimmt die Urinmenge täglich ab, so dass Pat. in 24 Stunden kaum 2—3 Esslöffel eines schmutzig-grauen dicklichen Urins lässt, der mühsam und tropfenweise abgeht. Ausserdem treten am 24. und 25. wieder wässerige Stühle ein, wobei jedoch immer nur ganz wenige Tropfen Urin abgehen. Die Stühle enthalten Harnsäure, Harnstoff und eine ziemliche Menge von Tripel-Phosphaten in grossen Krystallen. Die Menge dieser Urinsalze ist jedenfalls grösser und allgemeiner, als dies von dem wenigen beigemischten Urin der Fall sein kann. Der Urin gerinnt mit Salpetersäure zu einem albuminösen Klumpen, der kaum etwas Serum ausscheidet. Blut und Epitheliumfetzen, Schleim und Eiter und eine ausserordentlich geringe Menge von Harnsalzen sind in demselben enthalten. Der Harnstoff fehlt fast gänzlich. In dem Urin zeigt das Mikroskop häufige Fettbläschen von verschiedener Grösse. Pat. ist über den ganzen Körper geschwollen und leidet fürchterlich; steif und unbeweglich jammert er Tag und Nacht um baldige Erlösung von seinen unsäglichen Leiden. Dabei ist die Zunge fast rein und der Appetit ziemlich erhalten. Puls 90 bis 110, klein.

31. Oct. Oeffnung dünn und unregelmässig. Pat. lässt in den letzten Tagen mehr Urin, der jedoch so abträufelt. Urin dünner und heller. Von Zeit zu Zeit ist jetzt das Sensorium etwas getrübt und leise Delirien treten ein.

Urin am 1. Nov. untersucht ist heller und klarer wie bisher, auch quantitativ vermehrt, hat eine rothgelbliche Farbe und einen leichten schleimigen Satz. Albumengehalt viel geringer wie bisher, doch ist der Salzgehalt ausserordentlich gering, und das specifische Gewicht des filtrirten Harns fast wie bei der vollkommensten Chlorose. Harnstoff und Harnsäure fast = 0, keine Phosphate. Etwas Epithelium, Schleim und Eiterkörperchen bilden mit dem Faserstoffgerinnsel das

Sediment, an dem gar keine Salze Theil nehmen. Pat. ist im Allgemeinen jetzt ruhiger und weniger aufgeregt. Husten und Auswurf sind wesentlich vermehrt, kein Schweiss. Puls 100. Seit dem 27. nimmt Pat. des Versuchs halber *Solut. Jodi* (*Jodi* gr. vj, *Kal. hydrojod.* ʒj, *Aq. dest.* ℥j. Dreimal 10 Tropfen). Im Harn kann ich keine Spur von Jod finden, auch ist das Verhalten des Urins in nichts während des Jodgebrauchs gebessert oder sonst verändert.

Nachdem am 2. Nov. die Urinsecretion wieder bedeutend vermindert ist und der Albumengehalt sehr prävalirt, tritt plötzlich grosse Unruhe und unaufhörlicher Husten ein. Die Urinsecretion stockt fast ganz, und in der Nacht um 3 Uhr tritt unter Delirien der Tod ein.

Sectio institut. am 4. Nov. 10 Uhr Morgens. Starke hydropische Anschwellungen des ganzen Körpers, Haut blass und überall gespannt. Gehirn blutreich. Zumal die Venen ziemlich mit Blut überfüllt. Auf dem *Chiasma nervor. opticor.* ein kleines Neoplasma von der Grösse eines Hirsenkorns. Gehirnmasse gesund. Lungen hypostatisch, hyperämisch und in den Oberflächen ziemlich trocken. Rechte Lunge in dem oberen Lappen und den freiern Rändern alle Lappen ödematös. Herz gross aber normal, und integer in allen Klappen. Im Herzbeutel mehrere Unzen klares Serum. (Das Serum des Herzbeutels und der hydropische Erguss des Peritonäums enthalten Harnstoff in nicht unbeträchtlicher Quantität. Ebenso enthalten die flüssigen Fäcalmaterien des Duodenums Harnsäure, Harnstoff und Erdphosphate in Menge. Das Blut habe ich nicht untersucht.) In beiden Herzkammern grosse schwarze Blutcoagula. Leber hypertrophisch mit beginnender Muscatnussentartung. Milz klein, fest und von hartem dichtem Gewebe. Im Peritonäum mehrere Maasse eines flockigen, trüben Wassers. Nieren beide atrophisch mit Schwund der Pyramiden, Gewebe fest und blutreich. Keine interstitielle Fettentwickelung im Parenchym, dagegen viel Faserstoffablagerungen heerdweise wie kleine veraltete Nierenapoplexien sich darstellend. Besonders die Corticalsubstanz der rechten Niere hypertrophisch und verödet, knirscht unter dem Messer. Ureteren geschwollen, härtlich verdickt. Blase contrahirt, verdickt und kaum einige Drachmen Urin enthaltend.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der k. rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1849 bis Ende September 1850 vorgekommenen Ereignisse.

Von
Geh. Med.-Rath C. W. Wutzer,
Director der Anstalt.

Während der beiden Semester des Schuljahres 1849—50 wurde das Klinikum von 58 Studirenden besucht; unter ihnen traten 27 als Praktikanten, 31 als Auscultanten ein. — Die Zahl der während jenes Jahres in das akademische Hospital aufgenommenen Kranken betrug 224; von diesen waren 181 chirurgische und 43 Augenkranke. In der ambulatorischen Klinik erhielten 632 Kranke Rath und Behandlung, unter denen 520 an chirurgischen, 112 an Augenübeln litten. Die Totalsumme sämmtlicher zur Behandlung gekommenen Kranken beträgt demnach 856, und zwar 632 Männer und 224 Frauen. Es wurden bei ihnen 293 Operationen erforderlich, von welchen 200 im Hospitale und 93 in der Poliklinik, nämlich 254 chirurgische und 39 Augenoperationen. Von diesen operativen Unternehmungen erzielten 177 die radicale Heilung, 111 wesentliche Verbesserung, 3 liefen tödtlich ab; jene zweite Kategorie ist durch die häufige Anwendung des Glüheisens bedeutend angewachsen, welche zur Tilgung von fibrösen Parasiten der Rachenhöhle benutzt wurde, wo Excision oder Ligatur nicht mehr anwendbar erschien. Der Anführung werth dürften unter den Operationen erscheinen: 4 Excisionen des Lippenkrebses mit nachfolgender Cheiloplastik, nach der in der Dissertation von Dr. Heck (s. Deutsche Klinik 1851. No. 14. S. 148.) beschriebenen Methode, ausserdem 5 Lippenkrebsoperationen ohne Transplantation; ein Steinschnitt, eine Urethrotomie, beide mit glücklichem Erfolge; 3 Amputationen des Oberschenkels, 2 des Oberarmes, 1 im Fussgelenk nach Syme, — von denen 5 mit Heilung, 1 (Oberarm-Amputation) mit unglücklichem Ausgange. Ein Fibroid des Uterus und ein fibröser Polyp des Rachens wurden mit dem gewünschten Erfolge exstirpirt; ebenso zwei bewegliche Leistenbrüche mit dem Invaginatorium (vergl. Deutsche Klinik 1849. No. 3. S. 31.) glücklich behandelt. Von 22 Staaroperationen, 8 durch Keratonyxis, 14 durch Scleroticonyxis, zeigten 9 bei der Entlassung vollständigen Erfolg, bei 13 war entweder (nach angewendeter Discission) die Aufsaugung noch nicht vollendet, oder (einige Male) Nachstaar entstanden. Eine Thränensackfistel wurde durch Einlegung eines Platinaröhrchens geheilt, welche sich hier, wenn das Kaliber des dazu gewählten Röhrchens dem des Thränenkanals gehörig entspricht, häufig bewährt, und wenigstens vor der entstellenden Verödung des Thränensackes grosse Vorzüge gezeigt hat. Die oben erwähnte Urethrotomie hat in der Inauguralschrift des Dr. P. H. Becker, *de urethrotomia. Diss. inaug. Def. Bonnae X. Aug.* 1850. eine ausführliche Darstellung gefunden, indem die mit jener Operation früher in Bonn erzielten Erfolge hierbei zugleich benutzt worden sind.

Das Resultat der ökonomischen Verwaltung der Anstalt ist auch für das vorliegende Schuljahr, dem des vorigen ähnlich, vortheilhaft gewesen. Der Kassenabschluss für das Jahr 1850 ergiebt eine durch zahlende Kranke erzielte Einnahme von 1523 Thlr. 19 Sgr. Die Krankenbeköstigung kostete im Hospitale, bei 8289 Verpflegungstagen, durchschnittlich 6 Sgr. pro Tag und Kranken, die Arznei 1 Sgr. 10 Pf.

Das chirurgische Instrumentarium hat durch mancherlei Neuanschaffungen, namentlich von London her, gewonnen. Ebenso ist das pathologische Museum durch eine Reihe lehrreicher Präparate weiter ausgestattet worden.

Einige der in der Klinik erzielten wissenschaftlichen Resultate mögen in dem Folgenden ihre Erörterung finden.

I. Amputation im Fussgelenk nach Syme.

Das von Syme für die Amputation im Fussgelenke festgestellte und zugleich durch zahlreiche Operationen an Lebenden von ihm bewährte Verfahren verdient vor allen früher zu demselben Zwecke angegebenen Methoden den Vorzug in so bedeutendem Grade, dass von Ausführung der letzteren nur noch die Rede da wird sein dürfen, wo Mangel an Weichtheilen in der Umgegend des Fussgelenkes, namentlich an der Sohlenseite, zu ihnen unabweisbar hindrängt. Dass deutsche Chirurgen zuerst dazu beigetragen haben, den so bedingten wesentlichen Fortschritt in der Operations-Chirurgie zur allgemeinen Anerkennung zu bringen, darf die Geschichte der letzteren fortan rühmlich aufbewahren. Die Hinweisung auf ältere Versuche der Art vermag das Verdienst des schottischen Chirurgen nicht zu schmälern, denn sie erscheinen entweder schwach und ungenügend, oder sie hatten nicht im Leben bewährt werden können. Der oft citirte Brasdor empfiehlt z. B. ein an der Leiche von ihm geübtes Verfahren, welches an Lebenden gewiss nicht mit dauerndem Vortheile angewendet werden könnte. Heutigen Tages würde er es wahrscheinlich sogar nicht wagen, sich, wie folgt, auszusprechen: *„L'indication de conserver de la peau pour recouvrir les faces articulaires mises à nud, n'a point lieu pour cette amputation. Comme elles représentent une cavité, il faudroit que ce tégument, pour s'y enfoncer, se repliât par dessus les bords, ce que l'on ne peut espérer* [1].“ Man darf diese Ausgleichung der Hautfalten aber nicht bloss hoffen, sondern sie erfolgt am Lebenden auch unzweifelhaft, wie dies jetzt zahlreiche praktische Beobachtungen zur Genüge erwiesen haben. Der einzige Fall eines Lebenden, an welchem nach Brasdor's Erzählung zu seiner Zeit die Amputation im Fussgelenke mit Glück ausgeführt worden war, ist der eines zehnjährigen Knaben, den Sedilier zu Laval operirt hatte [2]. Der gleichfalls angeführte spätere Sabatier [3]) drückt sich so aus, dass es selbst zweifelhaft bleibt, ob er diese Amputation jemals nur an Leichname ausgeführt habe: *„on a proposé de ne retrancher que le pied etc.“* — *„la manière de procéder serait celle-ci etc.“* und ähnliche Worte beweisen wenigstens nicht das Gegentheil. Nach ihm scheint Leveillé der erste gewesen zu sein, der eine der Syme'schen ähnliche vortheilhafte Methode wenigstens vorgeschlagen hat, und es erscheint daher auffallend, dass sein Landsmann Alph. Robert [4], der jüngst (1850) über die Amputationen am Fusse ausführlich geschrieben hat, seiner nicht erwähnt. M. Jäger [5] hat schon 1836 Leveillé's Verdienst richtiger gewürdigt, indem er es seinem eigenen Verfahren zum Grunde legt, welches, mit Benutzung des von Kluge ausgehenden Vorschlages, die beiden Knöchel abzusägen, den Typus der Operation Syme's in dem Maasse an sich trägt, dass letztere nicht noch zu erfinden gewesen wäre, wenn der bedauernswerthe frühe Tod Jäger's diesen nicht verhindert hätte, sein Verfahren in's praktische Leben einzuführen. Der-

[1]) *Mémoires de l'Académie de Chirurgie.* T. V. Paris, 1774. pag. 787.
[2]) l. c. pag. 774.
[3]) *De la médecine opératoire.* Nouv. édit. par Sanson et Begin. T. IV. Paris, 1824. pag. 552.
[4]) *Des amputations partielles et de la désarticulation du pied.* Paris, 1850.
[5]) Walther, Jäger u. Radius, Handwörterbuch der Chirurgie. Bd. 1. S. 362.

selbe Fehler klebt auch der von Malgaigne [1]) bereits 1834 empfohlenen Methode an, die der Syme'schen gleichfalls sehr ähnlich ist. Günther [2]) in Leipzig erläuterte dann 1843 seine höchst zweckmässige „*Enucleatio monotobularis posterior et plantaris*" durch passende Abbildungen, denen bloss das Absägen der Knöchel fehlt, um Syme's Operation vollständig darzustellen. Ihnen allen mangelte indessen die praktische Weihe, und so wurden sie denn von den Praktikern, freilich mit Unrecht, übersehen. Viel glücklicher war in dieser Hinsicht Syme, der 1844 und 1846 schon mit einer Reihe von 24 an Lebenden ausgeführten Operationen der Art hervortreten konnte, unter denen 21 glücklich abgelaufen waren; seine Methode verdiente deshalb um so mehr möglichst bald auf deutschen Boden verpflanzt zu werden, wie dies von Dr. Franz Chelius geschehen ist. Dass ihr hier die gebührende Anerkennung bald zu Theil wurde, entnehmen wir daraus, dass bereits zahlreiche in Deutschland nach ihr ausgeführte Operationen jüngst von C. Textor dem Aelteren [3]) und Dr. J. Paul [4]) aufgezählt werden konnten. Die Operationsweisen von Baudens (Dorsallappen, 1829), Velpeau (vier halbmondförmige Lappen, einen auf jeder Seite, ausserdem einen vorderen und einen hinteren, 1835), Jules Roux (kleiner äusserer und grösserer innerer unterer Lappen, 1846), werden stets nur ausnahmsweise für eigenthümliche Fälle benutzt werden können. Der hieraus um so mehr hervorgehenden Aufforderung, zur weiteren Ausbildung der Syme'schen Methode möglichst beizutragen, soll hier dadurch genügt werden, dass nicht bloss eine im Schuljahr 1849—50, sondern zugleich noch zwei andere früher zu Bonn ausgeführte Operationen der Art mitgetheilt werden.

1) 1847. Friedr. Wilh. Pohlig aus Wiescheid bei Opladen, 20 Jahre alt, erschien am 30. Juni 1847 in der Klinik, um Hülfe gegen eine *Caries centralis* zu suchen, welche das Fersenbein, das Sprungbein, Würfelbein und die Spitze des äusseren Knöchels der linken Unterextremität eingenommen hatte. Er versicherte, gesunde Eltern zu haben; jedoch leide der Vater an einer Thränenfistel. Er selbst sei, ausser der einmal überstandenen Krätze, stets gesund gewesen, bis ihm 1841 die linke Hand anschwoll, ohne dass sie von äusseren Gewaltthätigkeiten getroffen worden war. Ungeachtet der zur Zertheilung eingeriebenen Quecksilbersalbe brach die Handgeschwulst auf; eine 6 Monate lang anhaltende Verschwärung ging hieraus hervor. Erst dann begann in ihr ein langsam vorschreitender Heilungsprocess, als auch die linke Fusswurzel schmerzhaft anschwoll. Dieselben Einreibungen fruchteten hier noch weniger als an der Hand, da dem Fusse keine Ruhe gegönnt wurde; $1\frac{1}{4}$ Jahr nach dem Entstehen der Fussgeschwulst brach auch sie auf. Zuerst entstand ein Fistelgeschwür an der innern Seite der Fusswurzel, 14 Tage später ein zweites an der äussern Seite, dem bald ebendaselbst ein drittes folgte. Nachdem mancherlei von Klosterschwestern und Quacksalbern angeordnete Mittel keine Heilung hatten erzielen können, wurde der Hospitalarzt in Kaiserswerth um Hülfe ersucht. Dieser wendete 5 Wochen lang rationell Jod und Leberthran innerlich, Holzaschebäder äusserlich an, spritzte auch Jodtinctur in die Fistelkanäle ein — jedoch fruchtlos. Im März 1847 fand sich noch ein kalter Abscess in der rechten *Regio parotidea* ein, der nach 14 Tagen bereits einen dünnflüssigen, aber nicht übelriechenden Eiter entleerte.

Die in Bonn mit Pohlig vorgenommene nähere Untersuchung liess keinen Zweifel an der dem äusseren Leiden zum Grunde liegenden Skrophulose übrig. Nicht nur das Ueberspringen der centralen Caries der Handwurzel zu den schwammigen Knochen der Fusswurzel, ohne dass irgend eine mechanische Verletzung dazu mitgewirkt hatte, dann der ächt skrophulöse Habitus des Abscesses in der Gegend der Ohrspeicheldrüse, endlich auch die Abwesenheit jeder Spur von Rheuma, Gicht oder Syphilis, sprachen dafür genügend. Uebrigens zeigte der junge Mann, trotz seines sechsjährigen Leidens, noch eine blühende Gesichtsfarbe, hatte auch den guten Muth nicht verloren. Esslust und Schlaf gut, die Functionen der Athmungsorgane normal, die Knochengeschwüre, seit dem Aufbrechen, unschmerzhaft.

Die specielle Betrachtung des linken Fusses ergab jedoch ein für die Erhaltung dieses völlig trostloses Resultat. Seine ansehnliche, an vielen Stellen röthlichblau und glänzend erscheinende, ziemlich harte Geschwulst fing oberhalb beider Knöchel an und erstreckte sich bis zu den Zehen hin. Zehn verschiedene Fistelöffnungen sonderten eine dünnflüssige, übelriechende Jauche reichlich aus. Die in sie eingeführte Sonde erreichte zwar an der innern Seite keine rauhen Knochenstellen; von der äussern Seite her drang sie indessen $1\frac{1}{2}$ Zoll tief, in das zerstörte Fersenbein ein. Eine ziemlich freie Beweglichkeit in dem Gelenke zwischen Sprungbein und Schienbein, gab noch der Hoffnung Raum, dass die Caries bis zu ihm nicht vorgedrungen sein möchte. Da aber, bei der weit ausgedehnten Knochenzerstörung, nur noch in der Amputation Heil zu finden war, so wurde beschlossen, hierzu Syme's Methode zu benutzen, da diese durch das mit ihr verbundene Absägen der unteren Gelenkflächen der Tibia und der Fibula selbst dann noch auszureichen versprach, wenn der Gelenkknorpel der letzteren bereits leidend sein sollte.

Am 3. Juli führte ich die Operation unter Assistenz der Herren Alb. Zander, Frenken, C. Brosius u. A. in folgender Art aus: Das spitze Amputationsmesser wurde dicht vor dem äusseren Knöchel eingestochen, dann, mit gesenktem Hefte, senkrecht nach abwärts bis in die Mitte der Sohlenfläche geführt, in das Ende dieses ersten Schnittes zum zweiten Male eingesetzt, und hierauf von aussen nach innen, zuletzt vertical von unten nach oben bis zu dem innern Knöchel in die Höhe geleitet, um den Schnitt vor dem letzteren zu endigen. Die beiden oberen Endpunkte dieses Schnittes wurden sodann durch einen über die vordere Seite des Fussgelenkes geführten Querschnitt miteinander vereinigt, der nach vorn und abwärts mässig convex war. Es folgte die Ablösung des durch die beiden Verticalschnitte bereits umschriebenen Sohlenlappens von dem Fersenbeine, — die bei weitem schwierigste Aufgabe des Verfahrens. Der Umstand erleichterte es jedoch bedeutend, dass der straffe Zellstoff hier serös infiltrirt war; die Trennung der Haut gelang sammt der Durchschneidung der Achillessehne, dicht am Knochen, bis zur Basis des Lappens, ohne dass der letztere eingeschnitten oder durchlöchert worden wäre. Hiernach wurde der vorher angelegte Querschnitt in die Tiefe des Gelenkes zwischen Sprungbein und die beiden Unterschenkelknochen fortgesetzt, indem man die sämmtlichen Bänder allmälig löste, bis die Enucleation vollendet war, während welcher Zeit ein Gehülfe den Sohlenlappen zurückhielt und schützte. Jetzt erst erlangte man die Gewissheit, dass auch die Spitze des äusseren Knöchels cariös sei. Ein convexes Scalpell umkreisete deshalb die beiden Unterschenkelknochen etwas höher, als es sonst geschehen sein würde, um die Knochenhaut zu trennen und der Säge ihren Weg vorzuschreiben, welche dann durch Wegnahme der überknorpelten Gelenkflächen mit den Knöcheln die Operation beendigte. — Der hiernach dem Stumpfe angepasste Sohlenlappen erschien etwas zu lang; eine Verkürzung und Anspannung desselben nach vorn würde jedoch die weiche Haut, welche ihren Platz ehedem oberhalb der Ferse gehabt hatte, unter den Knochen gelagert, und also einen grossen Vortheil der Methode, — die Benutzung der schwieligen Fersenhaut bei dem Auftreten, — verscherzt haben. Ich zog es deshalb vor, den vordern queren Rand des Sohlenlappens an die quere Hautwundlefze der Vorderseite des Fussgelenkes anzufügen, unbekümmert um die hierdurch an der hintern Seite erzeugte querliegende Hautfalte. Lange Heftpflasterstreifen drückten nicht nur die letztere, sondern auch den gesammten kappenförmigen Fersenlappen sanft gegen die Sägefläche an; nur an der äussern Seite, unterhalb des Wadenbeins, legte man einen schwachen Charpiebausch in die Wunde, um bei der nachfolgenden Eiterung der Flüssigkeit den Ausweg zu bahnen.

Das der Operation folgende Wundfieber blieb sehr mässig; dagegen trat die Eiterabsonderung ungewöhnlich stark auf. Esslust und Nachtruhe wurden bald normaler, als sie es vor der Amputation gewesen waren. Ein am 19. durch Erkältung herbeigeführter Anfall eines mässigen rheumatischen Fiebers wich schon einem schweisstreibenden Thee. Bald waltete kein Zweifel mehr über das Gelingen der Anheilung des Lappens ob. Anfangs August's verminderte sich die Eiterung immer mehr, und die Falten des Hautlappens hatten sich bereits grossentheils ausgeglichen. Nach der Mitte dieses Monats nahm das Secret jedoch vorübergehend einen übleren Charakter an, und es erzeugten sich in der Wundnarbe neue Geschwürsöffnungen. Der innere Gebrauch der Jodtinctur und eine möglichst kräftige Fleischnahrung änderte indessen, nebst dem Genusse der warmen Luft im Freien, die Scene wieder vortheilhaft. Langsam heilten nun die Geschwüre so, dass am 22. Sept. nur noch eines derselben, wenig bemerkbar, an der äussern Seite übrig war. Das die Knochen deckende derbe Hautpolster passte sehr gut, und die Herrn Professoren Blasius und Heyfelder, welche den Operirten um diese Zeit sahen, erklärten den Erfolg des Unternehmens für gelungen. — Im October und November, als ungünstige Witterung den Mann an das Zimmer fesselte, gestaltete sich indessen, trotz der sorgfältigsten Pflege, der Zustand wieder ungünstiger. Die Zahl der Geschwüre vermehrte sich nach und nach bis auf 10, cariöse Jauche floss in Menge aus. Ein abermaliges Vorschreiten der Caries wurde durch eine 4 Zoll tief von der innern Seite aus eingeführte Sonde mit Sicherheit constatirt; innerlich gereichte Antiskrophulosa, örtlich benutzte Sodabäder, warme trockene Umschläge u. s. w. fruchteten nichts, und so drückte der Leidende zuletzt selbst den Wunsch aus, durch eine anderweitige Operation die hartnäckige Knochenkrankheit gründlicher beseitigt zu sehen. Demnach wurde am 4. Dec. die Amputation des Unterschenkels, mit Bildung eines Lappens aus der Wade, ausgeführt. — Nachdem der Kranke vorher 4 Minuten lang

[1]) *Traité de médecine opératoire.* 4. édit. Paris, 1834.
[2]) Operationslehre am Leichname. 4. u. 5. Heft. Leipzig, 1843. Taf. 56.
[3]) Deutsche Klinik. Berlin, 1850. No. 44. S. 485 u. f.
[4]) Günsburg, Zeitschrift für klinische Medicin. 2. Bd. 2. Heft. Breslau, 1851.

Aether geathmet hatte, gab er während der Operation kein Zeichen von Schmerzempfindung; erst während der Gefässunterbindung und des Anlegens des Verbandes schwatzte er viel ungereimt und lebhaft, bei der Ausführung der Operation selbst ergab sich, ausser der ungewöhnlich heftigen Blutung nichts Mittheilenswerthes. Das arterielle Blut erschien dunkelgefärbt, selbst die Venen ergossen ungewöhnlich viel dunkeles Blut, und es mussten 7 Arterien unterbunden werden. Der Operirte schlief auffallend schnell nach der Operation ein, klagte aber dann, aus dem Schlafe erwacht, noch um 4 Uhr Nachmittags über grosse Eingenommenheit des Kopfes. Die Aufregung im Blutgefässsystem äusserte sich so bedeutend, dass das Auflegen einer Eisblase auf die Herzgegend angeordnet wurde, und sich bewährte. In den nächstfolgenden Tagen gestaltete sich indessen schon der Gang der Erscheinungen vortheilhaft; bis zum 24. Jan. war die Wunde vollständig vernarbt, und Pohlig wurde an diesem Tage, mit einem vollen, flach convex hervortretenden Polster der Weichtheile am Stumpfe entlassen. Am 9. Juni 1848 besuchte er aus Dankbarkeit die Klinik noch einmal, um sich ihr gesund vorzustellen.

Mag nun das Recidiv des Knochenfrasses der damals noch nicht hinlänglich getilgten skrophulösen Kachexie, oder mag sie dem Umstande zuzuschreiben sein, dass bei der ersten Amputation die Knochen noch nicht hoch genug abgesägt worden waren, so ist dennoch die zuerst gewählte Operationsmethode an und für sich in diesem Falle gerechtfertigt. Der aus der Fersen- und Sohlenhaut gebildete Lappen war vortrefflich angeheilt und deckte den Knochenstumpf so, dass ein Auftreten auf den letzteren, ohne die Dazwischenkunft des Recidives des Knochenübels, gewiss ausführbar gewesen sein würde.

2) 1848. Der 20jährige Johann Bädorf aus Langel, Kreises Mülheim am Rhein, war von Jugend auf skrophulös gewesen. In Folge dessen war endlich *Caries centralis* der Knochen der linken Fusswurzel entstanden. Bei seiner am 20. Oct. 1848 erfolgten Aufnahme in die Klinik fanden sich zahlreiche Zellgewebsgeschwüre am linken Fusse vor, die so hoch zum Fussgelenke in die Höhe stiegen, dass die Ausführung der Operation Syme's hier nur dann möglich gedacht werden konnte, wenn man die Schnitte durch einige dieser Geschwüre selbst hindurch führen wollte. Das jugendliche Alter des Kranken liess dessenungeachtet die Hoffnung zu, dass dieser geschwürige Zustand der Weichtheile der Heilung zugänglich sein würde, wenn nur die krankhaften Knochengebilde gründlich entfernt sein würden. Die Caries war übrigens im Fersenbeine, dem Sprungbeine, dem Kahn- und Würfelbeine so weit vorgeschritten, dass an eine Erhaltung des Fusses nicht mehr zu denken war. — Am 26. Oct. wurde die Operation unter Assistenz der Herren DD. Schäffer, Ed. Weber u. A. ausgeführt. Der Verticalschnitt verlief auf beiden Seiten des Fussgelenkes, ganz wie in dem Falle No. 1.; jedoch musste er drei geschwürige Fistelöffnungen berühren, deren Umfang nicht ganz entfernt werden konnte, ohne den Lappen zu schmal zu bilden. Der unmittelbar hernach angelegte Horizontalschnitt traf auf der vordern Seite des Fussgelenks keine ähnliche Schwierigkeit. Als nach ihm die Spitze des Fusses mit der linken Hand kräftig nach abwärts gebeugt wurde, zeigte sich die Gelenkkapsel zwischen Sprungbein und Tibia bereits durch den Schnitt geöffnet. Dies veranlasste mich, nun rasch auch die Seitenbänder zu durchschneiden, mit dem Messer weiter durch das Sprunggelenk nach hinten vorzudringen, den Talus vollständig aus dem Schienbeingelenke zu lösen, die Achillessehne abzuschneiden, und hierauf die Fersenhaut vom Fersenbein, innerhalb der vorher schon gezogenen Schnittlinien, in der Richtung von oben nach unten vom Knochen zu trennen. Diese Art der Lösung des Lappens bewährte sich in dem vorliegenden Falle als eine sehr vortheilhafte, indem der Operationsact merklich schneller und leichter als in dem Falle No. 1. beendigt wurde. Das hierauf folgende Absägen der überknorpelten Gelenkflächen der beiden Unterschenkelknochen bot nichts Bemerkenswerthes dar; nach demselben ergab sich aber leider, dass die Diploë der Tibia ungewöhnlich weich, auch das Volumen des Knochens etwas gesteigert war, — eine Erscheinung, die mit Bezug auf den Ausgang der ersten Operation unangenehme Erwartungen rege machte. Der aus den Weichtheilen geschnittene Lappen deckte dagegen den Knochenstumpf ganz nach Wunsch.

Der Operation folgte ein sehr geringes Wundfieber, und die Heilung ging, wider Erwarten, so rasch vor sich, dass der Lappen bereits am 14. Nov. in allen Punkten fest anlag. Nur die drei Stellen, an welchen das Messer Geschwüre durchschnitten hatte, fuhren auch jetzt noch fort, Jauche abzusondern. Nachdem jede Spur von Fieber verschwunden war, wurden innerlich Eisen, Jodkali, äusserlich auf die Geschwüre eine Abkochung der Wallnussschalen, der Eichenrinde, zuletzt *Plumbum tannicum* angewendet, ohne dass es jedoch möglich geworden wäre, die noch übrigen drei skrophulösen Hautgeschwüre zuzuheilen. Die Befestigung des derben Hautlappens an dem Knochenstumpf war dagegen auf erfreuliche Weise vollkommen gelungen. Nachdem bis zum 15. Juni die vollständige Geschwürsheilung vergeblich abgewartet worden war, wurde er in die Heimath entlassen. Sechs Wochen nach dieser Entlassung machte Herr Dr. Klein, damals in Zündorf, die Mittheilung, dass die Geschwüre des Bädorf geheilt seien und er sich sehr wohl befinde. Leider war seine kümmerliche Lebensweise nicht geeignet, den vortheilhaften Zustand zu erhalten. Es bildeten sich nach und nach wieder skrophulöse Zellhautabscesse am unteren Ende des Unterschenkels, die sich zu Fistelgeschwüren gestalteten. Im April 1851 erhielt ich durch Herrn Dr. Geller die Nachricht, dass Bädorf nicht mehr im Stande sei, aufzutreten, und so nahm ich ihn im Mai d. J. nochmals in die Klinik auf. Wir fanden den Amputationslappen trefflich erhalten, die Knochen selbst noch gesund, aber das Periost bereits ergriffen; adstringirende lauwarme Umschläge und passende Pflege führten die Geschwüre allmälig wieder der Vernarbung zu, — aber freilich lassen die traurigen äussern Verhältnisse des Mannes fürchten, dass ähnliche Rückfälle sich noch öfter einfinden dürften. Der Erwähnung nicht unwerth erscheint es, dass in diesem Falle mit dem vorderen Wundlappen zugleich die Sehnen der Streckmuskeln der Zehen und des *M. tibialis anticus* so fest an den Sohlenlappen angeheilt sind, dass Bädorf den letzteren etwas nach vorn und nach hinten willkürlich zu verschieben vermag.

3) 1850. Der 28jährige Theodor Zöller aus Troisdorf im Siegkreise hatte seit Jahren am Knochenfrass in der Fusswurzel gelitten, als er am 18. Juli 1850 in die Klinik aufgenommen wurde. Die durch die Fistelgeschwüre eingebrachte Sonde liess keinen Zweifel darüber, dass die Zerstörung des Knochenbeins und eines Theils des Sprungbeins merklich vorgeschritten sei. Die erste Woche seiner Anwesenheit wurde benutzt, um die in hohem Grade gesunkenen Kräfte durch eine nahrhafte, leicht verdauliche Kost zu erheben. Nachdem dies bei der ansehnlichen Esslust des Kranken ziemlich gelungen war, so wurde am 25. Juli die Amputation nach Syme's Methode ausgeführt. Das Verfahren war ganz das in dem ersten Falle ausgeführte. Es wurde ziemlich rasch ausgeführt, die Excision der kranken Knochen ging glücklich von Statten. Die Integumente waren aber oberhalb der Stelle des Ansatzes der Achillessehne und hinter dem äussern Knöchel so dünn, dass es sich nicht hatte vermeiden lassen, sie dort an einem Punkte einzuschneiden. Diese unabsichtliche Oeffnung zeigte sich indessen während der Heilung mehr vortheilhaft als nachtheilig, indem sich durch sie ein Theil des abgesonderten Eiters um so bequemer ergoss. Die Unterschenkelknochen erschienen in der Gegend ihrer Durchsägung vollkommen gesund; auch wurden sie durch die Weichtheile passend gedeckt. Dessenungeachtet ging die Heilung nur sehr langsam vor sich, indem der kachektische Zustand des Mannes grosse Hindernisse in den Weg legte. Es traten ausserdem einige Male Gastricismen auf, die ein Emeticum erforderten; am 20. Sept. war jedoch die Heilung vollständig gelungen, so dass er in die Heimath entlassen werden konnte. Das die Knochen bedeckende Polster liess kaum etwas zu wünschen übrig.

Im nächstfolgenden Winter erkrankte Zöller bei schlechter diätetischer Pflege und noch schlechterer Wohnung an der Brust. Ende Aprils 1851 erhielt ich durch die Güte des Hrn. Dr. Focke in Siegburg die Nachricht, dass sich Zöller in einem bereits vorgerückten Stadium der Lungenschwindsucht befinde, und so wird es ihm leider nicht vergönnt sein, das mühsam hergestellte Bein zu benutzen. —

Im Allgemeinen habe ich über die Methode Syme's noch Folgendes zu bemerken. Die Operation fordert jedenfalls mehr Dexterität und Uebung, als eine Unterschenkel-Amputation, obgleich sie sich an einem kranken Fussgelenke in der Regel viel leichter als an einem gesunden ausführen lassen wird. Ebenso bedarf sie eines grösseren Zeitaufwandes. Es ist eine schwierige Aufgabe, bei weit vorgeschrittener, lange bestandener Caries der Fusswurzelknochen, selbst nach Durchsägung der Unterschenkelknochen, jederzeit mit Sicherheit zu bestimmen, ob ihre Knochensubstanz hier völlig gesund, ob nicht etwa ein Rückfall der Caries zu fürchten sei? In dem obigen Falle No. 1 glaubte ich mich des normalen Zustandes der Knochen in ihrer Sägefläche versichert halten zu dürfen, und dennoch folgte ein Recidiv; in dem Falle No. 2 erschienen sie weich und etwas geschwollen, also verdächtig, dessenungeachtet blieben sie frei von Caries, wenngleich sich die definitive Heilung allerdings in die Länge zog. Letztere wird überhaupt meistens mehr Zeit brauchen, als nach der Unterschenkel-Amputation. Diese Nachtheile werden aber durch überwiegende Vortheile dort ausgeglichen, wo der Zustand der kranken Gebilde die Amputation im Fussgelenke irgendwie erlaubt. Schon der Umstand ist von grosser Wichtigkeit, dass, je weiter man mit der Amputation vom Stamme entfernt bleibt, je weniger Lebensgefahr herbeigeführt wird. Das Wundfieber tritt hier meistens sehr mässig auf. Aber der Operirte kann auch seinen Unterschenkel zum unmittelbaren Auftreten, ebenso, mit gut gepolstertem Schuh versehen, zum Gehen brauchen; kostspielige Apparate, wie z. B. der von Martin, bleiben entbehrlich. — Die schwammige Diploë der

durchsägten Gelenkenden ist dem abermaligen Auftreten der Caries in kachektischen Individuen zwar leichter zugänglich, als die härtere Masse der Diaphyse; immerhin lässt sich dann aber im Nothfalle nachträglich noch die Amputation des Unterschenkels höher oben ausführen, wie man sie ehedem ohne Unterschied stets (mit seltenen Ausnahmen) machte. Dies geschah mit dem gewünschten Erfolge nicht bloss in unserm Falle No. 1, sondern auch in einem Falle von Textor in Würzburg.

Hinsichtlich der technischen Ausführung lassen sich manche Modificationen anbringen. Zweimal habe ich die Operation nach der ursprünglichen Methode von Syme, einmal aber (No. 2) so ausgeführt, dass das Fersenbein in der Richtung von oben nach unten ausgeschält wurde, nachdem das Messer durch das Schien-Sprungbeingelenk direct nach hinten geführt, und hier zuerst die Achillessehne abgeschnitten worden war. Ich sehe auch, dass sich Pauli in Landau und Textor jun. in Würzburg eines ganz ähnlichen Verfahrens schon früher bedient haben. — Den queeren Verbindungsschnitt legte ich jedesmal leicht halbmondförmig an, wie es schon Fergusson vorgeschlagen hat. Indem sich nämlich die Haut nach einem solchen Schnitte stets nach oben etwas zurückzieht, gleicht sich die Convexität des vordern Randes des Lappens vortheilhaft so aus, dass die Vereinigung der beiden hier zusammentreffenden Wundränder um so zweckmässiger erfolgt. Es ist vortheilhaft, diesen Queerschnitt vor Ablösung des Fersenlappens anzulegen, weil sich die Basis des letzteren dann leichter verschieben lässt und nachgiebiger wird. Die Ligatur der wenigen hier etwa zu unterbindenden Arterien findet keine Schwierigkeit. Bei den obigen drei Operationen wurde nur einmal, in dem Falle No. 2, eine Arterie unterbunden; die *Art. tib. antica*, durch deren Blutung sich Textor jun. veranlasst sah, den Queerschnitt bis nach der Bildung des Sohlenlappens zu verschieben, wurde hier durch einen Gehülfen mit leichter Mühe bis dahin comprimirt, wo durch Anlegung und Befestigung des Lappens mit Heftpflasterstreifen ihre fernere Blutung von selbst stand. Ich gebe zu, dass Ausnahmen stattfinden können, namentlich wenn viel Chloroform geathmet worden ist. — Die *Art. tib. postica* erhielt ich dem Fersenlappen jedesmal dadurch möglichst lang, dass ich das Messer zur Bildung jenes nicht auf, sondern vor den Knöchel aufsetzte, ohne dass dadurch die Ablösung der etwas breiter verbliebenen Grundfläche des Lappens wesentlich erschwert worden wäre. Der Queerschnitt muss dann freilich der Ablösung um so nothwendiger vorangegangen sein. — Die Befestigung des aus der Fersenhaut geschnittenen Lappens bedarf, wenn die Bildung desselben vollkommen gelungen ist, nicht des Anheftens durch die blutige Naht; die gehörig angelegten langen Heftpflasterstreifen genügen für den Zweck der Vereinigung schon. In meinen drei Fällen wurde die blutige Naht vermieden, so wie dies bei meinen zahlreichen Lappenamputationen an anderen Theilen stets, mit seltenen Ausnahmen, der Fall gewesen ist. — Das Absägen der Knöchel und der Gelenkfläche halte ich, selbst wenn diese völlig gesund wären, für sehr wesentlich. Theils erhält der Operirte dadurch einen zum Auftreten viel mehr geeigneten Stumpf, dessen Weichtheile weniger zu leiden haben, — theils heilt auch nach meinen zahlreichen Beobachtungen der Hautlappen an eine durchsägte Knochenfläche leichter und schneller an, als gegen eine überknorpelte, worin ich mit Zeis ganz übereinstimme.

Die meisten der bis jetzt nach Syme unternommenen Fussamputationen hatten Lebensrettung zur Folge, so dass die Methode gleichsam die Feuerprobe überstanden hat. Wenn in Würzburg 2 von 7 Operirten an Pyämie starben, so muss man erwägen, dass bei einem der Verstorbenen beide Füsse hatten amputirt werden müssen, bei einer „schwächlichen" Frau aber der Lappen vorher brandig geworden war; letzteres begegnete auch Wernher in einem Falle. Dergleichen Nachtheile können wenigstens nicht der gewählten Operationsmethode zur Last gelegt werden. Uebrigens sind die Vortheile derselben durch Prof. B. Langenbeck in Berlin [1]) so bündig auseinandergesetzt worden, dass es nicht erforderlich ist, hier weiter auf sie einzugehen. Etwas gemässigt muss der Jubelruf über die neue chirurgische Acquisition indessen durch den nachtheiligen Umstand werden, dass der durch sie beschaffte Stumpf für das ganze übrige Leben einer grössern Schonung bedarf. Der Wohlhabende kann sich dieser hingeben, und für ihn ist die Rettung des beinahe vollständig erhaltenen Unterschenkels von unschätzbarem Werthe. Der auf die Arbeit seiner Hände angewiesene Arme dürfte dagegen selten im Stande sein, den Polsterstiefel ununterbrochen in so brauchbarem Zustande zu erhalten, dass er den langen Stumpf bei häufigerem Auftreten nicht durchscheuern sollte, und unter Mitwirkung von Mangel und Noth, auch wohl durch letztere allein, werden sich hieraus bald neue Geschwüre bilden. Der sich des Stelzfusses bedienende Amputirte ist dem gewiss weniger ausgesetzt. Der in Berlin benutzte künstliche Schuh scheint empfehlenswerth; nur dürfte es in einzelnen Fällen zur grösseren Festigkeit beitragen, die beiden Schienen, mit einem Kniecharnier versehen, bis über das Knie hinaufzuführen, und sie also am unteren Ende des Oberschenkels zu befestigen. In meinen Fällen konnte kaum ein passend gepolsterter Schnürstiefel beschafft werden.

Wo Sprung- und Fersenbein notorisch gesund sind, werde ich den Schnitt nach Chopart auch fernerhin vorziehen, weil sich, sofern der Sohlenlappen nur lang genug ist, bei ihm die Narbe hinlänglich weit nach vorn und oben verlegen lässt, um ihr Durchscheuern zu verhindern, ferner — weil es mir gelungen ist, durch bald nach der Operation beginnendes festes Einwickeln der Wade das Zurückziehen der Muskulatur und der Achillessehne nach oben sehr zu mässigen.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Deutsche Klinik. 1850. No. 35. S. 391.

Ein Fall von Gehirnerweichung, beobachtet im ersten Militär-Landhospital zu St. Petersburg

von

Dr. Joh. Marcusen,

Ordinator desselben.

Nikischor Dmitrieff, Soldat, 48 Jahre alt, von mittelstarker Constitution, sanguinischem Temperament, wurde zu uns in's Hospital den 5. Dec. 1849 aufgenommen. Er ist stets gesund gewesen und leidet erst seit einem Jahre an Enuresis. Vor einigen Tagen soll er sich erkältet haben, wie er behauptet. Er fieberte, hatte Frostschauer, Kopfschmerz, beschleunigten härtlichen Puls. Er bekam ein Bad und *Mixt. diaphoretica* ℔ß. Den 7. befand er sich besser. Den 8. wurde die Untersuchung der Harnröhre mit der Sonde gemacht. Diese ging ohne Hinderniss bis hinter den *Arcus ossis pubis*. Hier konnte die Sonde nicht weiter, man nahm eine dünnere, später die feinste, die wir haben, aber konnte nicht durchkommen. Befragt darüber, ob er früher an Tripper gelitten habe, verneinte dieses der Kranke, gab aber an, dass er vor 3 Monaten von einer beträchtlichen Höhe auf den Steiss gefallen sei und dadurch sich eine starke Contusion zugezogen habe. Er soll einige Stunden ohne Besinnung gelegen und Blutharnen bekommen haben. Später hätte sich Incontinenz des Urins eingestellt, so dass der Urin tropfenweise fortwährend abfloss.

Den 14. wurde wieder ein Versuch zum Sondiren gemacht. Man war indess nicht glücklicher als das erste Mal; der Urin floss in einem sehr feinen Strahl ab.

Den 17. übernahm ich den Kranken; ich versuchte die Sonde einzuführen — aber auch vergeblich. Indess incommodirte den Kranken die Strictur nicht weiter. Er schien sonst gesund zu sein, und ich hatte daran gedacht, die verengte Stelle der Harnröhre einzuschneiden und später Bougies einzubringen; der Kranke wollte sich aber nicht sogleich dazu entschliessen. Er blieb indess im Hospital und wurde als Reconvalescent angesehen.

Den 6. Jan. 1850 hörte ich, dass der Kranke seit ein paar Tagen Fieberanfälle habe, die ganz den Charakter von Wechselfieberanfällen darböten. Er geht umher, hat etwas Kopfweh, ist wärmer als gewöhnlich anzufühlen, und hat Frost und darauf folgende Hitze gehabt. Gestern und vorgestern brach bei ihm auch später Schweiss aus. Ich untersuchte seinen Rücken, übte Druck auf die *Proc. spinosi*, auf die neben den Wirbeln befindlichen Stellen aus; es zeigte sich aber nirgends eine schmerzhafte Empfindung. Es wurde dem Kranken *Chinin. sulph.* zu gr. ij p. dos. verordnet.

Den 7. wieder ein Fieberanfall, rep. Chinin.

Den 8. Heute war bloss Schweiss vorhanden; weder hatte der Kranke Fieberfrost noch Hitze gefühlt, rep. Chinin.

Den 9. kein Anfall. Der Kranke fühlte sich wohl und spaziert umher. Chinin wird ausgesetzt.

Den 10. kein Fieberanfall. Es ist Durchfall eingetreten und der Kranke ist ganz gelb geworden. Die Untersuchung der Leber zeigt weder Schmerzhaftigkeit, noch Vergrösserung, noch Härte. Der Unterleib ist beim Druck nicht schmerzhaft, gelb gefärbt, ebenso die Sclerotica; die Zunge in der Mitte gelblich belegt; der Puls normal, keine vermehrte Hauttemperatur. *Rp. Extr. Taraxaci, Extr. Gramin., Extr. Cichor.* āā ʒj, *Aq. com.* ℥v, *Syr. simpl.* ℥j. *M.D.S.* 2stündl. 1 Esslöffel voll.

Den 11. Der Durchfall hat nachgelassen; die Zunge ist reiner; der Icterus in demselben Zustande.

Den 13. ist wieder ein Wechselfieberanfall da gewesen. *Rp. Chinin. sulph.* gr. xij, *Acid. sulph. q. s. ut solv., Aq. destill.* ℥vj. *M.D.S.*

Den 15. Gestern Abend soll ein heftiger Anfall da gewesen sein. Der Kranke soll Convulsionen gehabt haben. Bei näherer Erkundigung hörte ich, dass der Kranke aus dem Bette gefallen war, als er aufstehen wollte, dass er aber dabei nicht sein Bewusstsein verloren habe. Der Kranke antwortet schwierig langsam auf meine

Fragen, aber verständig. Der Kopf schmerzt, besonders in der vordern Stirngegend; die Pupillen sind normal; es ist etwas Somnolenz vorhanden; der Kranke macht die Augen viel zu, öffnet sie aber sogleich, wenn man ihn anredet; der Durst ist vermehrt, die Zunge rein, der Stuhl normal gewesen; der Unterleib beim Druck nicht schmerzhaft; Respiration normal. Der Rücken zeigt sich schmerzhaft, besonders beim Druck auf den 6. und 7. Brustwirbel, welcher einen Schmerz auch in der Herzgrube hervorbringt; Druck auf die Herzgrube selber ist mit keinem Schmerz verbunden. Vier Schröpfköpfe in die Gegend des 6. und 7. Brustwirbels. *Ungt. merc.* zur Einreibung in den Rücken.

Den 16. Es ist Lähmung der linken oberen und unteren Extremität eingetreten. Der Kranke hält seinen Kopf nach rechts gewandt im Kissen. Der Kranke klagt über Kopfschmerz, der, wie er sich ausdrückt, tief ist im Hinterhaupt. Nach dem Orte desselben befragt, bewegt der Kranke seine rechte nicht gelähmte Hand nach rechts an's Hinterhaupt. Wie er aber selbst sagt, ist der Schmerz gestern in der Stirn gewesen. Das linke Auge ist roth; die Conjunctiva stark injicirt; dieses Auge wird schwer bewegt; das linke obere Augenlid wird nicht ganz gegen das untere bewegt, dadurch das Auge nicht ganz geschlossen. Die Zunge ist nicht gelähmt, weicht auch nicht von ihrer Medianrichtung beim Hervorstrecken ab, etwas weiss belegt. Die Respiration normal; der Puls normal. Die gelähmten Gliedmaassen haben das normale Gefühl und die normale Temperatur; eine Contractur der Muskeln in dem gelähmten Theile ist nicht vorhanden.

Wie mir der Krankenwärter erzählt, hat der Kranke viel nach seinen Geschlechtstheilen gegriffen; der Penis zeigt sich aber bei der Untersuchung nicht erigirt; der Kranke hat, als er zu Stuhle gehen wollte, den Wärter gebeten, ihm zu helfen. Die Paralyse der oberen und unteren linken Extremität hat sich gestern Abend eingestellt.

Heute stellte ich meine Diagnose auf Gehirnerweichung in einem auf der rechten Seite gelegenen Theile. Es wurde ein grosses Vesicans auf den Nacken applicirt.

Den 17. Das Gesicht ist roth, ebenso der Hals; das linke Auge stark roth injicirt. Starker Kopfschmerz im ganzen Kopf. Noch ehe ich zur Morgenvisite gekommen war, hatte man, als der Kranke plötzlich über heftigen Kopfschmerz klagte und dabei sein ganzes Gesicht und der Hals roth geworden waren, nach dem dejourirenden Arzt geschickt. Dieser hatte einen Aderlass von ℥xij angeordnet. Jetzt ist der Puls ruhig, das Athmen frei; die Zunge ist feucht, in der Mitte etwas gelb belegt; Appetit fehlt; es ist kein Stuhlgang gewesen. Es ist Schlafsucht vorhanden, indess schläft der Kranke nicht; er antwortet vernünftig, aber langsam, als wenn er sich immer gehörig darauf besinnen müsste. Die linke Augenconjunctiva eitert heute. Eis auf den Kopf; ein *Clysma comm.;* innerlich Arnicainfusum mit Nitrum.

Den 18. Das Aussehen des Kranken ist besser; die Röthe des linken Augapfels hat nachgelassen; die linke Augenconjunctiva sondert weniger Eiter ab, sie ist aber noch roth; die Pupille des linken Auges ist heute zusammengezogen; der Kopf schmerzt heute weniger; der Kranke antwortet rascher als gestern; wenn der Kranke die Augen schliesst, so sieht er rothe Kreise; Sausen und Brausen in den Ohren; wenig Schlaf, er schliesst aber häufig die Augen; der Puls ruhig; die Hitze geringer als gestern; der Kranke klagt über einen unangenehmen Geschmack im Munde, hat aber keinen übelriechenden Athem; die Zunge rein. Das Eis gefällt dem Kranken sehr.

Den 19. Heute ist, wie der Kranke angiebt, gar kein Kopfschmerz vorhanden; er hat wenig geschlafen; der Puls ist beschleunigt, 96, härtlich; die Wärme vermehrt, der Kranke fühlt es aber nicht; kein Stuhl. Heute bemerke ich in der rechten Supraclaviculargegend ein starkes rhythmisches Pulsiren, isochronisch mit dem Pulse. Man fühlt einen harten Körper während jedes Pulsschlages sich unter dem Finger von unten heraufbewegen; bei der Auscultation hört man drin Blasegeräusch. Dieses lässt sich verfolgen in der Aorta bis zum Herzen. Das Herz schlägt stark an die Brustwandung; statt des zweiten Herztones hört man Blasen; bei der Percussion zeigt sich der Umfang des Herzens etwas vergrössert: auch die Brachialis, Radialis und Cruralis sieht man stark pulsiren. Der Kranke, um diese Pulsation in der rechten Supraclaviculargegend befragt, giebt an, dass er sie schon seit seiner Kindheit bemerkt habe. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist ein Aneurysma der Aorta in der Nähe des Herzens vorhanden, sowie ein Klappenfehler im linken Ventrikel. Man fährt fort mit der Verordnung vom 17. Die Eiterung vom Vesicans wird unterhalten.

Den 20. Der Kranke antwortet gut; es ist ein Stuhl aufs Clysma erfolgt. Die Zunge ist rein, aber der Puls ist beschleunigt, 96; es sind Schmerzen in der Stirn vorhanden (an der rechten Seite, mehr zur Mittellinie hin). Ausserdem klagt der Kranke über schmerzhafte Gefühle und Schwere im rechten Vorderarm. Acht Blutegel an die Stirn, Eis auf den Kopf, Klystier.

Den 21. keine Veränderung.

Den 22. Die Schmerzen sind geringer; das Gesicht ist geröthet; die eitrige Absonderung der linken Conjunctiva geringer. Heute ist Contractur der linken oberen Extremität zugegen, ebenso auch der linken unteren Extremität, besonders stark aber in der oberen. Die Hand ist hier extendirt, der Vorderarm an den Oberarm angezogen. Der Kranke klagt über Kältegefühl im ganzen Körper; vermehrte Hitze ist aber vorhanden. Puls 96; der Kranke ist einmal zu Stuhl gewesen; Urin soll unwillkürlich abgegangen sein.

Den 23. Der Kopf schmerzt heute nicht; sonst keine Veränderung; Puls noch immer 96. Das Eis ist heute dem Kranken unangenehm, es wird daher ausgesetzt. Calomel zu gr. j p. d. 2stündlich.

Den 24. Vorige Nacht ist ein unwillkürlicher Stuhlgang erfolgt; der Mund etwas trocken, der Puls beschleunigter, 108; aber weder Kopfschmerz, noch Eingenommenheit des Kopfes, noch Schwindel vorhanden. Gehör und Gesicht normal; der Kranke antwortet besser. Die Contractur der linken oberen Extremität grösser, so dass ich die Finger derselben an den Mund gebracht finde. Ich glaubte anfangs, der Kranke hätte mit seinem rechten Arm den linken aufgehoben, aber dieses ist nicht der Fall, sondern der Vorder- und Oberarm befinden sich in der grösstmöglichsten Flexion. Schmerz ist in den gelähmten Gliedern nicht vorhanden.

Den 25. Die Contractur ist heute geringer; kein Kopfschmerz; die Trockenheit des Mundes, sowie auch der Durst geringer, die Zunge feucht, in der Mitte gelblich belegt, aber der Puls immer noch 108 in der Minute.

Den 26. Fast keine Veränderung; bloss Schmerz in dem untersten Theil des Unterleibes. Druck oberhalb der *Symphysis oss. pub.*, in der Mitte schmerzhaft, keine Strangurie; Frösteln; der Kranke schliesst häufig die Augen. Schröpfköpfe auf die Blasengegend.

Den 27. Puls heute 96. Der Schmerz in der Unterbauchgegend hat aufgehört; ein willkürlicher Stuhl; kein Kopfschmerz, aber fortwährende Schlafsucht ohne Schlaf. Das Gesicht sieht heute gelblich aus.

Den 28. Der linke Mundwinkel ist nach rechts gezogen; überhaupt zeigt heute das ganze Gesicht einen Zug nach rechts. Die linke Seite des Gesichts fast unbeweglich; die Zunge feucht, in der Mitte etwas gelblich belegt, zeigt keine Abweichung von der Mittellinie; Stuhl einmal gewesen; Haut trocken; Puls 96; kein Kopfschmerz; das linke Auge weniger roth; der Kranke klagt über sehr grosse Schwäche. Es ist Decubitus an der linken Seite der Kreuzbeingegend; die Contractur der oberen linken Extremität heute geringer, ebenso in der linken unteren Extremität; es ist Schmerz im linken Oberschenkel vorhanden, in der Richtung des *N. ischiadicus* bis in's Knie hinein. *Aq. saturn. ad decubitum.*

Den 29. Oedem der linken Hand.

Den 30. Im linken gelähmten unteren Glied sieht man Vibrationen der inneren Muskeln; der *Biceps femoris* ist stark zusammengezogen; die Schmerzen im Verlaufe des *Ischiadicus* wie gestern. Innerlich Nitrum.

Den 31. Die Contractur in der linken unteren Extremität heute stärker, so dass das Knie erhoben ist und Ober- und Unterschenkel einen stumpfen Winkel mit einander bilden. Puls 102, weniger hart; die Pupille des rechten Auges mehr contrahirt als die des linken; die Entzündung des linken Auges geringer; sein unteres Augenlid weniger angeschwollen, indess ist noch Röthe vorhanden; die Gefässentwickelung der *Conjunctiva scleroticae* geringer; die Zunge rein, feucht; der Kranke klagt über gar keinen Schmerz, bloss über allgemeine Schwäche. Der Decubitus wird grösser.

Den 1. Febr. Die Zunge ist zum ersten Mal etwas trokken, roth, besonders an den Rändern; Durst vermehrt; der Puls 128; die Respiration 24—30 in der Minute, aber tiefer als im normalen Zustande und mit hörbarer Exspiration; der Kranke ist einmal zu Stuhl gewesen; der Urin gelb, durchsichtig. *Crem. Tart.* ℥ß auf 2 Pfd. Wasser zum Getränk.

Den 2. Puls 96, weniger hart; die Respiration heute weniger hörbar als gestern; Durst geringer; Zunge wie gestern; zwei freiwillige Stuhlausleerungen; Schlaf ist dagewesen; es ist Schlafsucht vorhanden; der Kranke hält die Augen geschlossen, indessen beantwortet er besser die an ihn gerichteten Fragen, als vor einer Woche; in beiden paralytischen Gliedern sind Schmerzen vorhanden; der Kranke fühlt sie, ohne dass man die Glieder berührt.

Den 3. Hitze bedeutend gesteigert (objectiv); geringer Kopfschmerz; das Gesicht gelblich und eingefallen; eine Stuhlausleerung. *Glacies ad caput.*

Den 4. Vermehrte Hitze; Puls 120; Schmerzen bloss in den gelähmten Gliedern; grosses Schwächegefühl; Zunge feucht, in der Mitte mit einem gelblichen Beleg; eine Stuhl-

ausleerung; wenig Urin; tiefer Schlaf ist dagewesen. *Rp. Infus. herb. Digital. purpur.* (ex ℈j) ℥v, *Natr. nitr.* ʒij, *Syr. simpl.* ℥j. *M.D.S.* 2stündlich 1 Esslöffel voll.

Den 5. Keine Veränderung. Bei der Auscultation hört man tieferes, stärker hörbares Athmen, als sonst.

Den 6. Die grösste Schwäche, so dass der Kranke weder die Zunge hervorstrecken, noch die Hand zum Kopfe bewegen kann, um zu zeigen, wo der Kopf ihm weh thut, donn er klagt heute über Kopfschmerz. Die Hitze ist vermehrt; der Puls wie früher. Als ich mich nach dem Orte des Kopfschmerzes erkundigte, sagte mir der Kranke mit fast erstorbener Stimme, es sei die Stirn auf der rechten Seite, und als ich mit meiner Hand diese berührte und fragte: „hier?" so machte er eine bejahende Kopfbeugung, als meine Finger neben der Glabella über dem rechten Supraorbitalrande sich befanden. Der Ausdruck des Gesichts ist sehr leidend; die Respiration wie am 1. d. M. Der Kranke hat übrigens die vorige Nacht ununterbrochen geschlafen; eine unwillkürliche Stuhlausleerung.

Den 7. Der Zustand ist sehr schlecht; im Gesicht der Ausdruck des höchsten Leidens. Der Kranke kann gar nicht mehr sprechen; Röcheln; die Hitze vermehrt (objectiv); das Gesicht blass, zusammengefallen; das linke Auge mehr als das rechte geöffnet und unbeweglicher; Puls wie gestern und vorgestern; kein Stuhlabgang; Urinabgang unwillkürlich; die Contractur der paralytischen Glieder hat aufgehört; in den paralytischen Muskeln Zittern.

Ein paar Stunden nach der Visite starb der Kranke. —

Die Section wurde 32 Stunden nach dem Tode vorgenommen. Der Körper sehr abgemagert; Todtenflecke auf dem Rücken und Hals. Schädelknochen dünn; die *Dura mater* ödematös; die *Pia mater* zeigt nichts Abnormes.

Gehirn. Aeusserlich zeigt sich die linke Hemisphäre gewölbter als die rechte; die rechte ist eingefallen, und beim Anfühlen hat man ganz das Gefühl, als wenn darin eine mit Flüssigkeit gefüllte Höhle wäre.

Die linke grosse Hemisphäre zeigt beim Durchschnitt viele Blutpunkte. Die rechte grosse: Der vordere und mittlere Lappen sind erweicht in verschiedenem Grade; mehr nach vorn zum vorderen Lappen hin schmutzig weiss, zerfliessend; mehr nach aussen zu den Windungen hin gelbgrau; an einzelnen Stellen auch rothe Punkte in der erweichten Substanz. Diese ganze in ihrer Structur veränderte Gehirnpartie stellt eigentlich einen Brei dar, dessen dünnflüssigste Stelle (eine sogenannte Kalkmilchflüssigkeit) in der Mitte liegt, von wo aus nach allen Seiten hin sie allmälig in weniger desorganisirte Gehirnsubstanz übergeht. Die Hirnarterien zeigen atheromatöse Ablagerungen, fühlen sich härter an, sind knotig, und dieser Zustand erstreckt sich bis in die feineren mikroskopischen Arterien; in letzteren waren zusammengeballte Blutkügelchen, sogenannte Entzündungskugeln, die auch in den Wänden dieser feinen Gefässchen sich vorfinden. Die rothen Punkte inmitten der erweichten Markmasse sind Capillaren und feinere Arterien mit der eben angegebenen Beschaffenheit. Die mikroskopische Untersuchung der erweichten Gehirnmassen selber zeigt in ihnen eine Menge sogenannter Entzündungskugeln, Nervenröhrenfragmente, einige wenige Hirnzellen, und hier und da rothe, selbst schwarze Blutpigmentbildung. Die Entzündungskugeln haben keine Hüllen, keinen Kern, und bestehen bloss aus kugelig angeordneten, zusammengeklebten, kleinen, glänzenden Körnchen; sie haben eine in's Bräunliche fallende Färbung und sind gegen chemische Reagentien unempfindlich. Durch Druck zerfallen sie in die kleinen Körnchen.

Im linken Seitenventrikel zeigt sich im *Corpus striatum* bei der mikroskopischen Untersuchung auch hier die Anwesenheit von Entzündungskugeln, zusammengeballten Blutkörperchen im Innern der Capillaren, deren innere Wände mit Entzündungskugeln angefüllt sind. Die übrigen Theile des Hirns normal.

Die Lungen sind blutleer und zeigen einige schon seit langer Zeit existirende Adhäsionen mit der *Pleura costalis.*

Das Herz etwas vergrössert. Die *Aorta ascendens* und der *Arcus aortae* sind aneurysmatisch sackförmig erweitert; in ihnen Knochenablagerungen. Die *Aorta abdominalis* ist in einer grossen Ausdehnung (4 Zoll) sackförmig erweitert, und ihre innere Wand mit Knochenplatten besetzt. In der Carotis, Cruralis, Brachialis atheromatöse, kalkige Incrustationen.

Die Leber mürbe. Beginnende Muscatnussleberbildung.

Die Milz mürbe; auf ihrer Oberfläche ein paar Eindrücke, wie Narben aussehend; beim Einschnitte letzterer kam man auf eine festere, weissgelbliche Masse von 1 Zoll Ausdehnung, die sich scharf von der Milzpulpe abgrenzt.

Die Dünndärme etwas geröthet.

Die Urethra zeigt in ihrer *Pars membranacea* eine callöse Strictur, durch welche nur die feinste Sonde hindurchgebracht werden kann, und von deren engster Stelle strahlenförmig Falten in die *Pars cavernosa* ausgehen. Die Harnblase hat etwas dickere Wandungen, und unter der Schleimhaut eine Menge kleiner sternförmiger Blutextravasate, welche ihr ein marmorirtes Aussehen geben.

Der eben berichtete Fall bietet einige Eigenthümlichkeiten, die mir der Besprechung werth erscheinen. Was zuerst die Diagnose betrifft, so sehen wir, dass beim Kranken erst 5¼ Wochen nach seinem Eintritt ins Hospital Erscheinungen auftreten, die auf eine Gehirnerweichung deuten, der Kranke ist aus dem Bette gefallen, als er sich aus demselben erheben und gehen wollte, er hat dabei sein Bewusstsein nicht verloren, aber einen heftigen Kopfschmerz bekommen. Tags darauf traten Lähmungserscheinungen ein und lassen fast keinen Zweifel mehr an der Richtigkeit der Diagnose. Die im weiteren Verlauf hinzutretenden Contracturen bestätigen noch mehr dieselbe. Aber vor dem Eintritte aller dieser Erscheinungen haben sich Fieberanfälle mit dem Charakter der Intermittens gezeigt, und es erscheint uns jetzt wahrscheinlich, dass diese entweder die Vorboten der Gehirnerweichung oder als Zeichen der damals schon eingetretenen zu halten sind. Gehen wir die einzelnen Symptome während des Verlaufs durch, so zeigt sich uns zuerst in der Sphäre der Sensibilität der Kopfschmerz. Dieser wechselt während des Verlaufs. Zuerst tritt er bei unserem Kranken in der Stirngegend auf, Tags darauf wird der Schmerz im Hinterhaupte empfunden, und der Kranke fährt mit der nicht gelähmten rechten Hand auf die linke Seite des Hinterhaupts auf Befragen nach dem Sitze des Schmerzes; Rostan führt schon an, dass, wenn man den Kranken nach dem Sitze des Schmerzes befragt, er nach der ersten Frage, häufiger nach der zweiten, dritten die freie Hand an eine Stelle des Kopfes hinaufbewegt, und er fügt hinzu, dass merkwürdigerweise dieses fast immer auf den Sitz des Uebels, zu der der Lähmung entgegengesetzten Seite geschehe. Indess ist der Schmerz nicht immer vorhanden. Andral führt ein paar Fälle an, in welchen gar kein Hirnsymptom vorhanden war. In unserem Hospital ist ein Fall beobachtet worden, welcher in diese Kategorie gehört, und den wir der Seltenheit halber anführen wollen [1]).

Ein junger Mensch von 16 Jahren litt häufig an Nasenbluten, welches fast gar nicht zu stillen war. Er wurde mit bronchitischen Erscheinungen ins Hospital aufgenommen. Nach ein paar Wochen war er Reconvalescent. Er sollte in die Abtheilung der Reconvalescenten übergeführt werden. Er ging den Corridor der 2. Etage bis zur Treppe ganz sicher — bei letzterer aber angekommen, fiel er, als er die erste Stufe hinabsteigen wollte, plötzlich hin und war todt. Bei der Section fand sich am vorderen Theil des vorderen Lappens der linken Hemisphäre eine röthliche, erweichte Stelle des Gehirns von der Grösse eines 25 Cop.-Silberstücks, die sich von der grauen Masse in die weisse hineinzog. Um diese herum war Blutcoagulum. Auch in der rechten Hemisphäre, zeigte sich am vorderen Lappen aber zur *Falx cerebri* hin ein älterer apoplectischer Heerd, mit einer gelbröthlichen erweichten Hirnsubstanz umgeben, an welche weisse erweichte Hirnsubstanz angrenzte. Man fand bei ihm Hypertrophie des linken Ventrikels. Mit Ausnahme von dann und wann auftretendem Schwindel, hatte der Kranke sich über nichts beklagt, und es ist also hier der merkwürdige Fall, dass nicht allein die Gehirnerweichung, sondern auch die schon früher vorhandene Apoplexie weder eine Störung in der sensibeln, noch in der motorischen Sphäre hervorgebracht hatten.

Was den Typus und die Intensität des Kopfschmerzes bei unserem Kranken betrifft, so war er nicht anhaltend, war den 18. Jan. geringer geworden, und hatte den 19. ganz aufgehört; Tags darauf stellte er sich aber wieder ein und verschwand den 23. ganz. So hatte es 9 Tage gedauert; da stellte sich wieder am 3. geringer Kopfschmerz ein, welcher Tags darauf verschwand, und erst am 6., am Tage vor seinem Tode, wieder und zwar sehr heftig eintrat.

Ausser dem Kopfschmerz zeigten sich in der sensiblen Sphäre Schmerzen in den gelähmten Gliedern und einmal in der Unterbauchgegend, in gelähmten Theilen übrigens nicht seltene Erscheinungen bei Gehirnerweichungen.

Von den Symptomen aus der Sphäre der Bewegung waren die Lähmungen in den beiden linken Extremitäten vorhanden, welche bis zum Tode anhielten. Anders verhielt es sich mit den Contracturen, den unwillkürlichen Zusammenziehungen in den Muskeln der gelähmten Glieder. Diese traten in beiden Extremitäten zu gleicher Zeit auf, zuerst stärker in der oberen, dann wurden dieselben in beide Extremitäten geringer und später wieder in der unteren stärker; dann wieder in beiden Extremitäten geringer, bis sie vor dem Tode ganz aufhörten. Ausser diesen anhaltenden Zusammenziehungen zeigten sich im Verlaufe auch Zittern in den paralytischen Muskeln der unteren

[1]) Ich bin bei der Section zugegen gewesen und habe das Gehirn genau untersucht, den Kranken aber während des Lebens nicht beobachtet. Einer meiner Collegen, ein sehr achtungswerther Mann, der den Kranken während seines Aufenthalts im Hospitale behandelt hat, hat mir den Verlauf der Krankheit mitgetheilt.

Extremität einmal während der starken Contractur (den 30. Jan.) und später, nachdem die Contractur vor dem Tode ganz aufgehört hatte. Auch die Pupille zeigte sich an dem afficirten dicken Auge zusammengezogener, auch war dieses Auge seltener bewegbar. Was die Intelligenz bei unserem Kranken betrifft, so war sie während des ganzen Verlaufs ungestört. In der ersten Zeit beantwortete er zwar schwierig und langsam die an ihn gerichteten Fragen aber immer vernünftig. Später konnte er sogar sich leichter und rascher ausdrücken, bis er einen Tag vor seinem Tode aus Schwäche nicht mehr reden konnte.

Sein Gedächtniss wurde schwach; der Kranke hatte Mühe sich zu sammeln. Hinsichtlich seiner Sinnesthätigkeiten waren auch Veränderungen eingetreten; es hatten sich subjective Sinnesempfindungen eingestellt. So sah der Kranke am 18. Jan., wenn er die Augen schloss, rothe Kreise. An demselben Tage vernahm er Sausen und Brausen in den Ohren; auch beklagte er sich über einen unangenehmen Geschmack im Munde. Die Sprache war während des ganzen Verlaufs der Krankheit nicht beeinträchtigt.

In der Sphäre der Nutrition und Secretion fanden sich mehrere Störungen ein, zuerst Röthung im linken Auge, die Conjunctiva stark roth injicirt, geschwollen, später stark Eiter absondernd. Die Darmfunctionen blieben fast bis zuletzt ganz normal; die Zunge feucht und rein bis zum Ende, was auffallend war, da fortwährend starker Durst vorhanden war; nur einmal zeigte sie sich etwas trocken.

Die Respiration, die Anfangs ganz normal sich zeigte, wurde erst eine Woche vor dem Tode mit ins Bereich der krankhaften Erscheinungen gezogen, und zeigte sich dann tief, mit hörbarer Exspiration. Die Wärme war objectiv vermehrt; nur die gelähmten Theile erkalteten leichter. Subjectiv zeigte sich eines Tages ein bedeutendes Kältegefühl des ganzen Körpers, obgleich keine Verminderung der Hautwärme objectiv wahrgenommen werden konnte.

Was die Reaction von Seiten des Gefässsystems betrifft, so scheint die Krankheit mit heftigen Fieberanfällen, wie Frost, Hitze, beschleunigtem Puls etc., angefangen zu haben, oder es waren Vorboten. Zehn bis 11 Tage vergehen darauf ohne beschleunigten Puls. Erst den 5. Tag nach dem ersten Anfall tritt Beschleunigung des Pulses ein, auf 96 Schläge in der Minute. So bleibt der Puls 5 Tage — darauf steigt die Zahl der Schläge auf 108 in der Minute, fällt nach 3 Tagen wieder auf 96, steigt nach ein paar Tagen auf 102, und wird Tags darauf sogar 128. Darauf fällt er den folgenden Tag auf 96, steigt 2 Tage darauf auf 120, und bleibt so bis zum Tode. Diese Beschleunigung steht aber in keinem Verhältnisse zu den übrigen Symptomen — denn als zum erstenmal der Puls von 96 auf 108 gestiegen war, waren die übrigen Symptome in ihrer Intensität geringer geworden; der Kranke antwortete besser, weder Kopfschmerz, noch Schwindel, noch Eingenommenheit des Kopfes vorhanden, nur die Contractur der gelähmten oberen Extremität war grösser. — Später als der Puls 128 Schläge in der Minute machte, war auch die Respiration krankhaft — stärkere Exspiration — und wirklich scheint das Ergriffensein der Lungen von Bedeutung auf die Beschleunigung gewesen zu sein, da den Tag darauf, als die Respiration wieder normaler geworden war, der Puls nur 96 schlug. Die später eintretende Beschleunigung war mit vermehrter Hitze verbunden, so wie mit den eintretenden Zeichen des baldigen Endes.

Das Fieber hatte übrigens ganz den Charakter eines sogenannten adynamischen. Der Kranke klagte hauptsächlich über allgemeine Schwäche, auch Decubitus fehlte nicht und hatte sich 14 Tage nach dem ersten Anfalle gezeigt.

Welches Recht hatten wir, aus den sich uns darbietenden Symptomen auf eine Gehirnerweichung zu schliessen? Wie wir sahen, waren alle Symptome mit Ausnahme der Lähmung und des Fiebers schwankend; es konnten uns daher nicht einzelne Symptome, sondern nur die Symptomengruppen hier leiten, so wie der ganze Verlauf der Krankheit, und so kam es, dass wir aus dem Schmerz, der darauf auf der dem Schmerz entgegengesetzten Seite eintretenden Lähmung, den später in den gelähmten Gliedern sich einstellenden Contracturen und den in denselben vorhandenen Schmerzen, wobei zu gleicher Zeit fortwährend das Bewusstsein nicht verloren ging, auf eine Gehirnerweichung schliessen. Bei einer Apoplexie wäre Bewusstlosigkeit eingetreten, es hätte sich schnarchende Respiration gezeigt, ein complet comatöser Zustand, die Symptome der Congestion zum Gehirn, wie ein rothes Gesicht etc. Aus der Lähmung der linken Extremitäten, so wie daraus, dass der Kranke seine rechte Hand langsam zur rechten Seite des Kopfes führte, schlossen wir auf eine Erweichung in der rechten Gehirnhälfte. Ein Punkt, den ich noch hinsichtlich der Diagnose berühren will, ist folgender. Kann man den Sitz der Erweichung genauer bestimmen und etwa angeben, in welcher speciellen Gehirnpartie sie sich befindet? Giebt es Symptome, die mehr auf das Ergriffensein des einen oder des andern Gehirntheils deuten? Bis jetzt hat die Erfahrung uns nichts in dieser Beziehung an die Hand gegeben, ja sogar der Schmerz, der vom Kranken empfunden wird, zeigt nur im Allgemeinen ein Ergriffensein des Gehirns, und nicht den wahren Ort der Erkrankung. In unserem Falle fanden wir bei der Section Erweichung einer Hemisphäre. Wir wissen aber, dass die Hemisphären an und für sich unempfindlich sind. Man kann ganze Partien der Hemisphären abtragen, ohne dass die Thiere Schmerz empfinden. Der Schmerz, welcher bei Gehirnerweichungen in den Hemisphären empfunden wird, ist also kein direkter, sondern ein indirekter — sympathischer. Wir sahen auch wirklich Fälle von Hirnerweichung in den Hemisphären ohne Schmerz; auch in unserem Falle war der Schmerz nicht anhaltend.

Welches ist die Ursache der Gehirnerweichung in unserem Falle gewesen? Wir glauben nach dem Sectionsbefund uns mit Bestimmtheit dahin aussprechen zu müssen, dass hier das Gefässleiden, die in so hohem Grade und in so ausgedehnter Verbreitung vorhandene atheromatöse Entartung und Verknöcherung der Gefässe und dadurch bedingte Stagnation des Blutes den Hauptgrund gaben. Es spricht dieser Fall gegen die von Durand-Fardel vertheidigte Ansicht, von der bloss entzündlichen Natur der Gehirnerweichung. Wenn auch nicht zu leugnen ist, dass es Fälle giebt, in welchen die Erweichung von dieser Ursache abhängt, so muss man auch in anderen Fällen Erweichungen bloss durch Circulationsstörungen, welche die Zufuhr des Blutes zum Gehirn beeinträchtigen, und dadurch eine Art Brand, Zersetzung des Gehirns, hervorbringen, annehmen. Blutstase in den Gefässen mit Ausschwitzung von Serum und Bildung der sogenannten Entzündungskugeln — und in Folge davon Erweichung scheint in den meisten Fällen die Ursache zu sein. Aber Blutstase und Entzündung sind nicht gleichbedeutend. Gluge sieht den ganzen Process der Gehirnerweichung als eine Maceration des Gehirns im Serum an. Die neuere Zeit hat vielfache Erfahrungen über diesen Gegenstand gemacht, und es scheinen sich die Ansichten von Rostan, Abercrombie, Carswell zu bestätigen, dass eine Art der Gehirnerweichung durch Aufhebung der Ernährung durch Ossification der Gefässe entstehe. Eine sehr wichtige, hierher gehörige Arbeit ist die von Hasse, welcher ein paar Fälle mit einigen Bemerkungen mittheilte, und zeigte, dass wenn auch nicht immer Verknöcherung vorhanden sei, doch in einigen Fällen die atheromatösen Ablagerungen in den Hirngefässen weich wären, die Gefässe verschlössen und so die Erweichung hervorbringen. Wie bedeutend aber eine solche Verschliessung der Gefässe auf's Gehirn wirken könne, zeigen einige Fälle, wo nach Unterbindung der Carotiden Gehirnerweichung eingetreten war. Wir haben uns bei diesem Punkte der Aetiologie länger aufgehalten, weil der vom Kranken angegebene Fall auf den Steiss, nach welchem er bewusstlos geworden war, von Manchen als die Ursache der Gehirnerweichung angesehen werden könnte. Es ist möglich, dass der Process dadurch rascher zur Entwickelung kam, dass in einem blutarmen Gehirne durch eine mechanische Einwirkung leicht ein Zerfallen der Hirnsubstanz stattfinden kann, aber die Hauptursache muss in unserem Falle immer in der durch die Gefässentartung hervorgebrachten Prädisposition und dadurch bedingten Folgewirkung gesucht werden.

Was den mikroskopischen Befund in den erweichten Theilen betrifft, so muss ich noch folgende Bemerkungen hinzufügen. In allen von mir untersuchten Fällen von Gehirnerweichung habe ich die sogenannten Entzündungskugeln gefunden, aber ich muss letzteren die ihnen von Kölliker und Hasse zugeschriebene Zellennatur absprechen, denn es fehlt ihnen die Hülle, es fehlt ihnen der Kern, — überhaupt habe ich noch nie gesehen, dass Blutzellen oder Ueberbleibsel derselben, wenn sie sich zusammenballen, später sich mit Hüllen umgeben und auf diese Weise wirkliche Zellen darstellen. Oft hat es wohl den Anschein, als wenn es so wäre; aber bei genauerer Untersuchung sieht man, dass man sich getäuscht hat, oder dass es andere Zellen sind, die einen fettigen Inhalt haben. Was Kölliker und Hasse von den Gefässerweiterungen in apoplektischen oder erweichten Gehirnen angeben, muss ich bestätigen. Ich fand auch, wie sie, die sogenannten *Aneurysmata capillaria*, d. h. sackförmige Erweiterungen in den allerfeinsten mikroskopischen Arterien, wobei zugleich die innersten Häute zerrissen waren, in der Gefässhöhle, sowie auch in den Wänden zusammengeballte Blutkörper und sogenannte Entzündungskugeln gefunden wurden.

Von der Behandlung habe ich bloss zu bemerken, dass bei einer so grossen Ausdehnung der Erweichung, wie in unserm Falle, wahrscheinlich jede ohne Erfolg gewesen wäre; dass mir aber überhaupt das schwächende Verfahren bei Gehirnerweichungen schädlich erscheint, und ich daher den vom Dejourarzte bei meinem Kranken angestellten Aderlass nicht billige. Im Gegentheil glaube ich, dass in Fällen von Gehirnerweichung, ausser den Ableitungen auf die Haut durch Vesicantien, ausser den tiefer wirkenden Haarseilen und selbst Glüheisen, die stärkende Methode den Vorzug verdient. Zeigt ja schon das torpide Fieber und der sich entwickelnde Decubitus, dass man es hier mit

einem Verfall der Ernährung und nicht mit einem entzündlichen Leiden zu thun hat. Ist aber Gehirnerweichung heilbar? Ist schon jemals irgend ein an Gehirnerweichung Erkrankter hergestellt worden? Die paar von Dechambre erzählten Fälle, wo Vernarbung und Einkapselung erweicht gewesener Stellen nachgewiesen wurde, möchten dafür sprechen, ebenso ein paar Fälle von Durand-Fardel. Es bleibt indess die definitive Entscheidung dieser Fragen sehr schwierig.

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Kreisphys. Dr. Hübner zu Rosenberg der Charakter als Sanitätsrath.

Personalveränderungen. Baiern. Versetzt: Die Physikatsärzte DD. K. Köpf von Lauingen nach Füssen, B. Geis von da nach Lauingen.

Nassau. Versetzt: Med.-Rath Dr. Heydenreich von Dillenburg nach Limburg.

Preussen. Der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Gaul hat sich in Briesen niedergelassen. Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Schröder ist von Reetz nach Baldenburg, der Wundarzt 1. Kl. und Geburtshelfer Lindner von Gross-Glogau nach Kamin und der Thierarzt 1. Kl. Grünberg von Sellnow nach Lippehne gezogen.

Todesfälle. Baiern. Dr. N. Kirningers, wallerstein. Hofrath und prakt. Arzt zu Ichenhausen, 97 J. alt; Prof. Dr. Weidenkeller zu Lichtenhof bei Nürnberg.

Baden. Dr. Nägele, ausserord. Prof. a. d. Univ. zu Heidelberg.

Nassau. Ober-Med.-Rath Dr. Thewalt in Limburg; pens. Med.-Rath Dr. Wilhelm in Hadamar.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes[1]).

9. Pharmakologie.

(S. No. 30.)

Diruf, Historische Untersuchungen über das Chinoidin in chemischer, pharmaceutischer und therapeutischer Beziehungen. Erlangen. gr. 8.
Donovan, Ueber die Resina des indischen Hanfs. Dubl. Press 637.
Dorvault, Bereitung des löslichen Jodstärkemehls und eines Syrups davon. Bull. de thér., März.
Faurés, Radicalkur des Ganglion mit Jodeinspritzungen. Journ. de Toul., Febr.
Ferrand, Ueber Aconitsyrup. Bull. de thér., April.
Fiebermittel, über die einheimischen. Ibid., März.
Filhol, Ueber Jodstärkemehl. Journ. de Toul., Febr.
Forsyth, Ueber Anwendung der Anästhetica in der Chirurgie. Dubl. Press 644.
Gambier, Naturgeschichte desselben. Gaz. des hôp. 26.
Gassier, Behandlung der Hämorrhoidalknoten mit Collodium. Bull. de thér., März.
Gentiana, Verfälschung derselben. Gaz. des hôp. 40.
Gerbsaures Zink, über dasselbe. Bull. de thér., Febr.
Gille, Ueber Jod-Dextrin-Syrup und Jod-Stärkemehl-Syrup. Gaz. des hôp. 29.
Glower, Physiologische Eigenschaften des Pikrotoxin. Monthly J., April.
Grossmann, Die abortive Behandlung des Erysipelas (mit Collodium). Deutsche Klinik 27.
Gustorf, *Succus herbarum recens expressus.* Casper's Woch. 20.
Hannon, Ueber eine neue Anwendung des Schwefels. Presse méd. 11.
Heimbrod, Ueber den Keuchhusten und die Anwendung der Cochenille in demselben. Pr. Vereins-Ztg. 19.
Hoppe, Vorläufige Mittheilungen über weingeistige Localdampfbäder. Deutsche Klinik 20.
— Zu Rivallié's Aetzung mit Salpetersäure bei Krebs. Ibid. 29.
Hunt, Mercur gegen syphilitische Eruptionen. Lond. Journ., April.
Jacquot, Ueber die Anwendung des Arsenik bei Fiebern zu Rom. Gaz. méd. de Paris 15.
Joachim, Beitrag zur Pharmakodynamik des Karlsbader Salzes. Ungar. Zeitschr. 32.
— Heilung einer nervösen Gicht durch Pulvermacher's elektrisch-voltaische Ketten. Ibid.
— Zur Pharmakodynamik des Collodium. Ibid. 41.
Köne, Ueber die Bereitung des Kermes. Presse méd. 10.
Lange, *Secale cornutum* und Ergotin. Med. Central-Ztg. 39.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Lassaigne, Jodsyrup. Gaz. des hôp. 26.
Lilionfeld, Ostindische Behandlung der Rheumatismen. — Ein wehenbefördernden Mittel in Ostindien. Casper's Wochenschr. 23.
Lusch, Ueber alte und neue gefühllos machende Mittel aus der Familie der Kohlenwasserstoffe. Rhein. Monatsschr., März.
Maynes-Lahens, Ueber einen Syrup aus löslichem Jod-Stärkemehl. Journ. de Toul., Febr.
Martin, St., Bereitung des Kwosein oder Cossein. Nordam. Mon.-Schr., Jan.
Martius, *Cortex Musennae* gegen den Bandwurm. Casper's W. 18.
Massart, Ueber Gegenanzeigen der China und ihrer Präparate bei Wechselfieber. Journ. de Brux., Febr.
Melicher, Ueber den Einfluss des Chloroforms auf die Leibesfrucht schwangerer Personen. Deutsche Klinik 26.
Meyer, Struve's Magnesiawasser. Hannov. Corr.-Bl. 1.
— Ueber die Behandlung des Wechselfiebers mit grossen Dosen Chinin. Casper's Wochenschr. 27.
Meyer-Ahrens, Die Blüthen des Kossobaumes, die Rinde der Musenna und einige andere abessinische Mittel gegen den Bandwurm. Zugleich als kleiner Beitrag zur medicinischen Geographie Afrika's. 8. 90 S. Zürich.
Mitcholl, Kousso gegen Bandwurm. Dubl. Press 634.
Monthus, Ueber den Nutzen und die Möglichkeit, Pillen aus Zucker zu bereiten. Journ. de Toul., April.
Musenae cortex. Buchner's Repert. VII. 3.
Nasse, Erfahrungen über die Speckeinreibungen im Scharlachfieber. Rhein. Monatsschr., März.
Neligan, *Medicines, their uses and mode of administration.* 3. ed. Dublin. 8. 555 S.
Nevill, Kousso gegen Bandwurm. Dubl. Press 637.
Noble, Ueber die zu grossen Erwartungen von einigen örtlichen Heilmitteln. Prov. Journ., Febr.
Pettigrew, Günstige Wirkung der Sumbul bei gestörtem Bewusstsein und Amenorrhöe. Lancet, Jan.
Pharmacopeia ad usum Nosocomii phthisicorum et pectoris morbis aegrotantium accommodata. 2. edit. 42 S.
R., v. W., Die Kräuterarzneien sind die naturgemässen und allein siebern Heilmittel in allen Krankheiten. Leipzig.
Richardson, Abtreibung des Bandwurmes durch eine Dose Kousso. Dubl. Press 633.
Riodl, Einige Versuche gegen Intermittens mit dem karpathischen Fieberäther des Apothekers Zörnlaib. Ungar. Zeitschr. 42.
Rivallié, Ueber die erfolgreiche Behandlung des Krebses, der skrophulösen Verschwärungen und Geschwülste, sowie verschiedener anderer Uebel, durch eine verbesserte Anwendung der Aetzmittel, insbesondere der solidificirten Salpetersäure. Nebst einer Abhandlung über den bisher noch unbekannten grossen Nutzen des Alauns bei dem chirurgischen Verbande von Wunden jeder Art. Nach dem Französischen bearbeitet von Schwabe. Weimar.
Robert-Latour, Anwendung des Collodiums gegen *Phlegmasia visceralis.* Rev. méd., April.
Rouxeau, Aetherinhalationen bei Behandlung einiger chronischen Brustaffectionen. Rev. méd.-chir., März.
Saemann, Ueber die Wirkung des Collodium. Deutsche Klinik 24.
Scammonium, über dasselbe. Bull. de thér., April.
Schlothauer, Speichelfluss nach Terpenthineinreibungen. Pr. Vereins-Ztg. 26.
Simon, *Mercurius trimaphator.* Casper's Wochenschr. 29.
Simon, Oertliche Anwendung des Chloroform bei Lumbago. Bull. de thér., März.
Snow, Die Inhalation einiger Arzneisubstanzen. Lond. Journ., Febr.
Spenglor, Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit harnsaurem Ammonium. Jan. Ann. II. 3.
— Ueber einige neuere Arzneimittel. Neue med.-chir. Ztg. 17.
Steudel, *Rhamnus frangula.* Würtemb. Corr.-Bl. 8.
Strohl, Ueber die locale Anwendung des Chloroform gegen gewisse schmerzhafte Affectionen. Gaz. méd. de Strassb. 2.
Sumbul, über dieselbe. Bull. de thér., Febr.
Tannin, über dasselbe und seine therapeutische Anwendung. Bull. de thér., Febr.
Taufliéb, Ueber die Behandlung des typhoiden Fiebers mit Mercurialien. Ibid., März.
Teissier, Diuretische Wirkung der *Spinaea ulmaris.* Ibid., April.
Tilt, Chinin bei aussetzender Menstruation. Lancet, Febr.
Uytterhoeven, Ueber die Anwendung der Gutta Percha bei Fracturen. Journ. de Brux., April.
Williams, Fall von günstiger Wirkung des japanesischen Emmenagogums Key-tse-Sing. Lancet, Jan.
Wutzer, Ueber örtliche Anwendung von betäubenden Mitteln zur Schmerzstillung. Rhein. Monatsschrift, März.

Sonnabend, № 32. 9. August 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Nicotianin (Nicotin) und seine Wirkung auf den thierischen Organismus im Verhältniss zur Blausäure-Wirkung.

Von

Prof. J. F. H. Albers in Bonn.

Bei der noch so ungenügend bekannten Wirkung des Nicotins, das durch den Bocarmé'schen Process so vielfache Besprechung veranlasst hat, entschluss ich mich, während des Vortrages über Narcotische Arzneien, einige Versuche über dieses giftige Alkaloid anzustellen. Zwei Tropfen Nicotins aus der Merk'schen Fabrik einem Kaninchen mittler Grösse beigebracht, verursachten gleich nach dem Einflössen ein heftiges Schreien des Thieres, wie man es nur hört, wenn man Nerven und Sehnen bei denselben durchschneidet. In 3 Secunden fiel das Thier um, hatte abwechselnde Krämpfe in allen Gliedern, welche 2 Secunden anhielten, und dann in einen Starrkrampf der unteren Glieder endeten, worauf das Thier den Kopf rückwärts bog und den letzten Athemzug that. Die Pupille war ganz weit. In der eröffneten Brust- und Bauchhöhle sah man das Herz und den Darm noch lange Zeit ($1/4$ Stunde) die peristaltische Bewegung fortsetzen. Bei Anwendung des magnetisch-electrischen Apparates stellten sich die schon geschwundenen Bewegungen wieder von Neuem ein. Die Untersuchung des Mundes und Rachens ergab, dass die Stellen, so weit das Gift gedrungen war, gelblich weiss gefärbt, fast wie angeätzt erschienen. Sie begränzten sich im Rachen, so dass kein Gift bis in den Magen gedrungen war. Auch liess sich der eigenthümliche, tabaksähnliche Geruch nur am Mund, und nicht im Magen wahrnehmen. Es hatte somit in diesem Falle das Gift getödtet in Zeit von 5—17 Sec., bloss durch die Berührung des Mundes, ohne in den Magen eingedrungen zu sein. Die am meisten gelblich weiss gefärbte Stelle fand sich auf der Mitte des Zungenrückens. Hier drang sie etwas in die Tiefe und die Schleimhaut, und das submucose Gewebe erschien angeschwollen. Die obersten Spitzen der Zotten waren sogar ganz dunkelbraun gefärbt. Die Harnblase fand sich bei dem Thiere stark angeschwellt, und entleerte sich erst nach dem Tode, als die Herz- und Darmbewegung gänzlich aufgehört hatte. Zu dieser Zeit war noch das Blut nicht geronnen. Koth hatte das Thier nicht entleert, wiewohl der Darmgang angefüllt war.

Einem grossen Frosche wurde 1 grosser Tropfen Nicotins auf die Zunge gebracht. Er gab sogleich einen eigenthümlichen Ton von sich, und hüpfte in sehr hohen Sprüngen von der Stelle, wo er bis jetzt gehalten war. Er machte ungefähr 20 solche Sprünge, und blieb dann sitzen, alle Glieder krampfhaft von sich reckend, während einzelne Muskeln zuckten. Dann hörte er plötzlich auf zu athmen, nachdem er etwa 50 Sec. seit dem Einflössen des Giftes verbraucht hatte. Der geöffnete Mund zeigt eine bräunliche, gelbliche Stelle, auf welche der Tropfen gefallen war. Vom Nicotin war nichts mehr als Flüssigkeit zu sehen. Bei der Eröffnung der Brust sah man das Herz noch klopfen; das Thier war gegen die Einwirkung des magnetisch-electrischen Apparats sehr empfindlich an seinen vordern wie an seinen hintern Gliedern, ebenso an seinen innern Theilen.

Auch bei diesem Thiere war kein Gift, so weit man sehen konnte, in den Magen gelangt. Es muss die giftige Wirkung durch unmittelbare Aufsaugung von der Zunge die allgemeinen Vergiftungszufälle veranlasst haben. Der Eindruck auf die Zunge hat dem Thiere zwar heftige Schmerzen verursacht, welche es zum Schreien und zu den hohen, höchst angestrengten Sprüngen veranlassten, da aber das Gift noch nicht bis zu dem Gehirne mittelst der Aufsaugung gedrungen sein konnte, so scheint die Nervenimpression, welche das Gift in der Zunge veranlasste, eine ganz eigenthümliche schmerzerregende und be-

Feuilleton.

Zur Streitfrage über Inoculation der secundären Syphilis.

Nach dem Französischen

von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

De l'Inoculation de l'Ecthyma syphilitique, accident dit secondaire, par M. Vidal (de Cassis), Chirurgien de l'Hôpital du Midi. So lautet die Ueberschrift einer Abhandlung, die in der Societät der Chirurgie zu Paris vorgelesen und discutirt worden. Man sieht mit vollem Rechte die Frage vom Gesichtspunkte der Doctrin, der Praxis und der öffentlichen Hygieine als eine viel bedeutende an. Gute Geister hatten wohl behauptet, hatten selbst durch mehr als eine Beobachtung bewiesen, dass der consecutive Zufall der Syphilis fortgepflanzt wurde, d. h. dass das Gift nach seiner Mischung mit dem Blute, nach seiner Action auf die ganze Oeconomie nach existiren und übertragbar sein könnte. Allein die Experimentation widersprach der Klinik, und in den Schulen hört man vor Allem auf die Erfahrung. Beim Beginne seiner Praxis begeht der junge Arzt freilich Versehen; allein er sagt davon nichts oder seine Stimme ist durch die des Meisters erstickt. So breitet sich der Irrthum aus, der um so mehr Chancen hat, sich zu vereinigen, als er aus dem Genie des Hunter hervorgegangen und von Ricord, einem Manne von so grossem Talent, der davon eine der Grundlagen seines Lehrvortrages macht, unterstützt worden ist.

Die der Wissenschaft durch die Hunter'sche Schule geleisteten Dienste vollkommen anerkennend, glaubte Vidal, nachdem er mit mehreren Syphilidographen die Mittheilbarkeit der secundären Zufälle der Lues beobachtet hatte, dass das Experiment mit der Beobachtung in Einklang gebracht zu werden vermöchte, wenn es häufig wiederholt würde und sich auf gewisse Zufälle erstreckte. Er wählte das Ecthyma, d. h. die secundäre Uebelsform, welche den meisten Eiter giebt, und es gelang ihm, mit der Lancette die in Frage stehende Pustel einzuimpfen. Diese dem Publico übergebene Thatsache musste nothwendig einen Streit erheben, in welchem Vidal nur sehr erhitzten Widersachern begegnen konnte. Wir enthalten uns der Wiederholung aller mehr oder weniger akademischen Vorträge, die uns dies wichtige und neue Factum im Schoosse der Societät der Chirurgie gewährt hat. Unser Endzweck ist viel praktischer. Wir ziehen es vor, die Thatsache, oder besser gesagt, die Thatsachen zu constatiren, denn die Vidal'sche Abhandlung enthält deren 3. Zwei beziehen sich auf die Inoculation des Kranken auf den Kranken, und eine vom Kranken auf den Gesunden.

Der erste inoculirte Kranke trug eine beträchtliche Quantität Pusteln auf dem Körper; sie waren wie grosse Varicellen-Pocken; es existirte bei dem Kranken durchaus keine primäre Erscheinung. Der Schanker, der als der Ausgangspunkt der Infection angesehen werden konnte, datirte von 7 Jahren her und hatte nach seiner Vernarbung

täubende Wirkung zu veranlassen. Die Krämpfe, welche an allen Gliedern eintraten, erschienen so spät, dass sie möglicher Weise durch eine Aufsaugung bedingt sein konnten. Denn es ist wahrscheinlich, dass dieses Gift bei einem so kleinen Thiere, wie beim Frosch, mit so lebbafter Aufsaugungskraft schon nach 20—30 Sec. ins Blut gelangt ist, und auf das Rückenmark wirkt.

Die Zufälle, welche beim Kaninchen und Frosch erfolgten, waren ziemlich übereinstimmend. — Es lohnte sich jetzt auch zu erfahren, in welcher Weise die Wirkung des Nicotins von jener der Blausäure abweicht. Es wurden daher mit letzterer einige Versuche an Fröschen, welche gerade zur Hand waren, angestellt.

Man flösste einem Frosche 10 Tropfen der officinellen Blausäure ein. Sobald er freigelassen ward, hüpfte er davon, doch bei weitem nicht in so grossen und hohen Sprüngen, als dieses nach der Anwendung des Nicotins der Fall war. Er hüpfte bis 2 Minuten vorüber waren. Dann sass er still, bewegte die hinteren Glieder, während die vordern ganz fest zusammengehalten wurden. Nach 3 Minuten hörte das Athmen auf. Man liess jetzt den electro-magnetischen Strom einwirken. Die hintern Glieder bewegten sich zuckend, nicht aber die vordern. Ueberhaupt blieb der ganz vordere Theil des Thieres sehr unbeweglich, während der hintere bei jeder Einwirkung anhaltend zuckte. In dem Mund war keine sichtliche Veränderung, ebensowenig im Magen. Das Herz bewegte sich noch lange Zeit fort, wie dieses beim Frosche der Fall ist, dessen Athmen aufgehört hat. Alle innern Theile waren ebenso empfindlich gegen den electro-magnetischen Strom, als dieses normal der Fall ist.

Bei einem zweiten Versuche stellten sich fast dieselben Erscheinungen ein, auch wieder waren Kopf und vordere Glieder ganz eingezogen und wie gelähmt, während die hintern sich noch bewegten. Bei der Einwirkung des magneto-electrischen Stromes bewegten sich die hintern Glieder in sehr kräftigen Zuckungen, die vordern Anfangs nur in sehr schwachen, und zuletzt in fast keinen, während die hinteren noch fortfuhren, auf jede Einwirkung sich stark zusammenzuziehen.

Aus diesen Versuchen ergiebt sich:

1) Die ausserordentliche Schnelligkeit, mit welcher das Gift zur Einwirkung und vollständigen Wirkung gelangt. Das Nicotin gelangt bei Kaninchen in 10—15 Sec. zur Einwirkung, und in 25—35 Sec. zur Wirkung. Es übertrifft in dieser Eigenschaft die Wasserstoffblausäure um ein Beträchtliches. Unter den bekannten Giften und Arzneien zeigte diese die schnellste Wirkung, welche bei irgend einem zu Stande kommt. Jetzt ist sie von dem Nicotin übertroffen. Seine Wirkung ist fast augenblicklich, wo das Gift die Stelle berührt hat. Diese Schnelligkeit der Einwirkung und Wirkung bietet aber auch noch ein anderes Ergebniss von besonderem Interesse für die Wirkungslehre der Arzneien und Gifte. Bei Kaninchen wirkt die Blausäure in 30 bis 45 Sec. ein, d. h. dann wird das Thier betäubt und fällt um. Nach der 30—60. Secunde erscheinen die Athmungsbeschwerden und die Krämpfe an den Gliedern nebst der reichlichen Harnentleerung, wodurch sich die vollendete, offenbar nach dem Uebergang in das Blut zu Stande gekommene Blausäure-Wirkung auszeichnet. Man muss bei diesem Gifte unterscheiden: 1) den Eindruck, welchen es in der thierischen Oeconomie hervorbringt, sobald es die lebende Fläche der Zunge und des Rachens berührt, und dessen Erfolg die Betäubung ist, und 2) jene Wirkung, welche erfolgt, wenn das Gift in das Blut übergegangen ist, und wovon die Krämpfe der Athmungsmuskeln, so wie jene der Gliedmaassen und die normwidrige Absonderung des Harnes abhängig sind. Es geht daraus hervor, dass die vollendete, vielleicht allein den Tod bringende Wirkung der Blausäure nur erfolgt, wenn das Gift in das Blut übergegangen, während die zuerst auftretende Betäubung allein von der Einwirkung auf dem Applicationsorte herrührt, d. h. von dem Eindruck, welchen das Gift auf Zunge, Rachen und Magen hervorbringt. Es liesse sich nach dieser Wirkungserscheinung der Blausäure noch im Allgemeinen der Satz aufrecht erhalten, dass alle vollendete Arzneiwirkung nur nach dem Uebergang derselben in das Blut zu Stande komme. So und nicht anders gestaltete sich die Wirkung der Blausäure in mehr als 40 Versuchen, welche ich im Verlauf vieler Jahre zu verschiedenen Zwecken angestellt habe. Jetzt, nachdem die Wirkung des Nicotins näher bekannt geworden ist, gestaltet sich die Arzneiwirkungslehre anders. Es ist eine vollendete Arzneiwirkung möglich, ohne Uebergang derselben in das Blut.

Sehr belehrend sind die Versuche und Mittheilungen Blacke's (Edinburgh medical and surgical Journal No. 105), aus denen hervorgegangen ist, dass die kürzeste Zeit, in welcher eine Arznei in das Blut übergehen und durch dasselbe wirken kann, $^{3}/_{4}$—1$^{1}/_{4}$ Minute ist. Ich muss die Richtigkeit dieser Thatsachen im Allgemeinen bestätigen, aber die Zeit ist viel zu lang, als dass mit ihr auch nur einigermaassen die Wirkungszeit des Nicotins in Beziehung gebracht werden könnte.

2) Wie kurz auch die Zeit der Wirkung ist, so ist sie doch eine höchst schmerzensvolle. Sobald das Gift die Zunge berührte, begann das Kaninchen zu schreien. Jeder weiss, dass diese Thiere nur Schmerzensschreie von sich geben, wenn Theile verletzt werden, die den höchsten Schmerzensgrad zu entwickeln im Stande sind, z. B. bei Durchschneidung der Nerven. Das Thier schrie aber anhaltender, als ich es nur je bei einer solchen Nervenverletzung gehört habe. Der Schrei hörte auf, wie das Thier umfiel und in Krämpfen lag. Wahrscheinlich war zu dieser Zeit schon Betäubung eingetreten. Auf der Zunge fand man an der Stelle, wo der Tropfen Nicotin hingefallen war, einen gelben Fleck und den Nicotingeruch. Es war somit wahrscheinlich der Schmerz durch Berührung der Zunge, d. h. von diesem Organe aus, entstanden.

3) Auf die Bewegungstheile, untere wie obere Glieder, wirkte das Nicotin ziemlich gleichmässig und brachte ein starkes Zittern in diesen hervor. Die Athmungsbeschwerden, welche, nebst den heftigen Krämpfen der Glieder, in der Blausäurevergiftung so sehr entwickelt sind, fehlten fast gänzlich in der Wirkung des Nicotins. Das letztere Gift, welches bei Thieren gleichzeitig auf Gehirn und Rückenmark wirkt, unterscheidet sich auch in dieser Weise von dem Nicotin, welches weit mehr ein Gehirngift ist, und weniger die Bewegung erregt als lähmt. Der schnelle Eintritt der Lähmung in der Nicotinwirkung scheint sich aber nur auf die peripherischen Theile, und nicht auf die Schliessmuskeln zu erstrecken, denn man fand die Harnblase über und über

---

eine Induration zurückgelassen, wovon seit langer Zeit keine Spur mehr übrig geblieben war. Man impfte mit aus einer Pustel an der Handwurzel entnommenen Eiter die untere innere Seite beider Schenkel des Kranken. An den Einstichpunkten entstanden 2 Pocken, 2 Pusteln, analog denen des übrigen Körpers und der Handwurzel. Vidal nahm dann Eiter aus den nun hervorgebrachten Pusteln und verpflanzte ihn auf die innere Oberpartie eines jeden Schenkels des Kranken. Es entwickelten sich auch hier Pusteln, wie die vorhergehend erwähnten. Ein anderer Kranke hatte ecthymatöse Ulcerationen an der unteren Fläche eines Unterschenkels. Man nahm Eiter aus einer von ihnen und trug ihn mittelst eines Einstichs auf die vordere und obere Partie des Schenkels. Es entstand eine Ecthyma-Pustel. Dieser Kranke wurde während einer Reise inoculirt, die Vidal nach dem mittägigen Frankreich zu machen hatte. Man machte das Experiment den 1. November 1850. Die Beobachtung zeichnete Duménil, der Interne der Hospitäler, auf eine minutiöse Weise auf. Vidal sah den inoculirten Kranken nach seiner Rückkehr zur Zeit der Vernarbung der Pustel, welche Spuren von rothbrauner Kupferfarbe hinterlassen hatte, wie die Pusteln des Unterschenkels, von denen der Inoculationseiter herrührte. Für gewisse Syphilidographen ist die Einimpfung des Kranken vom Kranken wenig beweisend; denn hier, sagen sie, befindet sich der Inoculirte in einer Diathese. Das Gift hat sich mit seinen Säften vermischt; reizt man eine Stelle seiner Haut auch noch so wenig, so kann sich ein Phänomen von syphilitischer Natur zeigen. Um diesen Einwurf zu beseitigen, versuchte Vidal die Impfung des Gesunden vom Kranken.

Es bleibt wichtig, den Kranken genau zu schildern, welcher den Eiter hergegeben, um keinen Zweifel übrig zu lassen, dass er an secundärer Syphilis litt. Es war ein Mann von 23 Jahren mit einem sonst sogenannten biliös-sanguinischen Temperamente. Sechs Wochen vor der Impfung hatte er auf der rechten Seite des Frenulums einen Schanker gehabt, der sich bald vernarbte und ein wenig Induration hinterliess. Acht Tage nach dieser Cicatrisation empfand er Jucken am Anus. Dann erschienen flache Tuberkeln, die im Augenblicke des Experiments noch den ganzen Umfang des Afters einnahmen. Zwischen den Falten der Schleimhaut waren einige Rhagaden. In derselben Zeit, wo diese Erscheinungen von Seiten des Anus auftraten, zeigte sich auf der Haut eine Eruption, welcher Röthe vorhergegangen war. Dann kamen Papeln, die sich 3 oder 4 Tage nachher in Pusteln umwandelten. Die Eruption wurde durch eine Fieberbewegung eingeleitet. Die Pusteln waren von der Grösse einer Linse bis zu der eines 50 Centimenstückes. Sie fingen am Kopfe an, breiteten sich regellos auf den Truncus und die Gliedmassen aus, und sassen besonders zahlreich auf der rechten Seite der Brust. Die Inguinal- und Cervicaldrüsen wurden aufgetrieben; der Umfang des Anus bedeckte sich mit platten Tuberkeln. Es zeigten sich einige Schrunden und ein stinkender eiterartiger Ausfluss. Keine *Dispositio infundibiliformis. Cephalalgia supraorbitalis*, die sich den Abend vermehrte und bis zum Morgen auf eine intensive Weise anhielt; ziemlich lebhafte Schmerzen in den Schulterblattarmgelenken und in den Articulationen des unteren Gliedes. Der Kopf bedeckte sich mit Krusten, die leicht abfielen. Die grösste Pustelzahl nahm, wie schon erwähnt, die rechte Brustseite

angefüllt. Bei Fröschen zeigte sich die Wirkung der Blausäure von jener des Nicotins verschieden darin, dass bei ihr die vorderen Gliedmaassen sehr bald gelähmt werden, und zwar so, dass sie auch gegen die Einwirkung der elektromagnetischen Strömung nicht empfindlich waren. Es erinnert diese Thatsache an die von **Flourens** aufgestellte Behauptung, dass die Bewegung der vorderen Glieder von dem *Thalamus nerv. opticor.* abhängig sei, d. h. überhaupt von einem andern Theile, als welcher der Bewegung der hinteren Glieder vorsteht.

4) Wie schnell auch Nicotin und Blausäure tödten, die thierische Reizbarkeit wird noch lange Zeit nach dem aufgehörten Athmen und nach dem Aufhören des Herzpulses erhalten. Wie es mir schien, war kein Unterschied in der Andauer der Zuckungen, welche ein Thier zeigt, das an Verblutung oder an Strychningift gestorben ist. Bei Blausäure wie beim Nicotin zuckten die Muskeln noch 25 Minuten später, nachdem das Athmen aufgehört hatte.

Ueber die Wirkung des Nicotins kann man sich nicht wohl belehren an dem, was über die Wirkung des Tabaks bekannt geworden ist. **Brodie** (Philosophical transact. 101. p. 186) fand, dass 4 Unzen eines concentrirten Tabaksaufgusses in den After eines Hundes gespritzt, in 10 Minuten, und wie er meint, durch Paralyse des Herzens tödteten. Doch ist die Vergiftung mit in den Magen eingeführtem Tabak selten, und noch viel weniger sind die Symptome bekannt, welche mit derselben verbunden waren. Oefter ist die Vergiftung durch Tabaksklystiere beobachtet worden. Nachdem diese als ein Mittel gegen den *Ileus inflammatorius* bekannt geworden sind, gelangten sie häufiger zur Anwendung, und man kann annehmen, dass ein aus $\frac{1}{4}$ Unze Tabak bereitetes, 6 Unzen haltiges Infusum, in Klystierform beigebracht, schon den Tod herbeiführt. Die Art und Weise, wie dieser erfolgt, finde ich am besten bezeichnet in einer Beobachtung, welche im Journal de chimie médicale, Vol. III. p. 23, mitgetheilt ist. Statt eines Infusum aus 2 Drachmen wurde ein Infusum aus 2 Unzen eingespritzt. Der betreffende Kranke verfiel in einen Zustand der Trunkenheit und starb fast augenblicklich. Dass aber ein Infusum aus 2 Drachmen bereitet nicht gefahrlos ist, lehrt ein Fall im Med. and surg. Journ., wo der Kranke, welcher ein Klystier aus 2 Drachmen bereitet erhielt, 1—2 Stunden nach der Application starb. Ich finde diejenigen Fälle solcher Vergiftungen mittelst Tabaksklystieren am meisten übereinstimmend mit den Vergiftungen mit Nicotianin, in denen der Tod ungewöhnlich rasch, fast augenblicklich erfolgte. Solcher Beobachtungen liegen in englischen Journalen mehrere vor, und es scheint, dass in dem Lande, wo das Rauchen des Tabaks verpönt ist, desto häufiger von den Tabaksklystieren Anwendung gemacht wird.

Es scheint mir aber ein Unterschied zwischen dem concentrirten Tabaksinfusum und dem Nicotin in der Applicationswirkung zu bestehen. Dass bei vollendeter Wirkung beide Coma und dadurch Abnahme der Empfindlichkeit bewirken, lässt sich begreifen, und die Beobachtung bestätigt es. Dass aber das Nicotin in der Application heftige, wüthende Schmerzen hervorbringt, und das Tabaksinfusum, im Klystier angewendet, beruhigt, ist Thatsache und zeigt die Verschiedenheit der Einwirkung beider Substanzen auf die Applicationsflächen an. Ein Tabaksklystier beruhigt den Darmschmerz, besonders jenen, welcher aus Krampf entsteht. Nach einer Mittheilung **Marshal Hall**'s (Edinb. med. and surg. Journ. XII. p. 11) scheint es, dass die verschiedenen Flächen, auf denen dieses Mittel angewendet wird, eine verschiedene Reihe der Symptome der Wirkung bilden. Jener Beobachter fand bei einem Manne, welcher zum ersten Male zwei Pfeifen Tabak rauchte, Uebelkeit, Erbrechen, Syncope, Stupor, schnarchendes Athmen, allgemeine Krämpfe, Unempfindlichkeit der Pupille. Nach einiger Zeit erfolgte Erholung. Es wäre freilich von besonderem Interesse, zu erfahren, in wiefern das Nicotin, an verschiedenen Stellen applicirt, eine verschiedene Reihe von Zufällen bedingte, und ob nicht einige darunter als die wesentlichsten die Wirkung des Mittels vorzugsweise bezeichneten.

Dass man auch in anderen Ländern sich bemüht, die Dunkelheit aufzuhellen, in welcher die Wirkung des Nicotins sich jetzt noch befindet, lehren mehrere Mittheilungen der Gazette des hôpitaux von diesem Jahre. In No. 75 befindet sich eine Nachricht aus der Presse médicale belgique, welche lautet:

Die toxikologischen Versuche, welche auf dem Amphitheater der medicinischen Facultät zu Brüssel von **Ed. Vandencorput** mit einem vor zwei Jahren bereiteten Nicotin angestellt wurden, hatten folgende Ergebnisse:

Die geringste Menge dieser Substanz in den Mund gebracht, erregt eine brennende Empfindung, ähnlich einem sehr heftigen Zerreissen, und erregt den unangenehmen Geruch einer mit Speichel befeuchteten Cigarre. Beim reinen Alkaloid ist er gering, entwickelt sich aber beim Zusatz von *Liq. Ammonii caust.* sehr stark. Vier Tropfen Nicotin in den Mund eines grossen Hundes gebracht, tödten ihn in weniger als einer Minute. Nachdem er einige Sprünge gemacht hat, fällt er auf die linke Seite, und die augenblickliche Anwendung des *Acid. acet.* kann ihn nicht in das Leben zurückrufen. Ein einziger Tropfen in das rechte Auge einer Taube geträpfelt, tödtet das Thier fast augenblicklich (in einigen Secunden). Die Glieder werden krampfhaft verzogen, das Thier fällt auf die linke Seite. Die Cornea des berührten Auges zeigt einen leichten Anflug der Verdunkelung; die Pupille dieses Auges ist normal, während jene des linken Auges etwas erweitert ist. — Eine andere Taube starb fast augenblicklich, nachdem ihr $1\frac{1}{2}$ Tropfen Nicotin auf die Zunge gebracht waren. Die Pupillen waren sehr erweitert, und das Thier fiel auf die rechte Seite.

Dieser letztere Umstand zeigt sich als der natürlichste, indem sich die meisten Thiere auf die rechte Seite zu legen pflegen, woran nach dem Beobachter die vorwiegende Grösse der Leber Schuld ist.

Es kann nicht übersehen werden, dass von den diesen Versuchen unterworfenen Thieren die Vögel am schnellsten starben, was Verfasser aus der Schnelligkeit ihres Kreislaufes herleitet. Die Frösche zeigten sich dagegen mehr Widerstand leistend gegen das Gift. Einer derselben, welcher einen Tropfen Nicotin erhielt, lebte noch über 2 Minuten. Ein anderer derselben, welcher eine grosse Gabe Nicotin mit Essigsäure erhielt, schien gar nicht davon ergriffen. Man flösste ihm jetzt einige Tropfen einer *Solutio Kali caustici* ein, in der Absicht, das Gift von der Essigsäure zu befreien. Sogleich wurden die hinteren Glieder von Convulsionen ergriffen, und der Tod erfolgte fast unmittelbar nachher. **Vandencorput** schliesst hieraus, dass die Gifte aus der Reihe der

---

ein; es existirten aber auch Pusteln auf dem Bauche. Gegen 30 wohl charakterisirte hielten den Truncus besetzt. An den Brustgliedern, so wie auf dem oberen und vorderen Theile der unteren Extremitäten waren sie am discretesten. Die grösste Ausdehnung fand man bei denen auf der Brust. Alle waren mit einem kupferrothen Kreise umgeben und insgesammt enthielten sie Eiter. Die meisten hatten Krusten über sich, die in der Farbe variirten. Die einen waren schwärzlich, die andern weisslich, schuppicht und adhärirend, wiederum andere mehr oder weniger dunkel gelb.

Den 28. Oct. 1849 wurde eine Lancette mit Eiter aus einer der auf der rechten Brustseite befindlichen Pusteln beladen und in die untere und innere Seite eines jeden Schenkels des Kranken gestochen. Den 29. erschien eine Blatter auf jeder kleinen Wunde, die nach und nach den Charakter der Pusteln des Truncus annahm. Man nahm Eiter aus den Inoculationspusteln und impfte ihn in die obere und innere Seite der Lenden ein; dasselbe Resultat wie bei der ersten Impfung.

Den 1. Nov. bot sich Hr. **Boudeville**, Interne in der Pharmacie, der niemals den geringsten venerischen Zufall erlitten hatte, und dessen Constitution vortrefflich war, zur Abhaltung der Inoculation an. Man nahm Eiter aus einer Pustel der linken Seite der Brust des Kranken, die noch nicht ulcerirt, durchaus unversehrt und mit einer graulichen Kruste bedeckt war, versah eine geeignete Lancette damit und inoculirte ihn in den untern Theil der innern Seite des linken Vorderarms des Hrn. **Boudeville**. Mit Eiter aus einer andern Pustel derselben Region, die ebenso frisch wie die erstere war, impfte man den rechten Vorderarm.

Der Kranke konnte fast einen Monat lang von den Eleven der Dienstabtheilung, welche den Visiten **Vidal**'s folgen, so wie von den Mitgliedern der Gesellschaft deutscher Aerzte in Paris, u. A. von H. **Robert von Welz** beobachtet werden. Die Herren **Surnay** und **Castelneau** wurden eingeladen, die Wirkungen der Inoculation auf den Kranken und auf Hrn. **Boudeville**, der damals Zögling in der Apotheke der Dienstabtheilung **Vidal**'s war, zu constatiren.

Analysirt man, was sich mit Hrn. **Boudeville** zugetragen, so zeigt sich, dass von dem andern Tage der Inoculation an sich eine Arbeit in den beiden Einstichpunkten entspann. Es kamen erst Papeln heran, dann Pusteln, die sich mit einer graulichen Kruste bedeckte, unter welcher sich Eiter befand. Vierzehn Tage nach der Impfung senkten sich die Pusteln und vernarbten; allein den 5. Decbr., d. h. 20 Tage nach der Cicatrisation der ersten Pusteln, entstanden andere in derselben Gegend, welche von einem Punkte der Circumferenz der Narbe der ersten Pocken ausgingen.

Diese Thatsache ist äusserst interessant. Das Abortiren der ersten Pusteln und das Recidiv, das dann zu Pusteln Veranlassung gab, die weit mehr ausgesprochen und viel andauernder waren, indem sie nicht eher, als bis zum 20. Jan. völlig geheilt werden konnten, geben viel zu überlegen und beweisen uns, dass auf dem neuen Wege, den **Vidal** eröffnet hat, der Beobachter Phänomene constatiren kann, welche die Geschichte gewisser, in ihrer Wesenheit noch wenig bekannter Dermatosen aufzuklären vermögen.

Es darf hier gesagt werden, dass **Vidal** in Anbetracht dieser Thatsache und mehr als ein schlechtes Argument vorhersehend, das

Solaneen, welche vorzugsweise auf das Gehirn wirken, geringere nachtheilige Wirksamkeit üben auf Geschöpfe, welche eine niedere Stufe des Thierlebens einnehmen.

In No. 77 der Gazette des hôpitaux finden sich, entlehnt aus der Presse méd. belg., die Versuche von Vleminckx aus Brüssel an zwei Meerschweinchen, einem Hahn, einem Kaninchen, zwei Hunden und einer Katze, aus denen der Beobachter folgende Schlüsse zieht:

1) Die vergifteten Thiere fallen bald auf die rechte, bald auf die linke Seite.

2) Die Vergiftung durch das Auge ist viel wirksamer, als jene durch den Mund.

3) Die am meisten Bestand haltenden Zufälle sind eine Congestion der *Pia mater* und eine starke Congestion zu den Lungen.

Die Wirkung auf die Lungen hat sich in den von mir angestellten Versuchen nicht bestätigt. Ich werde in einer zweiten Reihe von Versuchen auf dieses Verhältniss zurückkommen.

Ueber eine eigenthümliche Form von Hyperästhesie des Magens bei Anämischen.

Von

Professor Dr. Möller in Königsberg.

Von allen Schriftstellern über Chlorose werden dyspeptische Beschwerden, theils in fehlerhafter Secretion der Magenschleimhaut, theils in cardialgischen Anfällen bestehend, als eins der häufigsten Symptome derselben angeführt. Auffallender Weise aber habe ich nirgends eine andere Art von Magenaffection erwähnt gefunden, obgleich sie schon aus dem Grunde eine Besprechung verdient hätte, weil sie wegen ihrer symptomatischen Aehnlichkeit mit chronischer Gastritis und organischen Magenleiden den Ungeübten leicht zu diagnostischen Irrthümern und therapeutischen Missgriffen verleiten kann. Bei uns ist die in Rede stehende Krankheitsform durchaus nicht selten; sollte sich das in andern Gegenden anders verhalten und so locale Verschiedenheiten das Schweigen der Autoren über diesen Gegenstand erklären?

Ich habe das Leiden bisher nur beim weiblichen Geschlecht und zwar bei jugendlichen Frauenzimmern zwischen der Zeit der Pubertätsentwickelung und den dreissiger Jahren, also in demjenigen Lebensalter beobachtet, in dem überhaupt die Chlorose am häufigsten ist. Nicht alle derartige Kranke boten jedoch das Bild der ausgeprägten Chlorose dar: manche zeigten nur ein leucophlegmatisches Aussehen, geringe Muskelenergie, waren dabei meistens mit Leucorrhöe behaftet, übrigens regelmässig menstruirt; bei anderen, von zarter, erethischer Constitution, war die Menstruation übermässig stark.

Der charakteristische Schmerz im Epigastrium erscheint nun nicht, wie bei der ächten Cardialgie, in einzelnen, streng abgegrenzten Paroxysmen, sondern ist fast oder ganz continuirlich, obwohl nicht immer von gleicher Stärke. In der Ruhe und nüchtern ist er am geringsten, verschwindet auch wohl ganz; körperliche Anstrengungen, Gemüthsbewegungen, besonders aber der Genuss von Speisen rufen ihn hervor, und sind letztere irgend schwer verdaulich oder in beträchtlicherer Masse genossen, so steigert sich der Schmerz zu grosser Heftigkeit und lässt oft nicht eher wieder nach, als bis durch ein anstrengendes Erbrechen die reizenden Stoffe entfernt worden sind. Der Hauptsitz des Schmerzes ist die Herzgrube, er zieht sich aber auch in beide Hypochondrien und, besonders während der Steigerungen, nach dem Rücken hindurch. Die Herzgrube ist gespannt, oft ganz verstrichen, Druck auf dieselbe oder unter den Rippenrändern empfindlich. Die Kranken können keine fest anschliessende Kleidung ertragen, oder müssen dieselbe wenigstens während der Exacerbationen des Schmerzes lösen. Die mittleren Rückenwirbel sind in der Mehrzahl der Fälle, aber oft nur zeitweise, beim Drucke schmerzhaft. Dabei ist die Zunge rein, blass; der Appetit fehlt gerade nicht, die Kranken fürchten sich aber, der Schmerzen wegen, zu essen. Der Stuhlgang pflegt träge zu sein.

Die Permanenz des Schmerzes, seine Steigerung durch Ingesta, die Empfindlichkeit gegen Druck bedingen die Verschiedenheit der Affection von der Cardialgie und ihre Uebereinstimmung mit der Gastritis. Dagegen wird schon die Beschaffenheit der Zunge Zweifel an der entzündlichen Natur des Leidens erregen, und die Berücksichtigung der Constitution der Kranken, die gewöhnlich auch in anderen Gebieten des Nervensystems erkennbare erhöhte Reizbarkeit eine Neurose des Magens wahrscheinlicher machen. Am beweisendsten für diese Annahme sind aber (ausser dem Schlusse *ex iuvantibus*) solche Fälle, in denen das Magenleiden mit andern Neuralgien förmlich alternirt. Ich habe seit mehreren Jahren insbesondere 2 Kranke der Art in Behandlung, bei denen das Uebel nach monatelangem Wohlbefinden auf geringfügige Veranlassungen (Anstrengungen, Gemüthsaufregungen) immer wiederkehrt und dann oft, bei der Einen in Neuralgie des Trigeminus der rechten oder linken Seite, bei der Andern in Neuralgie des 6. und 7. linken Intercostalnerven übergeht. Der Uebergang erfolgt bald auf der Höhe des Magenleidens, bald, nachdem dasselbe bereits durch die eingeschlagene Behandlung etwas gemildert worden ist; er tritt entweder ganz plötzlich, von einem Tage zum andern ein, oder so, dass während des allmäligen Erlöschens der dyspeptischen Beschwerden bereits gelinde, aber immer heftiger werdende Anfälle der andern Neurose auftreten. Mehrmals sah ich dann nach kurzem Bestehen der letzteren das ursprüngliche Leiden in ähnlicher Weise zurückkehren.

Linksseitige Intercostalneuralgie kam mir übrigens nicht bloss mit dem Magenleiden abwechselnd, sondern recht häufig auch als Complication desselben vor, und zeigte dann denselben *Typus subcontinuus*, wie dieses letztere. Gemeinhin beschrieben solche Kranke ihre Empfindung als eine brennende; sie war fixirt auf irgend eine Stelle eines Zwischenrippenraumes, am häufigsten die Herzgegend oder deren Nachbarschaft, steigerte und verminderte sich durch die oben angeführten Einflüsse, nur dass das Essen keine Einwirkung darauf äusserte, und verband sich während der Steigerungen gewöhnlich mit Oppression und Herzklopfen; bei einzelnen Kranken war an der leidenden Stelle auch Druck unter dem Rippenrande schmerzhaft.

---

man an ihn zu richten nicht verfehlt hat, Hrn. Boudeville zu Cazenave, Arzte am Hospitale St. Louis, führte, der, nachdem er sorgfältigst die Vorderarme des Inoculirten untersucht hatte, erklärte, dass er 2 syphilitische Ecthyma-Pusteln trage. Erst nach diesem Ausspruche gaben Vidal und Boudeville dem Hrn. Cazenave kund, dass diese Pusteln das Resultat der Einimpfung eines Eiters seien, welcher von den secundären Pusteln eines Kranken aus dem Hôpital du Midi genommen wäre.

Cazenave wiederholte mit demselben Erfolge das Experiment Vidal's, allein er machte nur die Inoculation von dem Kranken auf den Kranken. Wie am 20. Jan. auf den Vorderarmen des Zöglings der Pharmacie Alles abgemacht war, rieth Vidal dem Hrn. Boudeville eine Behandlung an, die letzterer ausschlug, weil er wissen wollte, ob er auch allgemeine Zufälle der Lustseuche zu erleiden habe. Diese erzeugten sich gegen den 25. April 1850. Er bekam Pusteln auf dem behaarten Kopf, Alopecie, eine Halsaffection und Roseola, also eine *Lues manifesta*, die aber gutartig war und wovon er glücklicherweise jetzt geheilt ist.

Die Abhandlung Vidal's hat, wie schon erwähnt, eine lange Discussion in's Leben gerufen, die hier, ihrem ganzen Gehalte nach, nicht wiederholt werden kann. Sie resumirt sich übrigens wesentlich auf ein einziges Argument und auf eine einfache Antwort. Man hat eingeworfen: 1) der Kranke des Hrn. Vidal hatte mucöse Plaques am Anus; 2) diese konnten die Transformation eines Schankers sein; 3) in diesem Falle hatten sie die Proprietät der Inoculation conservirt; 4) der Kranke wird diese Pusteln mit den Fingern berührt und mit denselben Fingern sich die Brust gekratzt und einen Schanker eingeimpft haben; 5) Hr. Vidal wird aus diesem Schanker geschöpft haben, um den Kranken und Hrn. Boudeville zu inoculiren.

Die Antwort Vidal's hierauf ist gewesen: Man werfe ihm nichts wie Hypothesen und Suppositionen ein, um existente, materielle, authentische beobachtungsbare und beobachtete Thatsachen zu vernichten. Hr. Vidal hat wirklich nicht aus einer Ulceration, sondern aus unversehrten Pusteln geschöpft, die auf der Brust sassen, den Pusteln auf dem übrigen Körper absolut gleich und mit dem charakteristischen kupferig braunen Kreise der Syphiliden umgeben waren. Eine Pustel hatte zuerst zur Inoculation des Kranken gedient; sie sass rechts auf der Brust; zwei andere Pusteln wurden verwandt, um den Zögling einzuimpfen; dies würden dann 3 Schanker sein, welche der Kranke auf den Brustwänden trug; da nun diese Pusteln in allen Stücken denen des übrigen Körpers vollkommen gleich waren, so war doch der ganze Körper des Kranken mit Schankern bedeckt.

Für uns ist diese Antwort peremptorisch. Die Experimente Vidal's stimmen auch mit den Erfahrungen Wallace's überein und werden von dem von Cazenave unternommenen Versuche bestätigt. Auch hat man in Prag Resultate in dieser Art erlangt, die denen des Wundarztes des Hospitales du Midi analog sind.

Das Uebel muss im Allgemeinen hartnäckig, oder besser rebellisch genannt werden, denn wenn es auch bei passendem Verhalten sich rasch mildert und selbst für geraume Zeit ganz verschwindet, so treten doch in der Mehrzahl der Fälle über kurz oder lang Recidive ein. Die relativ beste Prognose scheinen noch diejenigen Fälle zu geben, wo das Leiden als Symptom einer an die Pubertätsentwickelung gebundenen ausgebildeten Chlorose auftritt. Viel schwerer gründlich zu heilen zeigte sich dasselbe bei erwachsenen Frauenzimmern mit weniger auffallend alterirter Blutmischung.

Man wird mir wahrscheinlich einwenden, dass der geschilderte Symptomencomplex eher auf ein organisches Magenleiden, besonders das einfache Magengeschwür, als auf eine blosse Neurose zurückzuführen sei. In der That weiss ja jeder Praktiker, der häufig Sectionen anzustellen Gelegenheit hat, wie proteusartig das eben genannte Magenleiden sich darstellt, ja wie es ganz und gar latent verlaufen kann. Auch in 2 Fällen, die dem eben aufgestellten Bilde entsprachen, begründete intercurrentes Bluthrechen den dringenden Verdacht, dass die Affection der Magennerven nicht idiopathisch, sondern durch eine organische Veränderung bedingt sei. Für die grosse Mehrzahl der hierher gehörigen Krankheitsfälle hingegen muss ich eine solche Annahme durchaus zurückweisen. Einmal waren die langwierigsten, am häufigsten recidivirenden Fälle der Art, die mir bisher vorkamen, gerade jene oben erwähnten, in welchen öftere Sprünge des Schmerzes aus einer Nervenbahn in die andere eine Gewebsveränderung als Ursache desselben kaum glaublich erscheinen lassen. Auf die linksseitige Intercostalneuralgie möchte ich in dieser Beziehung weniger Gewicht legen, da ja so benachbarte Nervenbahnen derselben Körperhälfte nicht selten durch Irradiation (um mich dieses phänomenologischen Ausdrucks zu bedienen) von Leiden innerer Organe aus in Mitleidenschaft gezogen werden. Dagegen halte ich es für unmöglich, dass von irgend einer organisch veränderten Stelle des Magens aus der Schmerz durch Irradiation, Sympathie oder wie man sonst will, scheinbar regellos und binnen wenig Tagen abwechselnd, auf den einen oder andern Trigeminus sich übertragen könne: hier müssen sicher idiopathische, auf einem abnormen Erregungszustande des Nervensystems beruhende Neuralgien angenommen werden! Andererseits sah ich mehrmals in milderen Fällen, selbst wenn sie schon ein paar Wochen und darüber gedauert hatten, bei passender Behandlung völlige und dauernde Heilung in so kurzer Frist erfolgen, wie sie sich mit der Existenz einer Desorganisation kaum vereinigen liesse, wenn man auch zugäbe, dass die Symptome weniger von dem Destructionsprocesse selbst, als von einer in seiner Umgebung unterhaltenen entzündlichen Reizung abhängig sein konnten. Endlich ist eben diese Behandlung, die sich mir vielfach als die segensreichste erprobte, eine solche, dass sie bei vorhandener Hyperämie oder Entzündung das Uebel unfehlbar gesteigert haben würde — und hierin liegt zugleich der praktische Kern der in Rede stehenden Frage.

Während nämlich Blutentziehungen auf die schmerzhafte Gegend, zu denen ich mich früher einige Male verleiten liess, höchstens eine sehr vorübergehende Milderung oder auch diese nicht einmal bewirkten, wohl aber die Kranken unnütz angriffen, war es gerade der vorsichtige Gebrauch von Tonicis, der Genesung, sei es für immer, sei es für einige Zeit, herbeiführte. Natürlich war aber der gegen irgend schwer verdauliche Nahrungsmittel so empfindliche Magen ebensowenig im Stande, gleich von vorn herein Eisenpräparate zu vertragen. Als Vorbereitungsmittel erwies sich mir am zweckmässigsten eine Verbindung kleiner Gaben von *Rheum* oder *Extr. Aloës* mit einem bitterätherischen Mittel, z. B. ein gemeinschaftlicher Aufguss von ʒβ *Rheum* mit ʒj—jβ *Calamus* und etwas *Spir. aeth.*, in solchen Zwischenräumen gegeben, dass kein Laxiren eintrat; daneben milde, aber nährende Speisen, Milch, Fleischbrühe in kleinen Portionen öfters genossen, etwas süsser, feuriger Wein, und besonders körperliche Ruhe; ruhige horizontale Lage erwies sich selbst bei den einzelnen heftigeren Steigerungen des Schmerzes als das beste Palliativ. War hierdurch die Reizbarkeit des Magens so weit abgestumpft, dass eine Tasse Milch oder Bouillon ohne unangenehme Empfindung vertragen wurde — ein Resultat, welches gewöhnlich binnen einigen Tagen erreicht wurde — so wurden die leichtesten Eisenpräparate, am liebsten, wo es die äusseren Verhältnisse irgend gestatteten, die eisenhaltigen Mineralwässer in kleinen Gaben angewandt und hiermit die Kur beschlossen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Chloroform gegen Chorea St. Viti.

Von

Dr. Grossmann,
Medicinal-Accessist zu Hofheim.

Seit Schwefeläther und Chloroform nicht bloss als betäubende, sondern auch als wirklich therapeutische Mittel zu Inhalationen angewendet wurden, sind dieselben gegen viele und verschiedene Krankheiten, so namentlich gegen Tetanus, *Delirium tremens*, *Tussis convulsiva*, Intermittens, Typhus, Cholera, verschiedene Krankheiten der Respirationsorgane [1]), als Bronchitis, Pleuritis, Pneumonia, Phthisis etc. als Heilmittel empfohlen und angewendet worden. Wenn man auch annimmt, dass diese beiden Mittel, eben als neue Arzneimittel, zu allzu häufigen therapeutischen Heilversuchen, über deren Werth doch erst eine rationelle Erfahrung Kritik ausüben wird, indem sie dasjenige, was sich bewährt, behält und das Andere bei Seite legt, in Anwendung gekommen sind, so ist es doch mehr als wahrscheinlich, dass sich dieselben als sehr wirksame therapeutische Mittel besonders gegen Neurosen, gegen welche die Anwendung der seither bekannten Mittel häufig erfolglos war, einen bedeutenden Ruf erwerben und behaupten werden. Der praktische Arzt aber, welcher solche neue Arzneimittel mit günstigem Erfolge auch selbst in einem vereinzelt dastehenden Falle angewendet hat, ist gewiss nicht zu tadeln, wenn er denselben dem ärztlichen Publikum mittheilt.

Dieses vorausgeschickt, erlaube ich mir, die nachstehende Beobachtung hier zu veröffentlichen.

An G. R. von M., einem 9jährigen, wohl etwas schwachen, aber seither gesunden Knaben hatte zuerst dessen Lehrer am 10. März d. J. sehr gelinde unfreiwillige Muskelbewegungen an den Extremitäten bemerkt, welche in den folgenden Tagen bedeutend zunahmen, so dass ich am 15. März um dessen Behandlung ersucht wurde. Derselbe war, obgleich nie sehr gut genährt, nach Aussage seiner Angehörigen in den letzten Wochen bedeutend abgemagert, was seine Eltern für eine Folge von Entozoen, deren Abgang sie öfters im Stuhle bemerkt hatten, hielten; dabei war sein Appetit gut, die Zunge wenig weiss belegt, der Durst nicht vermehrt, die Urinsecretion normal, der Schlaf nur durch leichte Muskelbewegungen unterbrochen; der Kranke klagte über Müdigkeit, nie über Schmerzen; obgleich ich die Wirbelsäule mit den Fingern und einem heissen Schwamme untersuchte, so konnte ich dennoch nie die von Stiebel in allen Fällen von Chorea beobachtete schmerzhafte Empfindlichkeit weder des 7. Halswirbels noch eines anderen Wirbels bemerken, indem Patient weder im Anfang, noch im Verlaufe der Krankheit während der oft vorgenommenen Untersuchung Schmerzen empfand. Die Choreabewegungen hatten die Muskeln der Ober- und Unterextremitäten — die der rechten Seite etwas intensiver als die der linken — des Halses und der Zunge ergriffen; der Kranke vermochte nicht ruhig zu stehen, kein Gefäss, ohne dessen Inhalt grösstentheils zu entleeren, an den Mund zu bringen; dabei schnellte die Zunge die in den Mund gebrachten Speisen öfters wieder heraus, die Sprache war stotternd, der Kopf in beständiger und rascher Bewegung und wurde beim Liegen in die Höhe gehoben; diese Erscheinungen waren nicht gleichmässig heftig, sondern erschienen paroxysmenweise 3—4mal des Tages. Obgleich ich die Krankheit nicht für eine Folge der vorhandenen Entozoen hielt, sondern ihre Ursache vielmehr in einem uns unbekannten krankhaften Zustande des Rückenmarkes, als des motorischen Nervencentrums, suchte, so begann ich doch die Behandlung aus nahe liegenden Gründen mit Darreichung von Santonin — 3mal täglich gr. ij — worauf während der drei folgenden Tage eine grosse Menge Entozoen — *Ascaris vermicularis* — entleert wurden; nachdem am 4. Tage der Stuhl frei von Würmern erschien, erhielt der Kranke nur noch täglich ein laues Bad mit kalter Begiessung bei einfacher Fleischkost. Da sich aber die Krankheitssymptome fortwährend steigerten, die Muskeln des Gesichts und des Rumpfes in Mitleidenschaft gezogen wurden, so dass der kleine Patient beständig zu Bett liegen musste, von welchem er während der jetzt öfters wiederkehrenden Paroxysmen 1—2 Fuss hoch geschleudert

[1]) Bei verschiedenen Lungenkrankheiten habe ich Chloroform zu Inhalationen angewendet, und wenn ich demselben auch keine specifische, direct gegen den bestehenden Krankheitsprocess gerichtete Heilwirkung zuschreiben kann, so habe ich doch beobachtet, dass es als Palliativmittel sehr viel leistet; ganz besonders ist seine Wirkung gegen Dyspnoë, welche bei fast allen Lungenkrankheiten das den Kranken am meisten belästigende Symptom ist, ausgezeichnet und durch kein anderes Mittel zu ersetzen; nie sah ich bei der Anwendung dieses Mittels, welche natürlich nicht bis zur Narkose gesteigert werden darf, eine ungünstige Einwirkung auf die bestehende Krankheit.

wurde, so ordinirte ich während der sieben folgenden Tage bei fortgesetztem Badegebrauch täglich 3mal 8 Tropfen der durch gleiche Theile *Aq. destill.* verdünnten *Solutio Fowleri*, welche sich mir in früher behandelten Fällen oft als nützlich bewiesen hatte, bei diesem Falle jedoch ohne alle Wirkung blieb, indem die Krankheit fortwährend zunahm. Da die Körperkräfte des Kranken immer schwächer wurden und ein anämischer Zustand eintrat, so erhielt derselbe *Ferr. carbon.* in steigender Dosis — zu gr. v—viij 3mal täglich. Weil aber auch bei dem während 8 Tagen fortgesetzten Gebrauche dieses Mittels die Krankheitserscheinungen dergestalt zunahmen, dass der Kranke von den immer heftiger werdenden und häufiger auftretenden Paroxysmen Tag und Nacht gequält wurde, so entschloss ich mich mit Aussetzung der Bäder Chloroform anzuwenden, indem ich anfangs, und zwar gerade während eines sehr heftigen Paroxysmus, 8 Tropfen einathmen liess; schon während der Inhalation verlor derselbe an Intensität, und blieb der Kranke nach derselben viel ruhiger, als er es sonst nach einem überstandenen Anfalle zu sein pflegte. Ich liess nun in steigender Dosis täglich 3mal 8—12 Tropfen — ohne Narkose zu bewirken — einathmen, worauf ich die Freude hatte, zu beobachten, dass die Paroxysmen immer seltener und schwächer wurden, ohne irgend eine nachtheilige Wirkung zu bemerken. Der Kranke erholte sich schnell, sobald Schlaf und die Möglichkeit, nahrhafte Speisen und etwas Wein zu geniessen, eingetreten waren. Nach achttägigem Gebrauch des Chloroforms hatten sich die Choreabewegungen soweit verloren, dass nur eine nicht mehr bedeutende Muskelunruhe des rechten Arms und Schenkels zugegen war, welche sich paroxysmenweise täglich 2—3mal zu kräftigeren Zuckungen steigerte. Absichtlich setzte ich jetzt die Chloroforminhalationen aus, bis ich bemerkte, dass die Muskelbewegungen heftiger und auch die Muskeln der linken Extremitäten wieder ergriffen wurden. Nach mehrmaligen Inhalationen nahmen die Anfälle wieder ab und verschwanden nach siebentägigem Gebrauche vollständig. Alle Functionen gingen normal von statten, der Kranke hatte an Körpervolumen zugenommen und zeigte ausser einer Schwäche in den rechten Extremitäten, welche durch spirituöse Einreibungen gehoben wurde, nichts Krankhaftes.

Obgleich ich wohl den mir zu machenden Einwurf kenne, dass jede Chorea zu einer bestimmten Zeit, wenn sie eben im Erlöschen ist, durch jedes Mittel oder durch sich selbst — etwa Naturheilkraft — geheilt werde, so muss ich dennoch dem Chloroform in meinem Krankheitsfalle eine bedeutende und günstige Wirkung zuschreiben; denn abgesehen von der physiologischen Wirkung des Chloroforms bei allen Neurosen, und namentlich Motilitätsneurosen — und eine solche ist doch wohl Chorea — beobachtete ich, dass beim Gebrauche dieses Mittels alle Erscheinungen schnell an Intensität abnahmen, dass ferner die beim Aussetzen des Mittels nur schwachen Muskelbewegungen schnell stärker wurden und auch wieder die Extremitäten der linken Seite befielen, und dass sich endlich dieselben ganz verloren, als ich Chloroform von Neuem gebrauchen liess.

Ich erlaube mir daher meinen Fachgenossen, welchen sich Gelegenheit zur Anwendung des Chloroforms gegen Chorea darbietet, dieses Mittel zu empfehlen, oder bitte vielmehr diejenigen, welche dasselbe gegen diese Krankheit schon angewendet haben, ihre Beobachtungen zu veröffentlichen.

Mehrere der interessanteren, im Wilhelminen-Lazareth zu Flensburg im Jahre 1848 beobachteten Fälle von Schusswunden.

Von

Dr. Valentini.

Fall I. H. Milhan, vom Mecklenburgischen Garde-Grenadier-Bataillon, wurde nach dem ersten Düppeler Treffen (18. Mai 1848) dem Lazareth übergeben. Er lag besinnungs- und regungslos auf dem Wagen; eine Flintenkugel hatte ihm das linke Scheitelbein ziemlich in der Mitte des vorderen Randes durchbohrt, und ihre Richtung nach der Mittellinie der Basis des grossen Gehirns genommen. Den Verwundeten für rettungslos verloren haltend, nahm ich keinen Anstand, mit dem kleinen Finger durch die Schädelwunde in die breiig zerstörte Hirnmasse zu dringen, ohne jedoch die meiner Ueberzeugung nach sicher vorhandene Kugel erreichen zu können. Nachdem die benachbarten Haare rasirt und die lockersten Scheitelbeinsplitter entfernt waren, wurden Cataplasmen verordnet. Im Verlauf der nächsten 5 Tage hatte Milhan bei andauernder Besinnungslosigkeit, bei fast gänzlichem Mangel an Reaction gegen äussere Einflüsse, bei grossem, vollem, verlangsamtem Pulse und abendlichen Fiebererregungen, wegen Unvermögens, zweckmässig zu schlucken, so gut wie nichts zu sich genommen, auch keine Leibesöffnung gehabt. Es wurde ihm deshalb ein eröffnendes Klystier verordnet, in der Nebenabsicht, falls dem Zustande etwa wider Erwarten nicht durch den Tod ein Ende gemacht werden sollte, demselben nährende Klystiere folgen zu lassen. Eine copiöse Ausleerung verhärteter Kothmassen hatte bald Aeusserungen regeren Lebens zur Folge. Patient schlug zum ersten Male die Augen auf und schlurkte leichter seine Viertelportion, um dann wieder in seinen schnarchenden Schlummer zu versinken. Die Lavements wurden nun regelmässig wiederholt, und schien ihre entleerende Wirkung ein so grosses Behagen in Milhan zu erwecken, dass dieser am 9. Tage, als erstes Zeichen seiner wiederkehrenden Besinnung, den mit der Klystierspritze durch den Saal gehenden Gehülfen zu sich winkte. Bald darauf fing M. an, auf alle an ihn gerichteten Fragen ohne Unterschied ein lautes, gedehntes Ja! zu erwiedern; später kam dazu ein ungläubiges Kopfschütteln, wenn man ihm Hoffnung auf Genesung machte. Indem alle Zeichen halbseitiger Lähmung fehlten, lag Patient meist auf der rechten Seite. Bei der stets mit möglichster Vorsicht vorgenommenen Untersuchung der Wunde verrieth er Schmerz gegen Druck in derselben, und war ängstlich besorgt, dass das Cataplasma baldigst wieder aufgelegt werde. Allmälig stellte sich auch das Sprachvermögen vollständiger her, und es ergab sich nun, dass Patient in seinem scheinbar besinnungslosen Zustande alles über seine Verwundung Verhandelte gehört und im Gedächtniss behalten, weshalb es schwer wurde, ihm in prognostischer Beziehung besseren Muth zuzusprechen. Sechs Wochen nach geschehener Verwundung hatte ich die überraschende Freude, eines Morgens den riesigen M. vor seinem Bette stehend zu finden. Er vermochte alle Bewegungen frei und sicher auszuführen, und war nun des besten Muthes. Die andauernd mit Cataplasmen behandelte Wunde zeigte in ihrer Tiefe die pulsirende Gehirnmasse, aus der ich nach und nach noch mehrere eingesprengte, durch Eiterung an die Oberfläche gestossene Knochensplitter entfernt hatte. Als, wegen meiner erfolgten Versetzung, ich Milhan Ende Juli zum letzten Male sah, war die Knochenwunde durch von den Rändern aus erfolgte noch weiche Neubildung bis zur Grösse einer Linse geschlossen. Wie ich später von meinem Nachfolger erfahren, ist M. mit seinem Bataillon zu Fuss nach Hause marschirt. Er hat sicherlich die eingedrungene Kugel im Gehirn mit sich getragen.

Fall II. Ungünstiger endete die Kopfverwundung, die Milban's Unterofficier betroffen. Beide langten auf demselben Wagen an, von dem der letztere rüstig herabstieg, um bei dem Transport des ersteren behülflich zu sein. Die linke Stirngegend war durch eine Kugel gestreift, ein Theil des Periosts war abgelöst; über dem *Arcus superciliaris* war eine Silbergroschen-grosse, $\frac{1}{4}$ Linie tiefe Depression. Trotz allgemeiner wie örtlicher energischer Antiphlogose traten schon nach 24 Stunden Symptome entzündlichen Hirndrucks ein, denen Unterofficier Misin 2 Tage später erlag.

Fall III. J. Schmidt wurde in demselben Treffen im linken Oberarm verwundet. Die Kugel war in die Mitte des Deltoideus gedrungen, und bildete unter der Haut am untern Winkel des entsprechenden Schulterblatts eine ungewöhnlich grosse Hervorragung. Ich förderte sie durch Incision zu Tage; es war eine wallnussgrosse, eiserne, achtlöthige Kartätschenkugel, die ihren Weg durch den Deltoideus um das Schultergelenk am äussern Rande des Schulterblattes hinab genommen; sie hatte Reste von Kleidungsstücken durch diesen langen weiten Kanal mit sich geführt, die schon wenige Tage später aus der künstlichen Gegenöffnung mittelst der Kornzange entfernt wurden. Die wegen der ungewöhnlichen Weite des Schusskanals langsamer vor sich gehende Verheilung deutete, wegen der sonstigen Gutartigkeit des Verlaufs, auf die Unverletztheit irgend eines Knochens.

Fall IV. Ed. Pinnow war, indem er sein Gewehr angelegt hatte, eine Flintenkugel an der Volarfläche der linken Handwurzel eingedrungen und hatte sich in den Weichtheilen bis unterhalb des Ellenbogengelenks Bahn gebrochen. Hier oberflächlich unter der Haut liegend, wurde sie herausgeschnitten. Nachdem die brandigen Portionen des Schusskanals sich losgestossen, erfolgte, unter Anwendung einer richtig geleiteten Compression, eine über Erwarten schnelle Verheilung, ohne die anfangs befürchtete Beeinträchtigung der benachbarten Beugemuskeln oder Sehnen zu hinterlassen.

Fall V. H. Boldt war durch eine in den linken Oberschenkel eingedrungene Flintenkugel niedergestreckt worden. Diese war an der äussern Seite desselben in der Mitte eingedrungen. Erst einige Tage später markirte sie sich, eine schmerzhafte Geschwulst bedingend, in der linken Hinterbacke in der Nähe des *Nervus ischiadicus*. Die Kugel lag ziemlich tief und war wegen ihrer platten und zackigen Form mit den Gesässmuskelfasern innig verfilzt. Der daraus gezogene Schluss, dass sie auf den Oberschenkelknochen geschlagen und an demselben emporgeglitten, bestätigte sich nachträglich, indem ich nach Abstossung der brandigen Weichtheile mit einem dicken elastischen Katheter genau sondiren konnte, in welcher Ausdehnung das Ileum vom Periost ent-

blösst war. Der Verlauf der Verwundung war ein sehr klippenreicher. Zuvörderst war die Umbettung des sehr empfindlichen Kranken, wegen schmerzhafter Flexion im Hüftgelenk, eine schwierige Aufgabe. Dazu gesellten sich anfallsweise und spontan auftretende neuralgische Schmerzen im linken Unterschenkel (*N. peronaeus* und *tibialis*), die ihren Grund in einer Verletzung des *N. ischiadicus* haben mussten. Ausserdem befielen Boldt vom 10. bis 14. Tage unregelmässig auftretende Schüttelfröste, die ich, nach den kurz vorher in der Berliner Charité an den März-Verwundeten gemachten Erfahrungen, für sichere Verkünder einer eingetretenen tödtlichen Pyämie halten musste. Ob diese Deutung die richtige gewesen, und das dagegen neben intensiv nahrhafter Kost in Anwendung gezogene Calomel mit Opium das Allgemeinleiden coupirt, oder ob die Schüttelfröste nur ein Reflex einer in der Tiefe vor sich gehenden Eiterung gewesen? wage ich nicht zu entscheiden. Genug, die den B. sehr angreifenden und auf den bis dahin gutartigen Charakter der Wunden sehr nachtheilig wirkenden Fröste sind seit dem 24. Tage nicht mehr aufgetreten. Der über 1 Fuss lange Schusskanal schloss sich bei abwechselnd gemachten Einspritzungen einer Auflösung des Chlorkalks oder der Myrrhen-Tinctur und Anlegung einer Expulsivbinde, sowie wiederholt nothwendig gewordener blutiger Dilatation der künstlichen Gegenöffnung, sehr allmälig, wovon die Hauptursache in der so ausgedehnten Entblössung des Oberschenkelknochens zu suchen war. Als ich 73 Tage später den Verwundeten zum letzten Male sah, war er schon fähig, sich an Krücken fortzuhelfen, wobei er sich des getroffenen Gliedes mit einer gewissen Kraft bediente, und darf ich voraussetzen, dass er allmälig den vollständigen Gebrauch desselben wieder erlangt haben wird.

Fall VI. J. Evers hat zwei Kugeln bekommen. Die eine hat ihn niedergerissen und marschunfähig gemacht; er klagt sie wegen der hervorgerufenen Schmerzen besonders an; sie ist am vorderen inneren Rande des linken Schienbeins eingedrungen, hat einen Theil desselben mit sich gerissen und liegt hinten in der Wade unter der Haut, wo ich sie durch das Messer entferne. Die andere, von der weniger die Rede ist, ist unter dem äusseren Winkel des linken Schulterblatts eingedrungen, und liegt in der Mitte der linken Unterschlüsselbeingegend oberflächlich unter der Haut. Wer hätte auf den ersten Anblick nicht mit mir an eine penetrirende Brustwunde gedacht! Allein es fehlen alle auscultatorischen wie sonstigen Symptome, die auch nur für eine Lungenerschütterung sprächen, und später konnte ich mit dem elastischen Katheter den Weg, den die Kugel auf der Rippe durch die Achselhöhle um den Thorax herum genommen, verfolgen. Der Verlauf beider Schusswunden war ein verhältnissmässig günstiger. — Nach dem zweiten Düppeler Treffen kam mir ganz dieselbe Verwundung vor, wo die Kugel ebenfalls um die Rippen herum ihren Weg genommen und vorn unter der Haut liegen geblieben war, ohne irgend die Brustorgane zu beeinträchtigen.

Fall VII. F. Kühne hatte nur eine leichte Quetschwunde der Unterlippe und den Verlust des linken unteren Schneidezahns erlitten, Verletzungen, die durch eine Kugel erzeugt waren, die matt ihm nur so tief in den Mund gedrungen, dass er dieselbe, ohne in der Hitze des Gefechts weitere Notiz von ihr zu nehmen, sogleich wieder ausgespieen.

Fall VIII. C. Bertram war durch eine Kugel niedergerissen, die ihm den rechten Zitzenfortsatz in der Ausdehnung eines Thalers blossgelegt. Symptome einer Gehirncommotion traten nicht ein, doch war ich auf eine langwierige Exfoliation gefasst. Unter der Anwendung von Anfangs mit Bleiwasser, später mit Chlorkalklösung getränkten Cataplasmen schloss sich die Wunde durch Granulation von den Rändern aus über Erwarten schnell über dem denudirten Knochenstück. In der Meinung, letzteres werde als nekrotisch sich durch die Neubildung wieder Bahn brechen, behielt ich Bertram noch 4 Wochen im Lazareth, bis ich seinen Bitten um Entlassung nachgab, weil der gefürchtete Ausgang mir von Tage zu Tage unwahrscheinlicher wurde.

Fall IX. A. Redde, Hannoveraner, war eine Kugel von vorn durch den rechten Tibiakopf gedrungen, und hatte hier, wie in einer Fensterscheibe, eine runde Oeffnung bedingt. Sie lag, etwas glatt und zackig, in der Kniekehle unter der Haut, wo sie herausgeschnitten wurde. Unter Beobachtung nur mässiger Antiphlogose traten in dem benachbarten, durch eine Schiene unbeweglich gemachten Kniegelenke wider Erwarten keine Entzündungserscheinungen ein. Die Kniekehlenwunde, die nach Ausstossung von Kleidungsresten grosse Neigung zur Verschliessung zeigte, wurde künstlich offen erhalten, um den Wundsecreten Abfluss zu erhalten. Gestattete nun auch die kanalförmige Schienbeinwunde dem Redde aus Vorsicht nicht den Gebrauch des Gliedes, so verursachte sie ihm doch während des allerdings sehr langsamen Verlaufes keine schmerzhaften Beschwerden. Leider habe ich die Schliessung derselben nicht mehr erlebt, doch mag sie spät erfolgt sein.

Gangraena epidermica cum Hemiplegia ex Revaccinatione.

Von

Dr. Döderlein.

Eine der vielen auf Erledigung harrenden Fragen der jetzigen Medicin ist die Frage der Revaccination. Wichtig ist sie insofern, als von der einen Seite das Impfen als etwas durchaus Schädliches dargestellt wird, während die Vertheidiger dieses durch langjährige Praxis eingebürgerten Gebrauches sich vornehmlich auf die glänzenden Resultate stützen, die sie im Vergleich mit einer früheren Zeit, in der das Menschengeschlecht im buchstäblichen Sinne des Wortes durch die Blattern theils decimirt, theils grässlich verunstaltet wurde, statistisch nachweisen können. Es ist hier nicht der Ort, die verschiedenen Gründe gegen einander abzuwägen; ich bringe nur einen Fall zur öffentlichen Kenntniss, der neben dem vielen Interessanten, das er im Allgemeinen bietet, doppelt interessant für alle diejenigen sein muss, welche sich mit dieser Frage beschäftigen, oder welche ein Wort der Entscheidung darin mitzusprechen haben.

Soldat Meyer, 21 Jahre alt, wurde am 10. April 1850 mit etwa 20 anderen Soldaten in Germersheim revaccinirt. M. hatte sich bis dahin der besten Gesundheit erfreut, konnte sich keiner irgend bedeutenden Krankheit aus seinem früheren Leben erinnern, und war in seinem 1. Lebensjahre in seiner Heimath in Schwaben geimpft worden. Die ersten Tage nach der Revaccination befand sich M. auch ganz wohl, als derselbe jedoch 8 Tage nachher, am 17. April, zur Controle mir vorgeführt wurde, fand ich die Blattern, die sich seiner Angabe nach ohne besonderen Schmerz entwickelt hatten, in folgendem Zustande: Am linken Arm hatten sich sämmtliche 5 Blattern entwickelt, waren jedoch gänzlich in einander zusammengeflossen, so dass man nur mit Mühe die einzelnen auseinanderkennen konnte. Die ganze Geschwulst hatte eine blauschwarze Farbe, und stand auf einem weit in der Umgegend stark entzündeten Grunde. Der Arm war fast ganz unbeweglich. Am rechten Arm hatten sich nur 3 Blattern entwickelt, und auch diese zeigten, nur in geringerem Grade, die auffallende blauschwarze Farbe und einen bedeutenden Entzündungsgrad. Als ich sie mit einer Lancette leicht öffnete, floss eine geringe Menge blutigen Serums aus, das jedoch weder auf die Farbe, noch auf den Umfang der Geschwulst Einfluss hatte. Das Allgemeinbefinden war gut, wenig Fieber, etwas angehaltener Stuhl; keine gastrischen oder nervösen Erscheinungen.

Eine Ursache dieser auffallenden Entwickelung konnte durchaus nicht ermittelt werden; der Kranke hatte nach den einstimmigen Aussagen seiner Kameraden in den 8 Tagen äusserst solid gelebt, hatte sich keiner besondern Erkältung oder Durchnässung ausgesetzt, nur war er in einem ziemlich feuchten, dumpfen, halb unter der Erde gelegenen Festungsvorwerk casernirt gewesen. Auch die Temperatur war während dieser 8 Tage stets feucht oder regnerisch gewesen.

Natürlich wurde M. augenblicklich ins Krankenhaus aufgenommen; da keine Symptome vorhanden waren, die irgend auf ein Allgemeinleiden schliessen liessen, so wurde ihm ein Abführmittel gereicht und örtlich warme Chamillenfomentationen gemacht.

Die Nacht verlief ganz ruhig, so dass Pat. am 18. April noch bei der Morgenvisite sich für ganz wohl erklärte; die Fomentationen hatten ihm die Schmerzen etwas gelindert, und er glaubte schon den Arm freier bewegen zu können. Es war durchaus kein Grund da, die Ordination zu wechseln.

Kurze Zeit darauf jedoch änderte sich das Bild.

Als Meyer im Verlaufe des Vormittags zur Verrichtung eines natürlichen Bedürfnisses aus dem Bette steigen wollte, stürzte er plötzlich zusammen und konnte trotz aller Bestrebungen nicht mehr aufstehen. Als ich ihn sodann untersuchte, fand ich seine ganze rechte Seite gänzlich gelähmt. Die Extremitäten ganz unbeweglich, das Gesicht und der Hals herabhängend, der Mundwinkel und das Auge nicht schliessbar; das Gefühl war unverändert, Pat. fühlte den leisesten Hauch und die leiseste Berührung; die Functionen der Sinnesnerven ungestört. Dabei sehr heftiger dumpfer Kopfschmerz, Ohrensausen, der Puls voll und langsam, gänzliche Appetitlosigkeit, starker Durst. Die Stuhl- und Harnentleerung war unwillkürlich vor sich gegangen. Der Kranke erzählt weinend, dass er seinen rechten Arm und Fuss nicht rühren kann. Wir hatten es mit einer totalen Hemiplegie zu thun.

Eine kräftige Antiphlogose hatte keinen Erfolg; die Krankheit nahm einen torpiden Charakter an, dem natürlich durch die geeigneten Mittel, wie Arnica, *Nux vomica*, China etc. in Verbindung mit Revulsivis energisch begegnet wurde. Die Gangrän an den Armen begrenzte sich nach etwa 8 Tagen bei fortwährendem Gebrauch der Fomentationen von selbst; der Schorf stiess sich ab und es kam ein Geschwür mit ziemlich schlechtem Grunde im Durchmesser von ca. 3 Zoll zum Vorschein, das des rechten Arms etwas kleiner. Nach wenigen Tagen

indess besserte sich das Aussehen der Geschwüre, die nach Abstossung des Schorfes mit Digestivsalbe verbunden, und täglich einigemal sorgfältig gereinigt wurden, zusehends und waren nach Verlauf von 6 Wochen gänzlich geschlossen. Die Lähmung dagegen besserte sich trotz aller Revulsiva und Reizmittel, die in allen Formen angewandt wurden, nur wenig; das Gesicht nahm zwar ein etwas componirtes Ansehen an; das Auge und der Mund konnte geschlossen werden; aber die Extremitäten konnten nach Verlauf von 8 Wochen nur wenig bewegt werden, und der Kranke wurde, da er zum Militärdienste untauglich erklärt werden musste, im Monat Juni in seine Heimath entlassen, wo die Zeit vielleicht in etwas seine gelähmten Glieder wieder brauchbar machen wird. —

Ich habe den zweiten Theil dieser Krankengeschichte absichtlich kürzer gefasst, weil er weniger Interessantes bietet und der Verlauf im Ganzen der den Hemiplegien gewöhnliche ist; ich füge jedoch noch einige Bemerkungen bei.

Natürlich musste uns vor allen Dingen daran gelegen sein, die Ursache der so auffallenden, fast unerhörten gangränösen Entwicklung der Vaccinapusteln zu erforschen; allein wie schon oben bemerkt, konnten wir ausser der feuchten Witterung und dem dumpfen Aufenthaltsorte des Kranken nicht die mindesten Anhaltspunkte gewinnen. Es lag uns die Möglichkeit nahe, dass vielleicht die Lancette nicht ganz rein gewesen sei oder schon zu andern Zwecken gedient haben könnte; allein es waren ganz eigene zu diesem Zweck allein bestimmte Impfnadeln da, die nie anderweitig gebraucht worden sind; dazu kommt, dass gegen 20 andere in ganz gleichen Verhältnissen sich befindende Soldaten mitgeimpft wurden, bei denen allen die Pusteln ihren normalen Verlauf genommen haben. Auch die Leute, von denen abgeimpft worden war, befanden sich alle, wie die Untersuchung herausstellte, vollkommen gesund.

Leichter scheint uns die Ursache der Hemiplegie erklärbar zu sein. Diese kann wohl nur durch Resorption der in den gangränösen Pusteln gebildeten Jauche entstanden sein, die wahrscheinlich auf mechanische Art durch Verstopfung einer kleinen Gehirnarterie eine Zerreissung derselben bedingte, und so ein Exsudat setzte, das, wenn auch im Verlauf der Krankheit resorbirt, doch seine Folgen durch bleibende Lähmung der Extremitäten äusserte. Eine nach früheren Theorien nahe liegende Metastase der Jauche auf das Gehirn anzunehmen, scheint mir des jetzigen Standes der Wissenschaft unwürdig zu sein, obwohl in einem solchen Falle für die eine Theorie sich so viel sagen lassen wird, als für die andere. Dass Exsudat gesetzt war, glauben wir mit Recht aus dem langsamen Verlauf und aus der die ganze rechte Seite einnehmenden Lähmung schliessen zu dürfen; wahrscheinlich ist dasselbe in dem Moment des Aufrichtens durch Berstung einer Arterie ausgetreten und hat die Nervenleitung so rasch unterdrückt, dass es dem Kranken selbst nicht einmal zum Bewusstsein kam. Um so auffallender ist, dass das Bewusstsein den Kranken nicht einen Augenblick verliess; er fühlte sein Leiden deutlich und war sehr traurig darüber, dass sein Arm und sein Bein seinem Willen nicht mehr folgten, während in andern Fällen fast immer das Bewusstsein wenigstens momentan verschwunden ist.

Im Allgemeinen glaube ich nicht, dass dieser Fall, so lange er so vereinzelt dasteht als jetzt, bedeutenden Einfluss auf die Frage der Revaccination haben darf; allein er verdient insofern alle Beachtung, als er eine traurige Warnung für alle diejenigen enthält, welche den Zustand der Geimpften während der Entwickelung der Pusteln für einen ungefährlichen und der Beachtung nicht werth halten; auch zweifle ich nicht, dass die Gegner der Revaccination ihn gehörig ausbeuten werden.

Miscellen.

Berliner Gesundheitspflege-Verein.

Zweiter Bericht.

Erstes Quartal 1851.

A. Bericht des ärztlichen Comité's.

Die Veröffentlichung dieser Berichte hat — ausser der Rechenschaft, welche mit derselben über die Wirksamkeit des Vereins dargelegt wird — den Zweck, ein für die medicinische Gewerbestatistik nutzbares Material zu liefern. Um Resultate zu gewinnen, welche die vielfachen und wichtigen Fragen der medicinischen Statistik beantworten, bedarf es der fortgesetzten, regelmässigen Sammlung zahlreicher und zuverlässiger Thatsachen. Kann der einen Forderung durch sorgfältige Beobachtung und gewissenhafte Berichterstattung genügt werden, so hängt die Erfüllung der andern wesentlich von dem Umfange und dem Inhalte des Beobachtungskreises ab, welchem die Thatsachen entnommen werden. Der Kreis, auf welchen sich die Wirksamkeit des Vereins erstreckt, umschliesst allerdings nur einen geringen Bruchtheil der Bevölkerung der Hauptstadt; indess bietet eine Anzahl von circa 10,000 Männern gerade aus der arbeitenden Klasse gewiss ein nicht unerhebliches Interesse, sowohl bezüglich der Quantität, als der Qualität der Krankheits- und Sterblichkeits-Ursachen und Wirkungen. Diese in einer wissenschaftlichen Anforderungen entsprechenden Weise darzulegen, ist die Aufgabe, welche zum Theil mittelst dieser Berichte zu erfüllen, das Comité sich vorgesetzt hat.

Die gewaltsamen Störungen, welche die Vereinswirksamkeit im 1. Quartal dieses Jahres erdulden musste, sind nicht im Stande gewesen, dieselbe irgend wie zu beschränken, oder die praktische und wissenschaftliche Aufgabe des ärztlichen Comités zu alteriren. Gegenüber diesen feindlichen Bestrebungen sind vielmehr die mannigfachen Zeichen anerkennender Theilnahme, welche die Vereinswirksamkeit gefunden, eine um so stärkere Veranlassung, ungestört und energisch in derselben fortzufahren, als unverkennbar jetzt auch in allgemeineren Kreisen unserer Stadt das Interesse für Gesundheitspflege und Medicinalstatistik rege zu werden beginnt.

Die Gesichtspunkte, von welchen bei der Beobachtung und Sammlung der in diesen Berichten enthaltenen Data ausgegangen wird, ergeben sich aus der Anordnung selbst; da von denselben die mögliche Verwerthung des gesammelten Materials abhängt, so kömmt es vor Allem darauf an, dieselben den Forderungen der medicinischen Statistik anzupassen, resp. zu erweitern und zu vervielfachen. — Die in dem diesmaligen Berichte vorgenommenen Veränderungen finden sowohl in der erwähnten Rücksicht, wie in den besondern Verhältnissen der den Verein zusammensetzenden Genossenschaften ihre Begründung; das Speciellere ergiebt sich aus einem Vergleiche der betreffenden Rubriken des vorigen und des gegenwärtigen Berichts. Hier sei allgemein bemerkt, dass der diesmalige Bericht nicht aus 3 Monatsberichten zusammengestellt ist, sondern ein durch die 3 Monate fortgesetzter Quartalbericht ist. Derselbe enthält mithin den Bestand von ult. December 1850 und den Zugang im Januar, Februar und März; als Rest am ult. März sind nur diejenigen Krankheitsfälle notirt, welche sich am 10. April noch in ärztlicher Behandlung befunden haben. Indem so die durch die frühere monatliche Berichterstattung nothwendig gewesene Uebertragung des Bestandes jedes einzelnen Monats auf den folgenden fortgefallen ist, hat auch die in dem vorigen Berichte noch notirte Differenz zwischen der Zahl der Krankheitsfälle und der kranken Individuen vermieden werden können. Die Berichterstattung über einen noch grösseren Zeitraum, etwa auf ein halbes oder ganzes Jahr, auszudehnen, schien nicht angemessen; dieselbe würde die Zusammenstellung überaus mühevoll und gewiss weniger zuverlässig machen; eine Recapitulation über das ganze Jahr wird auf Grund der Quartalberichte leicht möglich sein. Andererseits ist versucht worden, diejenigen Data, deren Vorkommen in den einzelnen Monaten von Interesse ist, nach denselben zu notiren. — Die Organisation der den Verein bildenden Krankenkassen, deren specielle Erörterung sowohl wegen ihrer mannigfachen Eigenthümlichkeiten, als wegen ihrer grossen, bisher durchaus nicht genügend gewürdigten Bedeutsamkeit für die öffentliche Gesundheitspflege Berlins einem anderen Orte vorbehalten bleibt, bietet der statistischen Würdigung der Krankheits- und Sterblichkeitsereignisse noch immer vielfache Schwierigkeiten dar. Leider hat, besonders durch den Einfluss äusserer Hemmnisse, die Unterscheidung zwischen den (für die Gesundheitspflege am Verein) berechtigten und unberechtigten Kassenmitgliedern noch nicht aufgehoben werden können; eben so war es unmöglich, die Zahl der Individuen zu constatiren, welche durch Zuzug und Abzug einen Wechsel in den Personen der Genussberechtigten herbeiführten. Jedenfalls ist dieser Wechsel wenigstens in einzelnen Genossenschaften ein nicht ganz unerheblicher, mithin die Summe der Genussberechtigten während eines Quartals grösser als die Durchschnittssumme.

1. *a)* Die Zahl der Genussberechtigten hat betragen:

im Januar . . .	9495
im Februar . . .	8801
im März	9113

d. h. durchschnittlich im Quartal 9136.

Die Verminderung der Zahl der Genussberechtigten im Februar und März war bedingt durch das Ausscheiden der Schlosser und Drechsler. Siehe den Vorstandsbericht.

b) Die **Krankenzahl** hat betragen:

Im Monat:	Durch Bestand vom vorigen Quartal:	Durch Zugang an neuen Erkrankungen:	Also Kranke überhaupt:
Januar	262	697	—
Februar	—	580	—
März	—	598	—
Summa	262	1875	2137 [1])

In dieser Krankenzahl sind diejenigen **nicht** inbegriffen, welche Bruchbänder oder Brillen erhalten haben.

Die Bestimmung des **quantitativen** Krankheitsverhältnisses ist insofern schwierig, als, wie erwähnt, der Wechsel eines Theiles der Genussberechtigten es bewirkt, dass in Wirklichkeit die Zahl der an der Gesundheitspflege des Vereins während des Quartals betheiligt gewesenen Individuen grösser ist, als es die berechnete Durchschnittssumme anzeigt. Andererseits hat eben dieser ab- und zuziehende Theil der Genussberechtigten **nicht** während des **ganzen** Quartals, sondern nur innerhalb eines mehr oder weniger grossen **Bruchtheils** desselben an der Vereinspflege Theil genommen. Unter Berücksichtigung dieses Verhältnisses, dessen Einfluss genauer zu bestimmen nicht möglich ist, scheint zur Beantwortung der Frage, **in welchem Procentverhältniss die Genussberechtigten des Vereins innerhalb des Quartals erkrankten**, eine **Vergleichung der Quartal-Durchschnittssumme derselben mit der Krankenzahl** am angemessensten. Diese Vergleichung liefert ein von der Berechnung im vorigen Berichte, in welchem die Genussberechtigten jedes einzelnen Monats als eine Einheit für sich betrachtet wurden, dem Anschein nach durchaus differirendes Resultat. Um dasselbe mit dem diesmaligen, das jedenfalls der Wirklichkeit vollkommener entspricht, in Beziehung zu bringen, bedarf es nur der Addition der Procentsätze von 3 Monaten des vorigen Berichts, z. B. September (Bestand und Zugang) und October und November (Zugang). Dieselbe ist = 24,44. — Um die **relativen** Krankheitsverhältnisse in den **einzelnen Monaten** zu bestimmen, wurden auch diesmal die Summen der Genussberechtigten jedes Monats mit der Zahl der neuen Erkrankungen verglichen. Hiernach ergiebt sich folgende Uebersicht der Procentsätze des Krankheitsverhältnisses. Es haben betragen:

Im Monat:	Die neuen Erkrankungen:	Die Summe der Kranken überhaupt:
Januar	7,33 pCt.	—
Februar . . .	6,59 pCt.	—
März	6,56 pCt.	—
Im Quartal . . .	20,52 pCt.	23,39 pCt. [2])

II. Von den 2137 Kranken sind im Ganzen 1874 entlassen worden, und zwar als:

Geheilt:	Gebessert:	Ungeheilt i. e. invalide:	Weggeblieben:	In ein Spital:	Gestorben:	Summa:
1643	75	1	62	80	13	1874

so dass pro 1. April 1851 ein Bestand von 263 verbleibt.

Die **Gebesserten** betrafen Fälle von Tuberculosis 30, *Vitia cordis* 4, Bronchialkatarrhe 9, organische Unterleibsleiden 5, Krankheiten des Nervensystems 7, Alkohol-Intoxication 1, Blei-Intoxication 1, chronische Hautkrankheiten 4, Caries 1, Katarrh der Harnröhre 1, Cataract 1, *Rheumatismus inveter.* 1 und 10 Fälle von Hämorrhoidalbeschwerden; = 75.

Als **invalide** entlassen wurde 1 unv. Buchdrucker, 40 J. alt, an *Tuberc. pulm. heredit.*, nach zwölfmonatlicher Behandlung.

Von den **Weggebliebenen** gingen in die Behandlung anderer Vereinsärzte über 30, verzogen aus Berlin 6, blieben aus der Kur 17, 9 kamen durch Ausscheiden ihrer Gewerksgenossenschaft aus der Behandlung; = 62.

Die nach einem **Spital Geschafften** waren notirt an: secundärer Syphilis 3, venerischer Blennorrhagie 1, Scabies 16, Variola 8, Alkohol-Intoxication 1, Tuberculosis 19, schwere Verletzungen 2 (1 *Fract. crur.*, 1 *Vulnus capit.*), *Febris gastr.* 4, Typhus 2, Bronchialkatarrh 2, *Rheum. ac. artic.* 4, *Bubo idiopath.* 1, organ. Gehirnleiden 1, *Vitium cordis* 1, Pneumonie 2, *Carcinoma ventriculi* 1, Taenia 1, *Morb. renal.* 1, Prostatitis 1, *Strictura urethrae* 1, Hydrocele 1, Caries 1, Spondylitis 1, Krankheiten des Nervensystems 3 (1 Epilepsie, 2 Paralysen), *Hydrops univers.* 1, Geisteskrank 1; = 80.

Von diesen 80, welche der Spitalpflege bedurften, waren **Schneider** 26, **Schuhmacher** 12, Maschinenbauer 20, Drechsler 6, Buchbinder 4, Schlosser 2, Seidenwirker 4, Messerschmiede 1, Posamentiere 1, Handschuhmacher 1, Cigarrenarbeiter 1, Vergolder 1, Friseure 1; = 80 [1]).

Die **Todesfälle** waren bedingt durch Tuberculosis 8, *Apoplexia sanguinea* 1, *Vitium cordis* 1, Pleuritis 1, *Carcinoma ventriculi* 1, unbestimmte Ursache 1 [2]); = 13.

III. Bei Unterscheidung der **Krankheitsarten** an den während des Quartals notirten Krankheitsfällen ergaben sich folgende Data:

	Namen der Krankheit:	Bestand.	Zugang.	Summe.
1.	Primäre Syphilis	3	34	37
2.	Constitutionelle Syphilis	5	23	28
3.	Venerische Blennorrhagien	10	103	113
4.	Scabies	—	23	23
5.	Variola	2	27	29
6.	Alkohol-Intoxication	2	7	9
7.	Blei-Intoxication	—	7	7
8.	Schwere Verletzungen	12	29	41
9.	Leichte Verletzungen	21	173	194
10.	Magen- und Darmüberladungen . . .	2	62	64
11.	Entzündungen der Respirationsorgane . .	19	83	102
12.	Bronchialkatarrhe	20	223	243
13.	Katarrhe des Nahrungskanals	13	123	136
14.	Angina	1	37	38
15.	Grippe	8	73	81
16.	Rheumatismus	16	177	193
17.	Idiopathische Bubonen	2	29	31
18.	Acute Exantheme	1	8	9
19.	Erysipelas	—	4	4
20.	Ruhr	—	16	16
21.	Typhus	—	3	3
22.	*Febris gastrica*	4	38	42
23.	„ *intermittens*	5	23	28
24.	Tuberculosis	51	72	123
25.	Organisches Gehirnleiden	1	3	4
26.	Gehirncongestionen	—	26	26
27.	*Apoplexia sanguinea*	—	2	2
28.	Rückenmarksleiden	2	2	4
29.	Organische Herzfehler	2	9	11
30.	*Pericarditis rheumat.*	—	1	1
31.	Chronische Lungenkrankheiten . . .	1	11	12
32.	Chronische Magenleiden	2	8	10
33.	*Carcinoma ventriculi*	—	2	2
34.	Milz- und Leberleiden	3	8	11
35.	Icterus	—	3	3
36.	Taenia	—	2	2
37.	Hämorrhoidal-Beschwerden	3	68	71
38.	Krankheiten der Harnorgane	—	9	9
39.	Krankheiten der Geschlechtsorgane . .	3	10	13
40.	Chronische Leiden der Sinnesorgane . .	1	4	5
41.	Augenentzündungen	4	77	81
42.	Chronische Hautkrankheiten	8	54	62
43.	Zellhautgeschwüre	12	99	111
44.	Furunkeln und andere Zellhautleiden . .	—	30	30
45.	Knochenkrankheiten	2	6	8
46.	Krankheiten des Nervensystems . . .	5	25	30
47.	Geisteskranke	—	3	3
48.	*Diagnosis incerta*	1	11	12

[1]) Ueber den Moabiter Bezirk ist ein Bericht nicht erstattet worden; die daselbst etwa vorgekommenen Erkrankungen sind daher in dieser Zahl **nicht** enthalten.

[2]) Nach dem berechneten Procentsatze, welcher noch erhöht wird, wenn die Moabiter Kranken, sowie diejenigen Individuen, welche Bruchbänder oder Brillen erhalten haben, hinzugerechnet werden, hat **circa ein Viertel** der Mitglieder während des Quartals ärztliche Hülfe beansprucht. Weder der oben erwähnte Wechsel eines Theiles der Genussberechtigten durch Zu- und Abzug (derselbe ist nur in einigen Genossenschaften besonders erheblich), noch die Voraussetzung, dass die Krankensumme etwa eine besonders grosse Zahl nur **Unpässlicher** enthalte (circa ⅔ der Kranken waren circa 13 Tage **arbeitsunfähig**), vermögen die Bedeutsamkeit dieses Resultates zu vermindern. Dasselbe, so auffallend es erscheinen mag, stimmt übrigens mit den Ergebnissen, welche sich aus den Notizen ähnlicher Kreise, z. B. der städtischen Krankenpflege Berlins, Breslau's etc., herleiten lassen, vollständig überein, und beweist nur das **ungünstige** Krankenverhältniss der **arbeitenden** Klassen.

[1]) Diese Specification nach den einzelnen Genossenschaften, zunächst für die Verwaltung des Vereins von Interesse, dürfte auch insofern nicht überflüssig erscheinen, als die Nothwendigkeit der Spitalpflege in den meisten Fällen durch die besonderen **socialen** Verhältnisse der betreffenden Patienten bedingt wird.

[2]) Der Todesfall **aus unbestimmter Ursache** ist ein **plötzlicher** gewesen, und nach neunstündiger Erkrankung und fünfstündiger Behandlung eingetreten. Derselbe betraf einen 46jährigen verheiratheten **Schneider**. Die

Diese, im Vergleich zur bisherigen Berichterstattung durch eine strengere Unterscheidung der Krankheitsarten erweiterte und gleichzeitig fast alle vorgekommenen Krankheitsfälle enthaltende Specification ist bestimmt, ein Bild von dem eigentlichen Inhalt der Erkrankungen zu geben. Bei der Ordnung der Krankheitsgruppen ist in erster Reihe das ätiologische Moment berücksichtigt worden. Demgemäss ist mit denjenigen Krankheiten begonnen, welche sich als die bestimmten Wirkungen einer besondern Ursache darstellen (1—10), die drei letzten aus praktischer Rücksicht; dann folgen (11—23) diejenigen, welche mit der Krankheits- oder Witterungsconstitution in einem allgemein ursächlichen Verhältniss stehen. Die folgenden sind (mit Rücksicht auf ihre bestimmte oder wahrscheinliche anatomische Basis) nach den Organen gruppirt. Die zu einzelnen Gruppen hinzugefügten Erläuterungen sind in Berücksichtigung der einzelnen Berufsgenossenschaften in ihrem Verhältniss zu den vorgekommenen Erkrankungen in der IV. Rubrik aufgestellt. In dieselbe sind auch die Verzeichnisse der vertheilten Bruchbänder (51) und Brillen (58) aufgenommen. Diese 109 Personen sind in der allgemeinen Krankenzahl nicht enthalten.

Die Mittheilung statistischer Data zur genaueren Bestimmung der Krankheits- und Witterungsconstitution für jeden einzelnen Monat soll sich nach der eigentlichen Absicht auf alle 13 sub No. 11—23 genannten Krankheitsgruppen beziehen; dieselbe muss jedoch für diesmal auf die drei folgenden beschränkt werden.

Im Monat:	Grippe:	Variola:	Intermittens:
Januar . . .	40	15	7
Februar . .	31	6	5
März . . .	10	8	16
Im Quartal . .	81	29	28

Ausschliesslich für den 8. Bezirk (Oranienburger Vorstadt) sind 16 heftige Ruhrfälle und 8 Dickdarmkatarrhe (vorgekommen vom 18. Febr. bis Ende März) als abhängig von einem und demselben Genius epidemicus notirt.

In der Consultationsstunde sind 39 neue Fälle vorgestellt worden.

IV. Die Unterscheidung der Zahl der Krankheitsfälle, sowie der Krankheitsarten nach den einzelnen Gewerksgenossenschaften ergiebt folgende Data:

Die Genossenschaft der	Zahl der Krankheitsfälle im Quartal.	Procentsatz der Krankheitsfälle.	Davon entfallen auf: Primäre Syphilis.	Constitutionelle Syph.	Vener. Blennorrhagien.	Scabies.	Schwere Verletzungen.	Leichte Verletzungen.	Tuberculosis.	Chron. Hautkrankh.	Alkohol-Intoxication.	Blei-Intoxication.
1. Schneider . . .	366	22,41	9	9	31	11	1	18	32	14	—	—
2. Schuhmacher .	173	19,26	8	3	12	—	1	13	16	6	—	—
3. Schlosser. . . .	42	12,35	1	—	6	—	—	5	2	1	—	—
4. Seidenwirker .	163	20,05	1	—	5	1	4	—	7	5	1	—
5. Drechsler . . .	60	30,15	2	1	6	—	—	4	4	1	—	—
6. Droschken-K. .	47	15,35	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—
7. Buchbinder. . .	57	18,27	3	—	7	3	—	2	3	3	—	—
8. Kattundrucker.	34	15,45	—	—	—	—	—	1	3	1	—	—
9. Buchdrucker. .	57	25,58	2	4	5	—	—	1	6	1	1	1
10. Goldarbeiter. .	27	14,51	1	—	3	—	—	3	1	1	—	—
11. Posamentiere .	19	14,53	—	—	1	—	—	2	3	1	—	—
12. Handschuhm. .	17	16,07	1	1	1	—	—	—	1	1	—	—
13. Messerschmiede	12	15,19	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
14. Müller	18	29,51	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
15. Maler.	12	16,41	—	—	1	—	—	2	—	—	—	3
16. Dachdecker . .	11	35,00	—	—	2	—	—	2	—	1	—	—
17. Steinsetzer . .	3	6,67	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
18. Steinmetze. . .	24	54,55	—	—	1	—	—	—	3	1	—	—
19. Mechaniker . .	3	6,00	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Vergolder . . .	8	16,67	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—
21. Uhrmacher. . .	2	4,76	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
22. Schriftgiesser .	7	25,00	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
23. Friseure	7	18,42	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
24. Henniger's Fab.	6	21,00	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
25. Goldschm. Fab.	9	26,47	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
26. Seidenknopfm.	5	13,89		—	—	—	—	—	—	—	—	—
27. Cigarrenarbeit.	30	14,12	1	1	5	—	—	—	—	2	—	—
28. Unmittelb. M. .	33	27,05	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—
29. Unmittelb. Fr. .	39	29,56	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
30. Maschinenbauer	813	30,66	7	8	19	6	35	131	40	20	7	3
Summa	2137	23,39	37	28	113	23	41	173	123	62	9	7

Brillen.

Brillen sind während des Quartals im Ganzen 58 vertheilt worden; das Nähere ergiebt folgende Uebersicht:

Gewerke.	erhielten Brillen	hiervon presbyopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:	myopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:	asthenopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:
Schneider . . .	15	11	24—43	16—50	2	34 u. 45	30 u. 40	2	26 u. 31	35—40
Schuhmacher . .	5	3	27—50	30—60	1	22	7	1	22	26
Schlosser . . .	1	—	—	—	—	—	—	1	30	blau 60
Seidenwirker . .	8	5	43—60	16—50	1	38	16	2	30—49	26 u. 60
Drechsler . . .	3	—	—	—	1	23	40	2	27 u. 29	blau 30 u. 35
Kattundrucker. .	3	2	56—60	20—26	1	35	blau 40	—	—	—
Buchdrucker . .	3	—	—	—	3	28—42	10—36	—	—	—
Goldarbeiter . .	3	2	20—58	28—35	—	—	—	1	33	blau 90
Posamentiere . .	2	1	29	25	—	—	—	—	—	—
Maschinenbauer .	11	7	31—57	14—40	1	31	18	2	20 u. 43	bl. 18 u. 30
Seidenknopfmach.	3	1	33	15	1	26	18	—	—	—
Cigarrenmacher	2	—	—	—	2	25—33	7 u. 8	—	—	—
	58	32	—	—	13	—	—	11	—	—

Bemerkungen. 1) Der myopische Kattundrucker war zugleich asthenopisch.

2) Ein 20jähriger Goldarbeiter wurde, nachdem er den Typhus überstanden, presbyopisch und erhielt No. 35 convex.

3) Der zweite Posamentier erhielt wegen *Cataracta incipiens* convex No. 24.

4) Ein Maschinenbauer erhielt wegen *Cataracta incipiens* convex No. 14.

Bruchbänder.

Bruchbänder erhielten im Januar 19, im Februar 12 und im März 20, im Ganzen 51. Von diesen bekamen 45 neue, 6 Reparaturen ihrer alten (in den Verein mitgebrachten) Bruchbänder. Folgendes Schema veranschaulicht die Zahl und Art der Gewerke, die Oertlichkeit des Bruches und das Alter der Herniosen.

Bruchbänder erhielten:

		rechtsseitig:	linksseitig:	doppelt:	im Alter von J.:
22 Maschinenbauer	4 Schlosser	2	—	2	28—57
	6 Schmiede	4	1	1	
	7 Arbeitsm.	2	3	2	
	3 Tischler .	3	—	—	
	1 Mechanik.	—	1	—	
	1 Stellmch.	1	—	—	
6 Schneider		5	—	1	20—63
5 Schlosser		1	3	1	22—33
4 Seidenwirker		—	2	2	34—60
4 Buchdrucker		3	1	—	22—45
2 Schuhmacher		1	—	1	37 u. 72
1 Drechsler		1	—	—	33
1 Droschkenkutscher . .		1	—	—	42
1 Kattundrucker		—	1	—	35
1 Steinmetz		1	—	—	53
1 Steinsetzer		1	—	—	41
1 Messerschmied		—	1	—	23
1 Posamentier		—	—	1	31
1 Goldschmidt'sch. Fabrikarb.		—	1	—	37

Demnach waren unter 51 äusseren Leistenbrüchen, von denen 13 scrotale: rechtsseitig 26, linksseitig 14, doppelt 11. — Von den letzteren ist nur bei 3 notirt, dass der Bruch links zuerst hervortrat, während es bei den übrigen 8 nicht zu eruiren war. — Dass auf die Maschinenbauer beinahe die Hälfte der Bruchbänder fällt (von 51 nämlich 22), rührt nicht allein daher, dass dieselben sich am meisten Verletzungen aussetzen müssen (von 22 Maschinenbauern hatten nur 9 nach ihrer Aussage den Bruch sich bei ihrer Arbeit zugezogen, und von diesen waren nur 3 vor 3—28 Tagen entstanden) und dass ihre Krankenkasse Bruchbänder früher nicht lieferte, sondern auch, dass §. 3 der Statuten des Berliner Gesundheitspflege-Vereins, wonach nur mit einem Gesundheitsattest versehene Arbeiter genussberechtigt werden sollen, hier nicht beachtet wurde, die spätere Nachweisung aber, dass der Bruch schon vor der Aufnahme bestand, oft unmöglich war. — Als örtliche Complicationen sind notirt: 4 *Varicocele sinistra* bei *Hernia inguinalis dextra* (bei 1 Schuhmacher, 1 Buchdrucker, 1 Maschinenbauer-Schmied, 1 Maschinenbauer-Schlosser), — 2 Hodengeschwülste nach traumatischer Orchitis, bei 1 Goldschmidt'schen Fabrikarbeiter auf der Seite des Bruches (der linken) und bei 1 Seidenwirker rechts bei einem doppelten Bruch, — 1 *Hydrocele sinistra* bei *Hernia inguinalis bilateralis* eines Seidenwirkers — und angeborene Atrophie beider Testikel bei einem 28jährigen seit Kurzem verheiratheten Maschinenbauer-Tischler mit *Hernia inguinalis dextra* (derselbe hatte sehr kleinen Penis, auffallende Sopranstimme, war ohne Bart,

Krankheitserscheinungen glichen der einer *Hyperaesthesia plex. cardiaci*; die Section war resultatlos. Das Ausführlichere wird einer weiteren Mittheilung vorbehalten.

aber ohne Entwickelung der Brüste). — Bei 7 war der Bruch seit 3—14 Tagen entstanden, 5 gaben eine 4—8wöchentliche und 2 eine 3—5monatliche Dauer an. 32 waren mit dem Bruch seit 2—22 Jahren behaftet und 5 seit ihrer Kindheit. — Erbliche Anlage gaben 23 an, während 28 sie theils in Abrede stellten, theils gar keine Auskunft darüber ertheilen konnten. 21 wollten den Bruchaustritt bei oder unmittelbar nach ihrer Arbeit bemerkt haben, und zwar 14 nach dem Heben schwerer Lasten (von grossen Steinen, Eisenstücken, Wagen), 4 in Folge von Stössen gegen den Unterleib und 3 durch einen Fall von einer Höhe herab. Heftige Hustenanfälle nannten 5 als Ursache, von denen 2 an Lungentuberculose litten, einer Pressen nach hartnäckiger Verstopfung. Bei 24 war keine Ursache zu erforschen. — Bei der obigen Zusammenstellung nach den Gewerken ergiebt es sich, dass das Alter der Herniosen zwischen 20 und 72 J. schwankte. Eine Vergleichung des Alters derselben (ohne Rücksicht auf ihre Beschäftigung) ergiebt folgende Zahlen: 12 waren zwischen 20 und 29 — 25 zwischen 30 und 40 — 10 zwischen 41 und 50 und 6 über 50 Jahre. Von diesen waren 23 verheirathet, 28 nicht.

Unter den schweren Verletzungen waren die 29 neu hinzugekommenen 8 Fracturen (*mandibul. commin.* 1, *ulnae* 1, *digit.* 2, *tibiae* 1, *cruris* 2, *oss. metacarp.* 1) — 9 Zerquetschungen mit Verlust eines oder mehrerer Fingerphalangen — 5 heftige Quetschungen der Weichtheile — 1 *Fissura scapulae* durch einen Fall — 2 Verbrennungen (1 der Hand, 1 der oberen und unteren Extremitäten durch Explosion eines Dampfkessels).

Vergl. No. 25, 27—29, 32—34, 46 u. 47 der III. Rubrik.

Organ. Gehirnleiden: 2 Schneider, 1 Droschkenkutsch., 1 Buchbind.
Apoplexia sanguinea: 1 Seidenwirker, 1 Maschinenbauer.
Rückenmarksleiden: 1 Schneider, 1 Maschinenbauer, 2 Cigarrenarb.
Organ. Herzfehler: 2 Schneider, 2 Schuhmacher, 4 Maschinenbauer, 1 Handschuhmacher, 1 Friseur, 1 unmittelbarer Mann.
Chron. Magenleiden: 1 Schneider, 1 Schuhmacher, 7 Maschinenbauer, 1 Drechsler.
Carcinoma ventriculi: 1 Maschinenbauer, 1 Seidenwirker.
Chron. Leberleiden: 4 Schneider, 2 Schuhmacher, 4 Maschinenbauer, 1 Buchbinder.
Krankheiten des Nervensystems: 11 Neuralgien (2 Schneider, 7 Maschinenbauer, 1 unmittelbarer Mann und 1 unmittelbare Frau); 4 Epilepsien (1 Drechsler, 1 Schuhmacher, 1 Buchbinder, 1 unmittelbarer Mann), 1 Anästhesie der linken Seite (1 Schneider), 1 Agrypnie (1 Seidenwirker), 3 Paralysen (1 Schneider, 1 Maschinenbauer, 1 Maler); 1 Trismus (1 Schuhmacher), 5 Hypochondrien (3 Schuhmacher, 1 Maler, 1 Buchbinder), 2 Hallucinationen (1 Schuhmacher, 1 Handschuhmacher), 1 Neuritis (1 Maschinenbauer), 1 Neuroma (1 Maschinenbauer).
Geisteskranke: 1 Maschinenbauer, 1 Schneider, 1 Buchdrucker.

V. Die Unterscheidung der Kranken in Stationäre und Ambulatorische ergiebt, dass während des Quartals vorhanden waren: 736 Stationäre und 1401 Ambulatorische = 2137.

VI. In Betreff der durch Erkrankung bedingten Arbeitsunfähigkeit ergiebt sich Folgendes. Es waren arbeitsunfähig:

Von den Stationären	713	in	10204 Tagen
Von den Ambulatorischen	588	in	6779 Tagen
In Summa also	1301	in	16983 Tagen.

Es kommt mithin auf jeden Arbeitsunfähigen im Durchschnitt eine arbeitslose Zeit von 13 Tagen; berechnet man die Unterstützung an baarem Gelde nach dem Minimum, welches von den betheiligten Kassen gewährt wird, d. h. pro Tag 5 Sgr., so beträgt die Summe, welche während des Quartals an die arbeitsunfähigen Kranken gezahlt worden ist, 2830¹⁄₂ Thlr.

Anhang.

Der nachträglich, leider nachdem obige Zusammenstellung bereits beendigt war, eingereichte Bericht über den Moabiter Bezirk ergiebt, dass während des Quartals in demselben 97 Kranke, sämmtlich Maschinenbauer, vorhanden waren; unter denselben 2 Todesfälle, beide durch *Phthisis pulmon.* bedingt. Der Procentsatz des allgemeinen Krankenverhältnisses steigert sich demgemäss auf 24,45 pCt., der der Maschinenbauer insbesondere auf 34,18 pCt.

Berlin, den 24. Juli 1851.

Das ärztliche Comité des Berliner Gesundheitspflege-Vereins.

Dr. *Neumann*, Vorsitzender.

B. Bericht des Vorstandes.

Das nachstehende Verzeichniss der Genussberechtigten ergiebt den Zurücktritt der Schlosser und Drechsler im Februar und März d. J. Der Zurücktritt dieser beiden Genossenschaften erfolgte plötzlich, in Folge äusserer Einwirkung, durch die betreffenden Altgesellen, gegen den fast einmüthigen Willen der betreffenden Gesellenschaften und deren Vorstände.

Dieser Thatsache ist es zuzuschreiben, dass fast alle in den Maschinenbau-Anstalten arbeitenden Schlosser den Gesellenverband verlassen und mittelst Anschluss an die General-Krankenkasse der Maschinenbau-Arbeiter die Vortheile des Gesundheitspflege-Vereins wieder erlangt haben. Dem Vereine ist somit durch diese statutenwidrige Handlungsweise kein erheblicher Nachtheil erwachsen.

Hr. Dr. Leubuscher schied am 1. Februar aus dem Comité der Aerzte, um die ihm von der Communal-Verwaltung übertragene Stellung eines dirigirenden Arztes des Arbeitshauses zu übernehmen. Der Bezirk des Dr. Leubuscher wurde den angrenzenden Vereinsbezirken zugetheilt, und hierfür ein neuer Bezirk in der Königsstadt begründet, für welchen Hr. Dr. Levy im April gewählt wurde.

Verzeichniss
der Genussberechtigten nach den verschiedenen Genossenschaften.

Genossenschaften.	Januar.	Februar.	März.	Summa.	Durchschnittl.
1. Schneider	1779	1612	1509	4900	1633
2. Schuhmacher . . .	909	898	903	2710	903
3. Schlosser	1020	—	—	1020	340
4. Seidenwirker	806	812	820	2438	813
5. Drechsler	298	298	—	596	199
6. Droschkenkutscher . .	352	352	352	1056	352
7. Buchbinder	272	287	376	935	312
8. Kattundrucker . . .	220	220	220	660	220
9. Buchdrucker	218	213	214	645	215
10. Goldschmiede u. Graveure	181	187	185	553	184
11. Posamentiere . . .	128	126	130	384	128
12. Handschuhmacher . .	103	100	102	305	102
13. Messerschm. u. Instr.-M.	79	79	79	237	79
14. Müller	62	60	60	182	61
15. Maler	68	70	80	218	73
16. Dachdecker	40	40	40	120	40
17. Steinsetzer	42	42	50	134	45
18. Steinmetze	48	45	39	132	44
19. Mechaniker	50	50	50	150	50
20. Vergolder	44	49	50	143	48
21. Uhrmacher	41	41	45	127	42
22. Schriftgiesser . . .	30	30	25	85	28
23. Friseure	38	38	38	114	38
24. Henniger'sche Fabr. .	25	24	25	74	25
25. Goldschmidt'sche Fabr. .	31	36	34	101	34
26. Seidenknopfmacher . .	36	35	37	108	36
27. Cigarrenarbeiter . .	66	65	72	203	68
28. Unmittelbare Männer .	121	120	124	365	122
29. Unmittelbare Frauen .	127	135	136	398	132
30. Engel'sche Fabr. . .	22	20	23	65	22
31. General-Krankenkasse d. Maschinenbau-Arbeiter	2239	2717	3295	8251	2750
Summa	9495	8801	9113	27409	9136

Kassenabschluss
für Januar, Februar, März.

Einnahme.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Beiträge der Genussberechtigten . . .	1370 Thlr.	24 Sgr.	— Pf.
Aufnahmegebühr	5 „	15 „	— „
Für Legitimationskarten, Krankenscheine, und Statuten	7 „	29 „	9 „
Vorschuss vom zweiten Quartal entnommen	238 „	2 „	— „
	1622 Thlr.	10 Sgr.	9 Pf.

Ausgabe.

	Thlr.	Sgr.	Pf.
Für Arzneien in Berlin, Charlottenb. u. Moabit	583 Thlr.	14 Sgr.	8 Pf.
Für Mineralwasser	48 „	1 „	6 „
Für Bäder	29 „	8 „	9 „
Für Blutegel	20 „	20 „	— „
Für Bruchbänder	62 „	— „	— „
Für Brillen	28 „	2 „	6 „
Honorar dem Comité der Aerzte . . .	691 „	17 „	6 „
Für chirurgische Hülfsleistungen . . .	37 „	5 „	— „
Für Inventarium	— „	2 „	6 „
Für Lokalmiethe, Botengehalt und laufende Verwaltungskosten	22 „	25 „	6 „
Vorschuss dem letzten Trimest. 1850 geleistet	99 „	2 „	10 „
	1622 Thlr.	10 Sgr.	9 Pf.

Bilance.

Passiva: Vorschuss vom 2. Quartal entnommen . . . . 238 Thlr. 2 Sgr. — Pf.

Activa:

Bestand an Drucksachen 7 Thl.
Werth des Inventariums 25 Thl.
D. Genossenschaften sind Rest f. Bäder v. 1. Sept. 1850 bis 1. April 1851 (s. §. 7 der Statuten) 55 Thl. 8 Sg. 9 Pf.

87 Thlr. 8 Sgr. 9 Pf.

Deficit [1]) . . . 150 Thlr. 23 Sgr. 3 Pf.

Berlin, den 28. Juli 1851.

Der Vorstand des Berliner Gesundheitspflege-Vereins.
C. Schütz,
stellvertretender Vorsitzender.

Preisaufgaben.

Von der belgischen Akademie der Medicin, Concurs von 1850:

a) Auseinandersetzung der Ursachen, Symptome, des Charakters und der Behandlung der jenen Arbeitern eigenen Krankheiten, welche mit dem Ausbeuten der Steinkohlen und Metalle im Königreiche beschäftigt sind.

b) Es soll nach den bisherigen Erfahrungen der Wissenschaft und im Bedürfnissfalle nach neuen Beobachtungen die Theorie der Intoxication durch die in Berührung stehenden Oberflächen auseinandergesetzt werden. Die Pyämie ist in dieser Aufgabe nicht begriffen. Preis jeder Aufgabe ein goldene Denkmünze von 600 Fr. Werth.

Die französischen oder lateinischen Abhandlungen sollen, und zwar die erste vor dem 20. März 1854, die zweite vor dem 20. März 1852, beim Secretair der Akademie, Hrn. Dr. Sauveur, portofrei eingesandt sein. Im Uebrigen gelten die Bestimmungen wie bei früheren Aufgaben dieser Akademie.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Oesterreich. Dem Stadtphysikus Dr. Delnitscher in Triest das goldene Verdienstkreuz; dem Reg.-Arzte Dr. Wotypka vom Inf.-Reg. No. 21 das Ritterkreuz des grossh. toscan. St. Joseph-Ordens; dem Dr. Oppolzer das Ritterkreuz des herzogl. sächs. Ernestin. Hausordens.

Sachsen. Dem Med.-Rathe Dr. Trinks zu Dresden das Ritterkreuz des herzogl. parm. Ludwigs-Ordens 2. Kl.

Mecklenburg-Schwerin. Dem grossh. Leibarzte Dr. Frese der Rothe Adler-Orden 3. Kl.

Preussen. Dem Kreisphysikus Dr. Moll in Andernach und dem Districtsarzte Dr. Lohmeyer zu Sobernheim der Charakter als Sanitätsrath.

Personalveränderungen. Baden. Ernannt: Der prakt. Arzt Haitz in Thiengen zum Amtsphysikus in Salem.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [2]).

10. Chemie und Physik.

Balfour, Ueber die Krystalle von oxalsaurem Kalk. Med. Times, Jan.
Balman, Weisse Körperchen im Blut. Lond. Gaz., Jan.
Bouvier und Chatin, Nachweisung von Blei im Gehirn und in der Leber eines an *Encephalopathia saturnina* verstorbenen Individuums. Gaz. des hôp. 23.
Clemens, Uroskopische Beiträge. Deutsche Klinik 22. 31.
Duchenne, Eine neue Methode, zu electrisiren. Arch. gén., Febr., März.
— Untersuchungen über die physiologischen und therapeutischen Eigenschaften der Electricität durch Reiben, durch Contact und durch Induction. Ibid., Mai.
Duroy, Methoden zur Entdeckung des Chloroforms im Blute und in Leichen. Buchner's Repert. 22.
Galloway, *A manual of qualitative analysis.* London, 1851.
Glower, Ueber die physiologischen Eigenschaften des Picrotoxin. Monthly Journ., April.
Gorup-Besanez, Ein Beitrag zur Kenntniss der Zusammensetzung thierischer Flüssigkeiten. Prager Vierteljahrs-Schr. III.
Hlasiwetz, Ueber die chemische Zusammensetzung der thierischen Flüssigkeiten. Der Harn. Ibid., Heft 1.
Landerer, Pathologisch-chemische Mittheilungen. Ibid., III.
Lang, Das Ozonoskop. Ungar. Zeitschr. I, 32.
Marsden, Erfolgreiche Anwendung der thierischen Electricität in der Chirurgie. Edinb. Journ., April.
Millon et Nicklés, *Annuaire de Chimie comprenant les applications de cette science à la Médecine et à la Pharmacie, ou Répertoire des découvertes et des nouveaux travaux en Chimie faites dans les diverses parties de l'Europe.* Paris. 8. 576 S.
Perrin, Ueber kleine Eiweisskörperchen in der Samenflüssigkeit. Gaz. des hôp. 21.
Récamier, Galvano-electrische Cataplasmen. Ibid., 40.
Richter, Harnproben für die gewöhnliche ärztliche Praxis. Schmidt's Jahrb., Mai.
Robertson, Ueber Mikrometers an den Mikroskopen. Monthly J., April.
Schat, Mikroskopisch-chemische Untersuchung des Mantels einiger Ascidien. Müller's Arch. 3.
Veit, Ueber das sogenannte Kyestein. N. Zeitschr. f. Geb. 30, 2.
Venables, Ueber mikroskopische Untersuchungen von Harnsedimenten. Med. Times, Jan., Febr.
Zimmermann, Eine genaue Methode, die Blutkörperchen und das Plasma in 1000 Theilen Blut zu berechnen. Pr. Vereins-Ztg. 24.

11. Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie.

Agassiz, Ueber die Entwickelung eines Seesterns. Müller's Arch. 2.
Albers, Ueber die Cystenbildung in der weiblichen Brustdrüse durch Erweiterung, stellenweise Abschnürung und Sperrung der Milchgänge, nebst einer Untersuchung über die Verknöcherung der letzteren. Deutsche Klinik 11.
Bärensprung, v., Untersuchungen über die Temperaturverhältnisse des Fötus und des erwachsenen Menschen im gesunden und kranken Zustande. Müller's Arch. 2.
Barkow, Anatomische Abhandlungen. Berlin, 1851.
Bate, Ueber die Entwickelung des menschlichen Embryo. Lond. Gaz., März.
— Ueber die Structur der Zähne. Ibid., April.
Beau, Analytische Studien zur Physiologie und Pathologie des splenohepatischen Apparats. Arch. gén., Mai.
Beneden, van, *Un mot au sujet du développement des Tétrarhynques.* Müller's Archiv 1.
Bérard, *Cours de Physiologie, fait à la Faculté de Médecine de Paris. Les livraisons* 20 *et* 21 (1 *et* 2 *du Tome III.*), *contenant le sang, viennent de paraître. Prix de chaque livraison* 1 *Fr.*
Bernhardi, Ueberzählige Finger und Zehen. Pr. Vereins-Ztg. 26.
Bock, Anatomisches Taschenbuch. Leipzig, 1851. 4. Aufl.
Braid, Electro-biologische Phänomene vom physiologischen und psychologischen Standpunkt aus betrachtet. Monthly Journ., Juni.
Brown-Séquard, Untersuchungen über die Wiederherstellung der Muskel-Irritabilität bei einer Hingerichteten, 13 Stunden nach dem Tode. Gaz. de Paris 27.
Brücke, Das Muskelsystem der Schleimhaut des Magens und Darmkanals. Wiener Zeitschr., April.
Coulson, *Bursae subcutaneae.* Lond. Journ., Jan.
Cruveilhier, *Traité d'Anatomie descriptive. 3. édition revue, corrigée et augmentée. Cette 3. édition se composera, comme les deux précédentes, de 4 forts volumes in 8. Les tomes I. et II., contenant un discours sur l'histoire de l'Anatomie, l'Ostéologie, l'Arthrologie ou Articulations, les Dents, la Myologie et l'Angéilogie, sont en vente. Prix 14 Fr. Les tomes III. et IV. paraîtrent successivement de 4 mois en 4 mois.*
Demarquay, Duméril und Lecointe, Untersuchungen und Experimente über die Modificationen der thierischen Wärme nach dem Gebrauche verschiedener Arzneimittel. Gaz. des hôp. 40.
Dittrich, Gerlach und Herz, Anatomische Beobachtungen und physiologische Versuche an den Leichen von zwei Hingerichteten. Prager Vierteljahrs-Schrift III.
Du Bois-Reymond, Ueber thierische Bewegung. Berlin, 1851.
Duval, Rochard, Petit, Physiologische Beobachtungen über Hingerichtete. Gaz. de Paris 28.
Eckhard, Zur Theorie der Vaguswirkung. Müller's Archiv 3.
Erichsen, Angeborener Mangel des Rectum. Lancet, Febr.
Erlenmeyer, Tabelle über Schädelmessungen stumpfsinniger Kinder. Damerow's Zeitschr. VIII. 1.
Fischer, Beitrag zur physiologischen Bedeutung der Knochenhaut. Pr. Vereins-Ztg. 21.
Froriep, *Atlas anatomicum partium corporis humani per strata dispositarum imagines continens.* Weimar, 1851. Fasc. IV. u. V.
Girgensohn, Verhältniss der Musik zur Medicin. Rigaer Beitr. z. H. I. 2.
Hassall, Mikroskopische Anatomie des menschlichen Körpers im gesunden und kranken Zustande. A. d. Engl. übersetzt von Dr. Kohlschütter. Leipzig, 1851.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Dasselbe wird durch geeignete Vorkehrungen gedeckt werden, nachdem am Schlusse des Rechnungsjahres der eigentliche Betrag festgestellt sein wird.

[2]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 33. 16. August 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Joh. Gottfr. Rademacher's verstandesrechte Erfahrungsheillehre und die Medicin als Naturwissenschaft.

Von
Professor L. Krahmer in Halle.

In den acht Jahren, die seit der ersten Veröffentlichung von Rademacher's Erfahrungsheillehre [1]) verflossen sind, hat sich seine Ansicht von der specifischen Heilwirkung gewisser Naturkörper unter den praktischen Aerzten so viele Anhänger erworben, dass schon aus diesem Grunde diese Lehre ein allgemeineres medicinisches Interesse in Anspruch nimmt. Alle, die an der Entwickelung der Heilkunst Interesse nehmen, sollten sie kennen, selbst wenn sie ihrer weder für die eigene Praxis zu bedürfen glauben, noch eine wissenschaftliche Bedeutung ihr beilegen wollen, wegen mangelhafter Begründung ihres fundamentalen Satzes von der specifischen Heilwirkung der Mittel. Ein unbefangenes Studium von Rademacher's Werk ist schwierig. Das Buch ist ganz gemacht den Leser zu enthusiasmiren oder anzuwidern. Ref. musste einmal seiner Stellung zufolge sich einer kritischen Durchsicht der Lehre unterziehen, und gern folgte er deshalb der öffentlichen Aufforderung der verehrlichen Redaction dieser Zeitung, durch eine getreue Darstellung derselben vielleicht manchem Collegen einen Dienst zu erweisen. Der Leser wird, hoffe ich, aus meiner Darstellung entnehmen, dass sie *sine ira et studio* gegeben ist, er wird aber auch die Schwierigkeiten erkennen, die mit der Reproduction einer aus so durchaus subjectiver Auffassung natürlicher Verhältnisse hervorgegangenen Ansicht verbunden sind. Ich muss darauf gefasst sein, meine Darstellung von begeisterten Jüngern Rademacher's als wahr nicht anerkannt zu sehen, aber es bewegt mich nicht, selbst wenn, um mit unserm Autor zu reden, mich „der Schwarm der wahren und falschen Anhänger übel auf der schriftstellerischen Turnbahn empfangen oder zum mindesten als Neider des berühmten Mannes ausschreien“ möchte.

Kein wissenschaftliches System, keine verstandesrechte Erfahrungsheillehre ist das vereinzelte Ergebniss momentaner Eingebung, sondern das Resultat fortschreitender Studien und längerer unter dem Einflusse einer besonderen Vorstellung oder eines allgemeinen Grundsatzes gemachter Erfahrung. Für das Verständniss eines Systems ist deshalb seine Geschichte nicht ohne Interesse. Rademacher verliess, unbefriedigt von so manchen zweifelhaften Lehren der Medicin, gegen Ende des vorigen Jahrhunderts die Hochschule und wandte sich der Praxis zu. Er übte sie 20 Jahre hindurch, und wie einige Andeutungen (vgl. II. 104) vermuthen lassen, schon damals in Wirklichkeit mit dem Bewusstsein überwiegender praktischer Befähigung, wenn auch in der Erinnerung er sich selbst als schulrecht verkrüppelter Pfuscher erscheint. Seiner Zweifel wurde er dabei nicht Herr. Er verstand es nicht, im emsigen Studium des kranken Körpers Beruhigung zu finden. In selbstgefälliger Ueberschätzung seiner Universitätsstudien verschmähte er es vielleicht, die erlangten unzureichenden anatomischen und physiologischen Kenntnisse zu vermehren, vorziehend, jedes Studium der Art als unnütz für den Praktiker zu verwerfen. („In Berlin habe ich mir in meiner Jugend Mühe gegeben, die Lage der Eingeweide durch Uebung so kennen zu lernen, dass ich jedes derselben wohl blindlings greifen konnte. Wozu hat es mir gedient? Bis jetzt weiss ich es noch nicht!“ I. 464. — „An sich ist die Oeffnung der Leichen dem Praktiker von wenigem Nutzen, ja es fragt sich, ob sie nicht weit öfter zu Irrthümern verleitet, als den richtigen Heilweg angedeutet habe.“ II. 251. Dennoch sagt der Vf.: „Wer jederzeit fragt, wozu soll es nutzen, der bleibt ewig ein Esel!“ II. 68.) Im Jahre 1815 wird R. durch den ihn überraschenden glücklichen Erfolg vom Gebrauche des salpetersauren Natrons bei mehreren Kranken auf den Gedanken gebracht, das Mittel möge eines der von den alten Spagyrikern gebrauchten Grossmittel sein. Er sucht beim Paracelsus nach, glaubt seine Ansicht bestätigt, vertieft sich in das Studium der alten chemischen Aerzte, und mit einem wenig kritischen Enthusiasmus umfasst er fortan die ihm hierbei angeblich geoffenbarte Lehre als die einzige Wahrheit. Für die alten Ansichten hat er fortan nur Verachtung und Hohn, ohne sich ihrer Banden entschlagen zu können. Wer vermöchte es auch, mit seiner Vergangenheit zu brechen! Ob Jemand die Vorstellungen, die als Grundsätze früher leiteten, auch widerwillig zurückstiesse: sie heften sich wie die Erynnien an die Sohlen des Fliehenden, leiten seinen Rückschritt und verwickeln ihn in Widerspruch. Vergessen wäre Brechen mit der Vergangenheit! Darin liegt aber das Kriterium des Blödsinns!

So wurde denn die Rademacher'sche Lehre ein wunderliches Gemisch von Widersprüchen, von angeblich Neuem und verjährtem Wust, von reinen Erfahrungsabstracten und theilicht verkrüppelten Phantasiebegriffen. Neben der Behauptung, dass man von der Krankheit Nichts wissen könne als ihr Verhältniss zum Heilmittel, besteht die Ansicht von ihren Formveränderungen, vom Metaschematismus, von ihrer Krise, vom Erwerden einer sympathischen Affection; neben dem Hohne über die Anmassung einer angeblichen Kenntniss des belebten Menschenleibes findet sich die befremdlichste Zuversicht in der Erklärung physiologischer Vorgänge im Körper; neben dem Gegensatze zwischen Heilmittel und Arzneikörper gewinnt die Lehre Geltung, dass die Heilwirkung selbst von all den tausend Umständen abhängt, die auch die schulrechten Aerzte bei der Darreichung ihrer Arzneien berücksichtigen; an die alten Paracelsischen Medicinen reihen sich *Nux vomica*, Tabak, Cochenille, Jod; an die Behauptung, dass es nur drei Universalheilmittel gebe, knüpft sich der Zweifel, ob die Schwefelsäure als viertes Mittel Gesammtorganismus-Erkrankungen nicht noch besser heile!

Gehen wir zur Darstellung von R.'s Lehre selbst über.

Die Aufgabe des Arztes ist, kranke Menschen zu heilen. Er erfüllt sie heilmeisterlich, wenn er sich der Krankheit entsprechender Heilmittel, keiner feindlich oder antagonistisch wirkenden Arzneien bedient. Es giebt wahre Heilmittel, und wenn sie auch im Ganzen schwer zu finden sind und verhältnissmässig wenigen Kranken zu Gute kommen, so kann doch der Vf. „unmöglich glauben, dass die Natur so stiefmütterlich für das Menschengeschlecht sollte gesorgt haben, ausschliessliche Heilkräfte an eine theure Substanz (den Moschus) zu binden.“ II. 463. Woran die Heilmittel erkannt werden möchten, lehrt der Vf. nicht. Je weniger eine Substanz in die Sinne fällt, je weniger Zuversicht man zu ihrer Wirksamkeit haben kann, desto eclatanter bewährt sich mitunter ihre Heilkraft. Der Umstand, dass möglicherweise Paracelsus oder ein anderer Geheimarzt ein Mittel gebraucht hat, ein anderer Zufall, am meisten wohl der nicht ausgesprochene Grund, dass ein Stoff als Arzneimittel in Gebrauch ist, bestimmen die Natur eines Heilmittels im Allgemeinen und erheben es in die Kategorie der Krankheitsreagentien, die zur Heilung besonderer kranker Personen versucht werden können. Das einzelne Mittel gewinnt seine Bedeutung als Heilmittel immer nur im concreten Falle dadurch, dass es die Krankheit heilt, aber es verliert wunderlicher Weise diese Bedeutung nicht, wenn es gebraucht wurde, ohne den Kranken zu heilen. Eine

[1]) Es liegt mir die zweite Ausgabe von „J. G. Rademacher's Rechtfertigung der von den Gelehrten misskannten, verstandesrechten Erfahrungsheillehre der alten scheidekünstigen Geheimärzte. Berlin, 1846 u. 1847. 2. Bd.“ vor. Auf diese beziehen sich meine Anführungen.

zwanzigjährige Erfahrung hat den „listig“ gewordenen Vf. in den Stand gesetzt, nicht nur eine Anzahl von Mitteln zu bestimmen, die Heilmittel sind, sondern ihm auch detaillirtere Aufklärungen über das Wie der Heilwirkung gegeben, trotz der behaupteten Unmöglichkeit, sich über das Wie der Heilwirkung durch Beobachtung zu belehren. So weiss er, dass viele der von anderen Aerzten gebrauchten Arzneien den Organismus feindlich angreifen und nur dadurch heilen, dass sie das kranke Organ erschöpfen, bis es gar nicht mehr krank sein kann, oder dass sie ein gesundes Organ antagonistisch angreifen. Von den eigenen Heilmitteln weiss er, dass sie in zwei Klassen, in Universal- und in Organheilmittel, zerfallen. Die Organheilmittel heilen das Urerkrankte im einzelnen oder auch in mehreren Organen, die Universalmittel „führen dasjenige, was erkrankt, in dem belebten Menschenleibe nicht unter der Heilgewalt irgend eines Organheilmittels steht, zum Normalstande zurück.“

Universalheilmittel giebt es drei: Würfelsalpeter, Eisen und Kupfer. Bei jedem von ihnen anerkennt der Vf. verwandte, wenn schon weniger kräftige Mittel. Mit dem kubischen Salpeter stehen das salpetersaure Kali, *Ammonium muriaticum*, *Kali sulphuricum*, *tartaricum*, *aceticum*, *Natrum sulphur.*, *tartar.*, *acet.*, *Magnesia sulphur.* und *tartar.*, *Calcaria muriat.* und der Mercurius in näherer oder entfernterer Verwandtschaft. Der Mercurius heilt freilich nicht bloss durch eine dem Salpeter verwandte Heilkraft auf den erkrankten Gesammtorganismus, sondern auch auf antagonistische Weise, durch feindliches Angreifen verschiedener Organe. Einzelne der angeführten, dem kubischen Salpeter verwandte Universalheilmittel sind zugleich organische Heilmittel. Urleiden der Milz heilt *Magnesia tart.*, des Magens salzsaurer Kalk; der Lungen *Ammonium muriat.* Mit den beiden anderen Universalmitteln verhält es sich ähnlich wie mit dem Würfelsalpeter. Sie sind zwar nicht als die Stoffe Eisen und Kupfer, oder als Metalle, sondern nur in ihren chemischen Verbindungen Heilmittel; diesem Umstande wird indess kein Gewicht beigelegt. Der Vf. hat eine Liebhaberei für die essigsauren Salze der genannten Metalle, gebraucht andere Verbindungen derselben indess nicht wieder, ohne eine Beeinträchtigung ihres universellen Wesens zu befürchten. Als die dem Eisen verwandten Mittel werden die *Roborantia fixa*, die *Adstringentia* und vor allen die Säuren, namentlich die Mineralsäuren oder bestimmter die Schwefelsäure genannt. Mit dem Kupfer stehen Wein („nicht als Nähr- und Schlecktrank, sondern als eigentliches Heilmittel“), Branntwein, Aether und destillirte, belebende, gewürzhafte Oele zusammen. Trotz dieser Aufführung zahlreicher salpeterartig, eisenartig oder kupferartig wirkender Mittel besteht R. auf seiner Behauptung, es gebe nur drei Universalheilmittel. Ersichtlich können also die Worte Salpeter, Eisen, Kupfer nicht sowohl die Stoffe, als eine pharmakologische Kategorie bezeichnen. Der Sinn der R.'schen Darstellung ist daher, es sei verstandesrechter und für die Praxis förderlicher, Salpeter, Eisen- und Kupfermittel zu unterscheiden, statt die ihrer physiologischen Wirkung nach etwas näher bekannten Arzneien unter irgend pathologische oder physiologische Kategorie zu sondern. Das ist Sache des Geschmacks und deshalb nicht disputabel. Die factische, für die ärztliche Praxis wichtige Frage ist aber, ob salpetersaures Natron, ob Eisen- oder Kupferpräparate unter allen Verhältnissen so sehr als Typen der bezeichneten drei Kategorien angesehen werden müssen, um ihre principielle Anwendung als erste Heilmittel in geeignet erscheinenden Fällen zur ärztlichen Regel zu erheben. R. glaubt diese Frage bejahend entscheiden zu können. Es ist wenig wahrscheinlich, dass bei der Masse des behufs der genügenden Lösung zu vergleichenden und zu prüfenden Materials die definitive Entscheidung darüber einem einzelnen Arzte zustehen könnte, zumal wenn er in einem sehr beschränkten Kreise seine Beobachtungen anstellte und praktisirte. Die R.'sche Entscheidung kann aber um so weniger als Lösung dieser factischen Frage gelten, da ihr, wie unschwer gezeigt werden könnte, vom Vf. selbst widersprochen wird.

Die Organheilmittel heilen die Urerkrankungen der einzelnen Organe des Körpers. Nicht wenige von den angeführten Organheilmitteln sollen die Urerkrankungen mehrerer Organe in gleicher Weise heilen. Andere heilen Organkrankheiten, deren urerkranktes Organ nicht bekannt ist. Die meisten Organe haben mehrere, für ihre Erkrankungen mit Heilgewalt ausgerüstete Mittel. Sie stehen in keiner Heilverwandtschaft mit einander. Jedes ist für eine besondere Form des Urorganleidens allein wirksam. Bei gewissen Organen heilen sämmtliche ihnen zukommende Organheilmittel die verschiedenen Erkrankungen des ganzen Organs, bei anderen wirken die einzelnen Mittel auf besondere Regionen oder Apparate des Organs, insofern diese urerkrankt sind. Für alle diese Behauptungen bleibt R. die Beweise schuldig. Er erzählt nur einzelne Geschichten von der Wirksamkeit dieses oder jenes Mittels, ohne den Leser irgend in den Stand zu setzen, durch eigene Prüfung sich von der Schlussfähigkeit der angezogenen Thatsachen zu überzeugen, ja er bemüht sich selbst vielfältig zu zeigen, dass solche Thatsachen gar nicht die Folgerungen zulassen, die der Vf. selbst daraus gezogen hat! Indess ein gläubiges Gemüth mag sich dabei doch des Gedankens erfreuen, die R.'schen Angaben können doch erfahrungsgemäss und wahr sein. Bedenklicher ist deshalb der folgende Punkt. Die Zahl der Organheilmittel ist nicht begrenzt noch abgeschlossen. Vielmehr ist es gerade die Aufgabe der Aerzte, neue Organheilmittel zu finden, sei es weil für einzelne Organe überhaupt noch keine Organheilmittel bekannt sind, sei es weil im Verlauf der Zeiten neue Urerkrankungen sich ereignen mögen, für die R. das entsprechende Heilmittel nicht finden konnte, da für die bisher vorgekommenen Urerkrankungen die angegebenen Heilmittel ihm genügten.

Die Frage, wie mit dieser Annahme einer ganz unabgeschlossenen Reihe von Organheilmitteln der angegebene Begriff der Universalheilmittel, d. h. solcher Mittel, die heilen, was erkrankt nicht unter der Heilgewalt der Organheilmittel steht, in Uebereinstimmung zu bringen ist, ja wie noch mehr diese Begriffsbestimmung als ein reines Erfahrungsabstract bezeichnet werden kann, die Frage, sage ich, hat sich R. nicht gestellt oder wenigstens ganz ungelöst gelassen. Die Frage ist in der That auch nur durch Verwerfung des R.'schen Eintheilungsprincips zu beantworten. Es ist doch geradezu unmöglich, einen Begriff auf dem Wege der Exclusion festzustellen, wenn man nicht weiss, was excludirt werden soll; ganz abgesehen davon, dass man auf diesem Wege doch nur zu coordinirten, aber nicht zu entgegengesetzten Begriffen gelangen kann. Der Vf. spielt gern mit arithmetischen Formeln; es mag deshalb auch mir vergönnt sein, ein triviales Rechenexempel aufzustellen. Nur wer es genügend lösen könnte, würde die R.'sche Doctrin von den Heilmitteln zu rechtfertigen vermögen! Wenn man aus einem Scheffel Obst 20 Aepfel entnimmt, wie viel Birnen sind darin enthalten? Ist dieses Rechenexempel unlösbar, so ist auch der ganze Begriff der Universalheilmittel als Gegensatz der Organheilmittel nichtig, und die R.'sche Lehre muss einfach lauten: es sind vier Kategorien von Heilmitteln, nämlich Salpetermittel, Eisenmittel, Kupfermittel und solche, zu deren scheinbaren Heilerfolgen wir gar keinen Schlüssel haben, oder Specifica zu statuiren, wobei zugestanden werden kann, dass ein R.'sches Specificum nicht, wie gewöhnlich, einer pathologischen, sondern einer anatomisch-physiologischen Kategorie angehört. Sehr bezeichnend tritt deshalb beim Vf. auch das Bestreben hervor, bei allgemein anerkannten Specificis, z. B. bei der China, die recipirte pathologische Kategorie des Wechselfiebers in eine neue, anscheinend physiologische, in eine Haut-Uraffection umzugestalten. Wie mag wohl ein verstandesrechter Heilmeister mit solchen Betrachtungen die Zeit verschwenden!

Die von R. angeführten Organheilmittel oder Specifica sind:

1) Bauchmittel: *Semen Cardui Mariae*, das Durand'sche Mittel;
   Lebermittel: *Quassia*, *Chelidonium*, *Liq. Calcariae muriat.* und *Tinct. Chelidonii*, *Nux vomica*, *Crocus*;
   Milzmittel: Holzkohle (?), Squilla, Eichelwasser, *Galeopsis grandiflora*, *Rubia Tinctorum*, *Baccae Juniperi*, *Ol. Succini*, *Conium maculatum*, *Magnesia tartarica*;
   Bauchspeicheldrüsenmittel: Jod;
   Mittel auf den *Plexus solaris*: *Aqua Amygdalarum amararum*;
   Magenmittel: *Bismuthum nitricum*, *Kali aceticum*, *Natron aceticum*, *Ammonium carbonicum*, Kohlensäure;
   gegen Magenschmerz und Erbrechen: Jod, *Liq. Calcar. muriat.*;
   Darmmittel: mildes Oel, Jod, Mischung aus *Tinct. Nuc. vom.* und *Asa foetida*, *Zincum acet.*, Catechu und Salmiak, Gewürze;
   Mittel auf das Pfortadersystem: *Flores sulphuris*.
   Mittel auf die Urinwerkzeuge: Magnesia, Kalkwasser, Laugensalze;
   Diuretica: *Tartarus boraxatus*, Coloquintensamen, gewässerter Mohnsaft;
   eigentliche Nierenmittel: Cochenille (Verwechselung mit *Coccinella septempunctata*), *Solidago virga aurea*;
   Mittel auf die Harnblase und Harnröhre: *Fungus Cynosbati*, *Liquor Ammonii sulphurati*;
2) Mittel auf die Organe der Brust:
   Mittel auf das Herz: Digitalis;
   Mittel auf die Lunge: *Ammon. muriat.*, *Sulph. aurat. Antim.*, *Extr. Nicotian. rustic.*;
3) Mittel auf die Organe des Kopfes:
   Gehirnmittel: Tabak, Strammonium, *Argent. chlorat.*, *Zinc. acet.*;
4) Mittel auf äussere Organe:
   Cortex Chinae, wahrscheinlich Heilmittel auf das Corium;
   Folia fraxini und *Flor. Arnicae* gegen Muskelschmerzen.

Nachdem wir die Heilmittel R.'s selbst kennen gelernt haben, entsteht die Frage nach dem Charakter, der sie von den Arzneikörpern, deren andere Aerzte in der Praxis sich bedienen, so auffallend unterscheidet, dass vom Gebrauche dieser Mittel eine neue, glücklichere Aera beginnen soll. So durchdrungen unser Vf. von der Ueberzeugung ist, dass nur auf dem von ihm empfohlenen Wege wahres Heil für die

medicinische Praxis zu gewinnen ist, so verschliesst er sich doch gegen die Thatsache nicht, dass auch die verstandesverkrüppelten, schulrechten Galeniker und Kryptogaleniker „Kranke behandeln, die nicht ewig krank bleiben, noch sämmtlich sterben." Da die Aerzte, R. gegenüber, nichts taugen, und doch einer gewissen Analogie der Erfolge sich erfreuen, so müssen natürlich diese Erfolge auf einem andern Wege zu Stande kommen und weniger verdienstlich sein. Er statuirt deshalb eine spontane Genesung oder Heilung durch die Natur und eine Heilung auf antagonistische Weise durch feindliches Angreifen des Körpers überhaupt, oder eines vom urerkrankten verschiedenen Organes. Nur auf letzteren Wegen gelangte das *profanum vulgus* der Aerzte zu ihren Erfolgen, die wohl ein Resultat der Behandlung, aber keine wahren Heilungen sind. „Zwischen Heilen und Behandeln", sagt unser Vf. (II. 14.) „ist ein grosser Unterschied. Der Begriff des Heilens schliesst die Abkürzung des Verlaufs der Krankheit mit ein; der Begriff des ärztlichen Behandelns ist unbestimmt und vieldeutig." Durch ein Heilmittel im Sinne R.'s soll die Genesung einzig und allein, oder zum mindesten schneller, sicherer und gemächlicher, als auf irgend eine andere Weise herbeigeführt werden. Die alte Forderung des Asclepiades kehrt unter folgender Form wieder: „Was man billiger Weise von einem wirklichen Heilmittel erwarten kann, ist, dass es die Krankheit etwa in einem Drittheil der Zeit heilt und gründlich heilt, in welcher die Natur ohne Hülfe des Arztes sie heilt, aber vielmals unvollkommen heilt." I. 171. Es fehlt aber nicht an Belegen, dass die als Heilmittel aufgeführten Arzneien den Vf. in diesen „billigen Erwartungen" vielfältig täuschten, ohne ihn zu veranlassen, sie aus der Kategorie der Heilmittel zu verstossen, ja er ist sogar der Meinung, dass „an ganz unheilbaren Uebeln man die Kraft der Heilmittel kennen lernen müsse." I. 238. Jeder Glaube an eine ganz eigenthümliche Heilkraft seiner Mittel wird aber auch hier wieder vom Vf. selbst zerstört, wenn er angiebt: „durch Vergleichung mehrerer verschiedenartiger Fälle gelangt man zu der Ueberzeugung, dass körperliche Ruhe die unerlässliche Bedingung ist, unter welcher die Arznei ihre wahre wohlthätige Wirkung äussert. Dasselbe gilt von der Entfernung geistiger Reize, nicht bloss der heftigen, unangenehmen, sondern auch der milden" (I. 502); oder wenn er selbst lehrt, dass die Constitution des Kranken (I. 142. 309. 514 etc.), die Gabe des Mittels (I. 676), die Zeit des Arzneigebrauches (I. 675), die Dauer und Art der Krankheit (II. 243) u. s. w. die Wirksamkeit der Heilmittel bedingt. In der That, wenn alle diese Bedingungen der Heilwirkung sich günstig gestalten, dann kann auch der schulrecht verkrüppelte Arzt seine Patienten äusserst schnell und gemächlich sicher genesen sehen, und es gehört bei einigem heilkünstlerischen Selbstgefühl nur wenig Phantasie dazu, um jeder zur Anwendung gekommenen Arznei die Bedeutung eines wahren Heilmittels zu vindiciren!

(Fortsetzung folgt.)

Uroskopische Beiträge.

von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 31.)

Fall II. Ludwig Fix aus Darmstadt, Schneider, 37 Jahre alt, wird am 10. Oct. 1850 in das Hospital gebracht. Pat. ist bereits seit 6 Wochen bettlägerig, und sein Hauptleiden ist seit einem halben Jahre fast beständiger Leibschmerz und tägliches Abweichen, meistens 6—8 Mal täglich. Dabei oft heftiger tiefer Schmerz in den Lenden. Der Urin sei immer reichlich und ohne alle Beschwerde gelassen worden, auch soll er immer ganz hell gewesen sein. Pat. hat viele Medicamente ohne Erfolg gebraucht und bietet bei seinem Eintritt folgendes Bild. Gesicht blass und abgemagert, mit den Zügen eines dauernden tiefen Leidens. Zunge ziemlich belegt, mit trockener Spitze, kein Appetit, quälender Durst. Brust beengt, viel Husten und tuberkulös zerflossener Auswurf. Percussion ziemlich gleichmässig gut. Auscultation ergiebt hier und da etwas Schleimknarren; nirgends eine Vomica. Blut will Pat. niemals im Auswurf beobachtet haben. Ascites und bereits bedeutendes Oedem der unteren Extremitäten und des Scrotums. Die hydropischen Anschwellungen sollen sich jedoch nach Aussage des Pat. erst in den letzten 6 Wochen eingestellt haben. Seit dieser Zeit sei der Urin dunkel und verringert. Dumpfer Schmerz in der Nierengegend. Kopf ziemlich frei, Appetit ziemlich gut; Allgemeinbefinden überhaupt wenig getrübt. Etwas Leibschmerz und gewöhnlich täglich 4 Stühle, die mehr breiig wie dünn sind. Haut ziemlich heiss und trocken. Nachts kein Schlaf und Unruhe. Puls 76. Pat. leidet seit längerer Zeit an blinden Hämorrhoiden und weiss sonst kein bedingendes Krankheitsmoment anzugeben.

12. Oct. Urin trübe, thonfarbig, milchig. Sehr verminderte Urinabsonderung, so dass in 24 Stunden kaum 4 Unzen gelassen werden. Der Urin gerinnt zu einem vollkommenen Albumenklumpen, so dass es nicht mehr möglich ist, denselben zur Ausscheidung des Harnstoffs auf das Filtrum zu bringen. Der mit Spiritus ausgewaschene Urin zeigt kaum Harnstoffspuren und kein Chlornatrium. Der Salzgehalt des ausgewaschenen Urins sehr vermindert. Das Mikroskop zeigt, ausser einigen Gerinnseln und Schleimkörperchen, nichts. Pat. schläft fast gar nicht, hat circa 3—4 halbdünne Stühle täglich und nährt sich erträglich. Auswurf rein tuberkulös, viel Husten und ziemliche Oppression. Puls 80.

13. Oct. Pat. hat in 24 Stunden circa 1 Schoppen Urin gelassen, der von derselben Beschaffenheit ist wie der gestrige, nur ist der Albumengehalt nicht so enorm wie in dem vorhergehenden. Pat. lässt niemals viel Urin auf einmal, sondern oft und mit grossem Drang und viel Beschwerde. Vier Oeffnungen. Schmerzen in der Nierengegend und im Kreuz vermehrt. Zunge mehr belegt, weniger Appetit, kein Schlaf. Cucurb. No. XVI. in die Kreuzgegend. Abends 1 *Pulv. Dow.*

15. Oct. In 24 Stunden $1\frac{1}{2}$ Schoppen Urin, der etwas weniger Eiweiss enthält, hier und da einige Epitheliumzellen und sehr viel Schleim, aber weder Epitheliumfetzen, noch Bellinische Röhrchen. Kein Blut, aber etwas Fett. Kein Kochsalz und sehr geringer Harnstoffgehalt. Harnsäure kaum nennenswerth. Nach 48 Stunden hat der Urin reichlich abgesetzt, und das Sediment besteht aus Schleim, Albumen und Phosphaten. Der Urin reagirt schwach alkalisch, hat einen ekelhaft süsslich fetten Geruch und ein sehr geringes specifisches Gewicht. Hydrops und Oedem etwas geringer. Dagegen das Scrotum mehr geschwollen und wund. Kein Schlaf. Puls 86.

17. Oct. Oeffnung bleibt dünn, Hydrops nimmt zu und die Quantität des Urins wird immer geringer. Kopf frei, Haut trocken, aber eher kühl, kein Schweiss. Der trübe Urin enthält viel Albumen, kein Blut und kein Epithelium. Mikroskopisch lässt sich wenig auffinden; hier und da erscheinen einzelne Triple-Phosphate, aber keine harnsauren Conglomerate. Ueberhaupt findet sich in dem Urin des Pat. niemals freie Harnsäure vor. Der frisch gelassene Harn reagirt alkalisch, hat also seinen Zersetzungsprocess bereits in der Blase begonnen. Wahrscheinlich ist auch deshalb in dem frisch gelassenen Harn die Phosphatenkrystallisation so fortgeschritten, und ungeachtet keine Blutbeimischung (die immer leicht und schnell Ammoniakverbindungen im Urin bedingt) zu bemerken war, so ist die Alkalescenz doch durch die schnelle, in albuminösem Urin ohne Urämie auch nicht seltene Selbstentmischung bedingt.

Mit mehr oder weniger unwesentlichen Schwankungen zieht sich die Krankheit noch bis zum 27. Oct. hinaus, an welchem Tage der Kranke an allgemeiner Erschöpfung und den Folgen des überhand genommenen Hydrops zu Grunde geht. Der Urin wurde am 22., 24., 26. und 27. genau untersucht und bot nichts weiter Bemerkenswerthes dar. — Niemals waren beträchtliche Epitheliumfetzen oder Bellinisches Epithelium zu sehen. Immer Albumen, niemals freies Blut. Das freie Blut in dem letzten Urin hat keine Bedeutung, da der Urin mit dem Katheter entfernt werden musste. Bei den drei letzten Urinuntersuchungen zeigte sich neben dem gewöhnlichen Befund noch eine beträchtliche Menge von freiem Fett. Der Urin war seiner Beschaffenheit nach immer schwach alkalisch, von geringer Quantität, milchig getrübt und von süsslich unangenehmem Geruch. — Der Salzgehalt blieb immer sehr unbedeutend; wenige Chloride und etwas mehr Erdphosphate, Harnstoff und eine äusserst geringe Quantität von Harnsäure fanden sich in der abfiltrirten Flüssigkeit.

Section am 28. Oct., 10 Uhr Morgens. Abgemagerter Körper, *Hydrops universalis.* Beide Lungen tuberkulös, theils einzeln, theils gruppenweise tuberkulöse Ablagerungen. Keine Vomica. Beide Pleurahöhlen voll von hellem Wasser, das Harnstoff enthält. Herz normal, Leber blass und etwas welk. Nieren vollkommen entartet. Beide bieten das Bild Bright'scher Granulation. Pyramiden eher etwas blass. Das Nierenparenchym besteht aus einer homogenen Masse, und das Mikroskop zeigt weder Harnkanälchen, noch die gewöhnlichen Capillarnetze der Nierensubstanz. Die Nieren sind in eine gleichmässig albuminöse Masse verwandelt und atrophisch. Keine eigentliche Fettentartung, auch das umgebende Fett eher geschwunden als vermehrt.

Fall III. Carl Brenkmann, 45 Jahre alt, Tagelöhner aus Bornheim, tritt am 27. März 1851 in Hospitalbehandlung. Seine Hauptklagen sind leichte Oppression der Brust, Appetitlosigkeit und Geschwulst der Füsse. Pat. sieht blass und leicht icterisch gefärbt aus. Zunge leicht belegt, viel Durst. Lebergegend voll, aber gegen Druck nicht empfindlich. Milz vergrössert. Oeffnung träge und hart. Puls 70. Bereits sind leichte hydropische Anschwellungen aufgetreten. Pat. hatte vor 6 Jahren eine Pneumonie und in den letzten 3 Jahren mehrmals leichtes Unwohlsein mit icterischer Färbung des Gesichts. Pat. ist cor-

pulent und stark gebaut, hat eine weiche feine Haut und dunkle Haare. Es wird ein Emeticum gereicht.

28. März. Pat. hatte 8 Stühle, aber kein Erbrechen, klagt über dumpfen Schmerz in der linken Seite. Leib etwas dick und aufgetrieben. Leber- und Milzgegend voll. Nachdem dieser Zustand, ausgenommen die eingetretene Verstopfung, bis zum 30. sich gleich geblieben, nimmt Pat. *Calom. c. Rheo*, 4 Mal täglich 1 Gr. *Calom.*, worauf Stühle und viel trüber Urin. Leib und Beine etwas mehr geschwollen. Stechen in der linken Seite; Milz gross und an den Rändern scharf markirt, hart anzufühlen.

Am 31. untersuche ich den Urin zum erstenmale. Albumengehalt sehr bedeutend, Urin reagirt deutlich sauer. Harnsäure und Harnstoff ungeachtet der quantitativen Vermehrung in beträchtlicher Menge vorhanden. Mikroskopisch wurde der Urin nicht untersucht.

3. April. Das Aussehen des Kranken verfällt immer mehr; die icterische Färbung tritt mehr in den Hintergrund und macht einem blass erdfahlen Teint Platz. Pat. fühlt sich sehr krank und wird unruhiger. Hydrops bleibt auf derselben Stufe stehen. Mercurialgeruch aus dem Munde. Puls unregelmässig und öfter aussetzend, auch zuweilen Herzpalpitationen mit Präcordialangst. Auscultirt man während der Palpitationen, so hört man den ersten Herzton etwas blasend und den Schock kurz und abgebrochen. Oeffnung fest und reichlich, von guter Farbe. Urin reichlich, aber trüber, zeigt unter dem Mikroskop Blut und freie Harnsäure in Krystallen. In dem erkalteten abgesetzten Urin zeigt das Mikroskop Cholestearinkrystalle in ziemlich zahlreichen perlmutterglänzenden Blättchen. Nach 24 Stunden hat der Urin bereits ein harnsaures Ammoniaksediment als unterste Schicht, sodann eine trübnebelige Schicht, die Albumen und Blut hält, und die oberste Schicht ist hell und reich an Chloriden. — Pat. hat Salivation und pinselt sich das Zahnfleisch mit Schwefeläther. Haut ist meistens blass, trocken und kühl.

5. April. Oeffnung gut. Zunge mehr belegt, schmierig weiss, und schlechter pappiger Geschmack. Durst mässig, gar kein Appetit. Allgemeine Schwäche und Schlafsucht. Hydrops nimmt zu. Urin quantitativ vermehrt, aber trübe, schmutzig braun und mit Sediment. Heftige dumpfe Kopfschmerzen. Icterus zunehmend. Puls 106. Der Urin zeigt viel Harnsäure und Harnstoff, auch besteht das Sediment fast vorzugsweise aus freier Harnsäure mit etwas Schleim und Epithelium. Albumengehalt des Urins ist immerwährend sehr bedeutend. Das Sediment ist eigenthümlich dunkelroth und zeigt, auf das Filtrum gebracht, folgende Bestandtheile: Das abgewaschene Sediment wird mit Weingeist abgekocht und aus dem Rückstand die Harnsäure entfernt, wobei, ausser einer geringen Menge phosphorsauren Kalks, Uroerythrin als Urinfarbstoff in beträchtlicher Quantität als starkrothes, in Wasserlösung sauer reagirendes Pulver zurückbleibt. — Das Mikroskop zeigt etwas freies Blut, Epithelium in Fetzen und Bellinisches Epithelium in grosser Menge.

9. April. Pat. nimmt seit 3 Tagen *Crem. tart.* täglich ʒij in Solution mit *Extr. Taraxac.*, und ist sein Zustand fast noch derselbe wie am 5. Das Sensorium ist noch etwas mehr ergriffen, und ein beständiges Gefühl von Berauschtsein und Benommenheit des Kopfes die Hauptklage des Pat. geworden. Schmerz und Geschwulst beschränken sich mehr auf die linke Seite. Pat. liegt in einem fortwährenden Halbschlummer. Gesicht gelblich erdfahl. Puls 108, manchmal unregelmässig. Oeftere Herzpalpitationen mit Oppression der Brust und Schwindelanfällen. Die Oeffnung ist gallig saturirt und gebunden, reichlich. Kein Schweiss. — Urin ganz trübe, mit starkem Sediment. Albumengehalt geringer wie in den letzten Tagen. Hier und da Bellinisches Epithelium unter dem Mikroskop sichtbar. Sediment besteht aus Harnsäure, phosphorsauren Kalken, Schleim und Uroerythrin. Urin brennt etwas beim Lassen (!), gewiss ein höchst seltenes Symptom eines Brightisch albuminösen Urins.

12. April. Die Weinsteinlösung scheint wenig oder gar nicht auf den Stuhl, wohl aber merklich auf die Urinsecretion zu wirken. Oeffnung wechselnd, bald trocken, bald weich und halbweich, aber immer gering. Pat. fühlt sich etwas erleichtert, die linke Seite ist freier und die Umrisse der hypertrophirten Milz können nicht mehr so deutlich durch die (weniger ödematös infiltrirten) Bedeckungen gefühlt werden. Lebergegend noch geschwollen, aber gegen Druck nicht mehr empfindlich. — Es stellt sich etwas Appetit ein. Urinmenge geringer, kein Blut, kein Epithelium in demselben. Albumengehalt bedeutend vermindert, ebenso die Harnsäure in geringerer Quantität vorhanden. Die Chloride vorwiegend. Kein Sediment und keine Trübung, selbst nicht nach 24 Stunden, im Urin bemerkbar. Pat. nimmt die Solution noch täglich. (*Rp. Extr. Tarax.* ℥β. *Tart. dep.* ʒij. *Aq. petroselin.* ℥vj. *Oxym. squillit.* ℥j. Stündlich 1 Esslöffel voll.)

13. April. Eine Oeffnung von fast normaler Beschaffenheit. Urin klar. Pat. fühlt sich viel besser und leichter. Appetit. Leber- und Milzgegend bleiben gleich aufgetrieben wie in der ersten Zeit, sind jedoch gegen Druck nicht mehr empfindlich. Kein Schweiss, Kopf freier, Gesichtsfarbe besser, natürlicher. Schlaf erträglich gut. Herzklopfen äusserst gering und nur selten auftretend. Hydrops bleibt jedoch auf ein und derselben Stufe stehen. In dem hellen und sedimentlosen Urin findet sich keine Spur von Albumen mehr vor. Der Gehalt an Kochsalz vermehrt. Kein Blut, kein Epithelium, kein Schleim aufzufinden.

17. April. Mit dem Aufhören der Albuminurie steigt wieder die Quantität des gelassenen Harnes, so dass Patient jetzt in 24 Stunden 6 Schoppen eines hellen und albumenfreien Urins lässt. Das Allgemeinbefinden bleibt wenig verändert. Gesichtsfarbe weniger gelb, mehr anämisch fahl. Oeffnung gut, Appetit ziemlich. Kein Schweiss. Puls 84. Pat. nimmt von jetzt an täglich nur ʒj *Tart. dep.* in obiger Solution.

Am 18. hat der Urin seit dem Aufhören der Albuminurie zum erstenmale ein Sediment, und zwar ein harnsaures mit etwas Schleimbeimischung. Das Mikroskop entdeckt keine fremdartigen Beimischungen, einzelne Epithelialzellen und Schleimkörperchen ausgenommen. Pat. fühlt sich erleichtert und hat mehr Appetit. Alle objectiven Symptome, mit Ausschluss der Albuminurie, bleiben unverändert. Leber- und Milzgeschwulst immer noch sehr bedeutend, ebenso der *Hydrops universalis*. Das Sensorium ist ganz frei, und Pat. hat weder Schwindel noch Kopfschmerzen. Puls 84. Manchmal hört man noch etwas unbestimmtes Blasen bei dem ersten Geräusch.

Am 19. ist Pat. sogar im Stande, auf eine Stunde das Bett zu verlassen. Urin hell und normal, 6 Schoppen. Oeffnung gut, Schlaf gut, Appetit gut. Hydrops beginnt zu fallen. Beim Aufstehen schwellen die Füsse jedoch gleich so stark an, dass Pat. das Lager wieder aufsuchen muss.

21. April. Pat. klagt wieder über heftiges Stechen in der Milzgegend, hat jedoch gut geschlafen und 5 Schoppen hellen normalen Urin gelassen. Sieht wieder bleicher und angegriffener aus. Eine Messung des Thorax zeigt die linke Thoraxhälfte um $^1/_4$ Zoll mehr ausgedehnt. Die Percussion zeigt den Magen fast ganz verdeckt, indem die Leber und die sehr angeschwollene Milz sich mit ihren Rändern fast berühren. Puls 86.

23. April. Pat. fühlt sich sehr unwohl. Er hat 6 Schoppen dunkeln, aber klaren Urin gelassen. Der Urin enthält weder Eiweiss, noch sonst irgend eine fremde Beimischung, und riecht harnsauer. Weder Harnstoff noch Harnsäure zeigen sich verringert. Nach 24 Stunden bildet sich ein reiches harnsaures Sediment. Unter dem Mikroskop zeigen sich in demselben ausserdem noch schöne grosse Tripelphosphate und einzelne Cholestearinblättchen. Gesichtsfarbe wieder gelblich und erdfahl. Haut schlaff, welk, ohne alles Leben. Gesicht gedunsen, mit dem Ausdruck des tiefsten Leidens. Leib aufgetrieben. Ascites und Meteorismus vereinigt. Manchmal Präcordialangst und Herzpalpitationen, wo die Auscultation, ausser deutlichem Blasen bei dem ersten Tone, noch einen kurzen metallischen Schock vernehmen lässt. Glieder matt und schwer, so dass Pat. kaum im Stande ist, sich im Bett zu bewegen. Er hat das Gefühl, als sei sein ganzer Körper wie mit Blei ausgegossen. Wenig Appetit. Durst und weissgelblich belegte Zunge. Puls 90.

24. April. Eine Oeffnung von ziemlich normaler Farbe. Stechen in der sehr aufgeschwollenen Milzgegend nimmt zu, besonders am untern Rande. Hydrops steigt. Grosse Dyspnoë. Abends entstehen nach heftiger Präcordialangst plötzlich 3 braune Erbrechen. Nachts unruhig, kein Schlaf. Urin dabei hell, in ziemlicher Quantität und von normaler Beschaffenheit.

25. April. Pat. hatte eine sehr unruhige Nacht und ist sensoriell alienirt. Glaubt sich ganz wohl zu befinden, stöhnt viel und hat leise Delirien. Grosse Präcordialangst. Gesicht fahl, schmutzig, grüngelblich. Augen starr und gläsern. Beim ersten Herzton etwas Blasen hörbar. Keine Oeffnung. Urin hell und ganz klar; die grösste Quantität liess er unter sich gehen. Kein Schweiss, Haut aber etwas wärmer anzufühlen wie gewöhnlich. Puls 96, klein und unterdrückt.

Den 26. April, Morgens 3 Uhr, tritt der Tod ruhig ein.

Section am 27. April, 10 Uhr Morgens. Starker Körper. *Hydrops universalis.* Sehr geringer Rigor. Intensiv gelbe Färbung des ganzen Körpers. Gehirnmasse sehr anämisch, blass, ziemlich fest, etwas zähe und elastisch. Sinus blass und blutleer. Plexus zusammengefallen und wenig entwickelt, blutleer. Hirnhäute schlüpfrig, wässrig und sehr anämisch. Lungen blass, anämisch. Leichte gelbliche Färbung der *Pleura pulmonalis*. Auch das Parenchym der Lungen zeigt auf den Schnittflächen eine blassgelbliche, schmutzige Färbung. Ebenso ist das spärlich ausfliessende Blut missfarbig und dünn. Alle freien Lungenränder stehen starr ab und sind emphysematös geschwollen. Der obere Lappen der rechten Lunge ziemlich trocken und welk, etwas zusammengesunken. Lungengewebe sonst überall ganz gesund und permeabel. — Im Herzbeutel 3 Unzen dunkelgelbliches Serum, das nach genauer Untersuchung folgende Beschaffenheit zeigt. (Die zur Untersuchung aufgefangene Quantität, etwa ʒv, wird auf das Filtrum gebracht und von dem durch den Schnitt beigemischten Blut getrennt. Das Filtrat

ist gelblich und ganz hell. Auf der Weingeistlampe gerinnt fast die ganze Menge zu einem Albumenklumpen, der mit Wasser ausgewaschen wird. Die Lösung wird in einem Uhrglase langsam abgedampft und bei dem Erkalten einige Tropfen rectificirte Salpetersäure zugesetzt. Nach einigen Stunden zeigt das Mikroskop deutliche, aber sehr sparsame salpetersaure Harnstoffkrystalle, als blendend weisse Krystallblättchen abgelagert.) — Der Ueberzug des Herzens ziemlich intensiv gelb gefärbt, besonders die grossen Gefässe. Im linken Herzen starke, weiche und missfarbige Coagula. Circa $1\frac{1}{4}$ Zoll von der Herzspitze entfernt kreuzt ein anomales Trabeculum den linken Ventrikel, nach oben mit einem Bicuspidalbalken in der Art cohärirend, dass eine Zerrung der Klappe beim ersten Ton bei vermehrter Contraction wohl ein leichtes Blasen hervorbringen konnte. — Milz übersteigt das Normalmaass um das Vierfache. Blutinfarcte älteren und jüngeren Ursprungs durch die Kapsel wahrnehmbar und dem Organ ein etwas fleckiges Ansehen gebend. Auch in dem Parenchym nicht bis zur Oberfläche dringend, zeigen sich kleine Apoplexien. Hyperämie und morsches Gewebe. Ränder und Convexität sind stark eingekerbt. Leber ebenfalls hypertrophisch, von dichtem, elastischem Gewebe; linker Leberlappen lang, schmal und dünn, weit den Magen überragend. Die Milz scheint bei Lebzeiten auf dem den sehr grossen Magen zur Hälfte überragenden linken Leberlappen gelagert zu haben, so dass der sehr ausgedehnte Magen von beiden sehr vergrösserten Organen fast ganz bedeckt wurde. Leber keinesweges blutreich. Mesenterialdrüsen normal. Der sehr grosse und sehr ausgedehnte Magen enthält circa $2\frac{1}{4}$ Maass einer grünlich gelbgrauen Flüssigkeit. — Rechte Niere blass, von festem Gewebe, ohne Spur parenchymatöser Atrophie. Linke Niere blass, anämisch, von festem Gewebe. Nieren zeigen keine Spur Bright'scher Entartung. — Harnkanälchen deutlich nachweisbar. Grösse normal. Keine Faserstoffinfarcte, wohl aber bedeutende Hyperämie in beiden Nieren.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Zerreissung des Jejunums.

Von

Dr. Ziehl in Nürnberg.

Obschon die Gedärme durch ihre Beweglichkeit und Geschmeidigkeit einem von aussen andringenden Drucke oder Stosse auf mannigfache Weise auszuweichen im Stande sind, so finden wir doch eine nicht sehr geringe Zahl von Fällen aufgezeichnet, wo durch äussere gewaltsame mechanische Einwirkung die Zerreissung eines gesunden Darms erfolgt ist. Dieselbe war nicht immer eine sehr heftige, mehrmals der Hufschlag eines Pferdes, einigemal auch nur ein Fall von einer nicht sehr bedeutenden Höhe auf den Bauch; einmal entstand ein Darmriss bei einem jungen Manne, während derselbe beim Ringen auf das Knie seines Gegners fiel, einmal in Folge heftigen Erbrechens. In den meisten mir bekannten Fällen fand nur ein Riss in einem Darme statt, der sich entweder in die Quere oder in die Länge erstreckte.

Ebenso war die Grösse des Risses eine verschiedene, in einigen Fällen betrug sie einige Linien, in anderen einige Zoll. In Beziehung auf Localität finden wir Zerreissungen des Duodenums, des Ileums, des Jejunums, des Cöcums und des Rectums beschrieben. Was die bei der Section aufgefundenen Erscheinungen als Folgen der Verletzung betrifft, so richten sich dieselben, besonders die Entzündung mit ihren Ausgängen, darnach, ob der Tod früher oder später eingetreten ist.

Seltener sind diejenigen Fälle, wo eine vollkommene Durchreissung eines Darmes stattfindet. In Andral's pathologischer Anatomie, übersetzt von Becker, Vol. 11. pag. 73, sind zwei aufgeführt, in einem fand eine vollkommene Trennung des Zusammenhanges in der Gegend der Verbindung des Grimmdarms mit dem Mastdarme statt, welche durch den Lauf eines Rades über die Lenden hervorgebracht war, in dem andern von Marjolin beobachteten, war in Folge einer Quetschung des Unterleibs der Dünndarm in einer Entfernung von 18 Zoll vom Zwölffingerdarm vollkommen durchschnitten. Einen dritten beobachtete Collier (The London medical Gazette 1833. Septbr.). Ein 13jähriger Knabe wurde, mit dem Rücken gegen eine Wand gelehnt, von dem Arm einer sich bewegenden Maschine heftig gegen den Bauch in der Nabelgegend gestossen. Er versucht noch $1\frac{1}{2}$ englische Meilen weit nach Hause zu gehen, musste aber das letzte Drittel des Weges getragen werden.

Section. Aeusserlich keine Spur von Gewaltthätigkeit. Der Unterleib von Gas und blutiger Flüssigkeit ausgedehnt. Das Duodenum da, wo es den 2. Lendenwirbel kreuzt, völlig in 2 Theile zerrissen, wovon das untere Ende frei in die Bauchhöhle hing, welche die Contenta des Darms enthielt. Da wo der Darm in das Jejunum übergeht, ein Loch von der Grösse eines Schillings.

An diese reiht sich der von mir beobachtete Fall.

Am 18. Mai d. J., Abends 10 Uhr, wurde ich zu einem 36 Jahre alten Missionszögling, Namens Zickert gerufen. Derselbe hatte sich Abends 6 Uhr bei einem Spaziergang mit einigen Freunden auf den Turnplatz begeben, bestieg den etwa 3 Fuss hohen Schwebebaum, worauf er im Hin- und Hergehen ausglitt und mit dem Unterleib quer auf denselben herabfiel. Er empfand darauf sogleich die heftigsten Schmerzen, wurde mit Mühe in seine eine Viertelstunde entfernt gelegene Wohnung geführt, musste sich aber unterwegs mehrmals niedersetzen, wobei er besonders über stete Beengung klagte. Bei meinem Erscheinen fand ich das Gesicht entstellt und bleich, die Stirn und Extremitäten kühl, den Puls klein, frequent, kaum fühlbar, den Unterleib nicht aufgetrieben und ohne Spur einer stattgehabten Gewaltthätigkeit, aber gespannt und keine Berührung vertragend. Auf der rechten Seite hatte er einen Leistenbruch, der aber vollkommen reponirt war. Dabei äusserte er die grösste Unruhe, wollte das Bett verlassen und klagte über furchtbare Schmerzen im Unterleibe und nicht zu stillenden Durst.

Ich verordnete einige reichliche Aderlässe am Arm, zum innerlichen Gebrauch eine Emulsion mit *Aq. laurocer. c. Extr. hyoscyam.*, liess Umschläge von erweichenden und narkotischen Kräutern machen und ein Klystier von Chamillen-Aufguss appliciren. Zum Getränk erhielt er Mandel-Emulsion. Die Nacht verging unter heftigen Schmerzen, Oeffnung war einigemal erfolgt, dabei aber immer noch Drang zum Stuhlgang vorhanden. Erbrechen trat nicht ein. Die Stuhlgänge waren kothig, ohne die geringste Beimischung von Blut. Am Morgen des 19. Mai war der Puls etwas gehobener, die Extremitäten wärmer, sonst die alten Klagen. Er bekam eine Emulsion mit Opium. Den Tag über verschlimmerte sich wieder Alles. Der Bauch war aufgetrieben. Bei meinem Abendbesuche um halb 6 Uhr traf ich den Patienten delirirend, kurz und schnell athmend und am ganzen Körper kalt. Der Puls war nicht mehr zu fühlen. Um 6 Uhr, also gerade 24 Stunden nach dem Falle, starb er.

Section den 19. Mai Nachmittags um 4 Uhr. Bei der Besichtigung des Unterleibs fand sich keine Spur irgend einer Gewaltthätigkeit. Nach gemachtem Einstich in die Unterleibshöhle trat Luft unter knallendem Geräusch hervor. Nach zurückgelegten Bauchdecken fand man sämmtliche Muskeln derselben in vollkommener Integrität. Netz und Gedärme waren geröthet, auf dem Peritonäalüberzug derselben leichtes Exsudat.

In der Unterleibshöhle selbst befand sich über eine Maas blutig gefärbte Flüssigkeit. Bei Auseinanderlegung der Gedärme fand man das Jejunum 6 Zoll vom Ende des Duodenums in seinem ganzen Lumen auseinandergerissen. Beide Enden lagen 4 Zoll von einander entfernt frei in der Bauchhöhle. Eine weitere Verletzung fand sich im Darmkanale nicht vor. Leber, Milz, Nieren und Blase, die noch mit Urin angefüllt war, waren normal.

Versuche mit dem Aether muriaticus transchloratus (Éther chlorhydrique chloré, Liqueur des Hollandais chlorée) in der chirurgischen Klinik zu Erlangen.

Von

Professor Dr. Heyfelder.

Die Mittheilungen von Arcin, Mialhe und Flourens über die anästhesirende Kraft des *éther chlorhydrique chloré* (Archives générales de médecine. Février 1851. S. 244—251 und Gazette médicale de Paris 1851. V. 3. S. 39.) bestimmten mich, Versuche mit diesem Präparate in hiesiger chirurgischer Klinik anzustellen. Diese Versuche waren doppelter Art, indem ich entweder das frisch bereitete Präparat inhaliren liess, was mit Hülfe des Luër'schen Apparats für Chloroform-Inhalationen geschah, oder indem ich durch Austreichen eines Körpertheils mit dem *Aeth. mur. transchlor.*, oder durch Auflegen damit getränkter Baumwolle eine örtliche Anästhesie hervorzurufen mich bestrebte.

Bekanntlich empfindet Jemand (wenigstens nach den sehr zahlreichen in hiesiger Klinik angestellten Versuchen) bei einer Zahnextraction wenig oder gar keinen Schmerz, wenn ihm 2 Minuten vor dieser Operation in Chloroform getränkte Baumwolle auf den cariösen Zahn gelegt und durch Schliessen des Mundes hier fixirt worden war, und

sicher werden diejenigen, welchen früher ohne eine solche topische Anwendung von Chloroform Zähne ausgezogen worden waren, mit Vergnügen den Unterschied einer *Evulsio dentis* mit und ohne Chloroform in der angedeuteten Weise anerkennen.

Eine solche günstige Wirkung von der örtlichen Anwendung des *éther chlorhydrique chloré* bei Zahnextractionen habe ich nicht wahrgenommen. Im Gegentheil äusserten alle dabei den lebhaftesten Schmerz, so wie er zu sein pflegt, wenn kein Anästheticum örtlich angewendet worden war. In einem Falle, wo einem Individuum zwei auf entgegengesetzten Seiten stehende obere Backenzähne ausgezogen wurden, war auf den einen Zahn das Chloroform, auf den andern der *Aeth. mur. transchl.* applicirt worden. Die Extraction des ersten ging ohne alle Schmerzempfindung von Statten, während beim andern, wo der *Aeth. mur. transchl.* angewendet worden war, ein sehr heftiger und lebhafter Schmerz gefühlt ward.

Die Application eines Haarseils im Nacken bei 3 mit chronischen Augenleiden behafteten Personen, nachdem die Haut in dieser Körperregion 5 Minuten lang mit dem *Aeth. mur. transchl.* bestrichen worden war, verursachten einen überaus lebhaften Schmerz, wie er ohne Anwendung dieses Anästheticum nicht stärker hätte sein können.

Bei einem 26jährigen gesunden und kräftigen Landmanne mit doppelter Hydrocele wurde die vordere Partie des Hodensacks 6 Minuten lang mit dem *Aeth. mur. transchl.* unmittelbar vor der Operation, die *per excisionem* geschah, bestrichen. Der Kranke empfand den Schmerz dieser Operation im vollsten Maasse und reagirte in heftigster Weise. Aber was noch weitere Beachtung verdient, ist, dass schon nach 24 Stunden die vordere Fläche des Scrotums, gerade so weit als die Anwendung des *Aeth. mur. transchl.* sich erstreckt hatte, sich schwarz färbte, und dass ein brandiges Absterben und Losstossen der oberen Hautschichten in den nächsten Tagen erfolgte, wobei indessen die Heilung der beiden Operationswunden im Scrotum überaus schnell von Statten ging.

Somit sind unsere Resultate sehr verschieden von den durch Aran bezüglich der *Médication anesthésique locale de l'éther chlorhydrique chloré (Liqueur des Hollandais chlorée)*. Dabei will ich nicht verkennen, welchen grossen Einfluss die Einreibungsart eines Präparats auch auf dessen Wirkung haben kann und haben muss, indessen darf ich auch versichern, dass das von mir angewandte Präparat frisch bereitet und aus sehr zuverlässiger Quelle mir zugegangen war.

Sehr entsprechende Erfolge sah ich dagegen von den Inhalationen des *Aeth. mur. transchl.* einmal bei einem ältern Manne, der in Folge von Empyem nach *Pleuritis chronica* eine Fistel auf der vorderen Partie der linken Brusthälfte hatte, wodurch auch an dieser Stelle die fünfte Rippe cariös geworden war. Diese Rippe wurde, soweit sie vom Caries ergriffen war, am 6. Juli resecirt. Bevor zur Operation geschritten ward, liess ich den Kranken den *Liqueur des Hollandais chlorée* einathmen. Er that dies mit einer gewissen Begierde, schloss nach 5 Minuten die Augen, zeigte keine Aufregung, blieb sich bewusst und gab auf alle an ihn gerichtete Fragen ganz entsprechende Antworten. Dabei zeigte weder die Hauttemperatur noch der Puls eine erwähnenswerthe Abweichung vom Naturgemässen. Weder beim Blosslegen der cariösen Rippenpartie, noch bei der Resection derselben äusserte er den geringsten Schmerz. Ebensowenig reagirte er bei Anlegung mehrerer blutiger Näthe nach Beendigung der Operation. Ja er äusserte sich später dahin, dass er weder beim Schneiden noch beim Führen der Säge, noch beim Nähen der Wunden irgend ein schmerzhaftes Gefühl gehabt habe. Nur wenn die Inhalationen längere Zeit unterbrochen wurden, habe er ein leises Brennen empfunden, gerade so wie es am ersten und zum Theil auch am andern Tage nach der Operation der Fall war. Ebenso versichert er, nicht einen Augenblick das Bewusstsein verloren, sondern alles wahrgenommen zu haben, was um ihn vorgegangen sei.

Der Operirte genas verhältnissmässig sehr rasch, sowie auch ausserdem keine ungünstige Nachwirkung wahrgenommen wurde, welche auf Rechnung dieser Inhalationen hätte gebracht werden können.

Ganz analog wirkten die Inhalationen bei einem einige dreissig Jahr alten Bauer, bei welchem eine Krebsgeschwulst aus dem linken innern Augenwinkel exstirpirt und zugleich die untere Palpebra, welche gleichfalls vom Krebs ergriffen war, abgetragen werden musste.

Es fällt mir nicht bei, aus diesen wenigen Fällen, wo ich den *Aeth. mur. transchl.* angewandt, viele Schlüsse zu ziehen. Indessen möchte doch die eingetretene Empfindungslosigkeit bei ungeschwächtem Bewusstsein, die Abwesenheit jeder Aufregung, besonders in der Gefäss- und Nervensphäre, welche bei Chloroform-Inhalationen so oft wahrgenommen wird, insofern dies bei weitern Versuchen sich bestätigen und vielleicht noch entschiedener herausstellen sollte, dem *Aeth. mur. transchl.* für manche Fälle selbst einen Vorzug vor dem Chloroform vindiciren können, obwohl seiner Anwendung in der warmen Jahreszeit und in heissen Klimaten manches entgegentritt, und wollen wir in dieser Beziehung nur auf das verweisen, was Eduard Robin in einer bei der Pariser Akademie der Wissenschaften eingereichten Abhandlung über den Hydrobromäther ausgesprochen (Gazette méd. de Paris du 7. Juin. S. 362), über welchen wir unsere Beobachtungen ebenfalls demnächst hier mitzutheilen die Absicht haben.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Geh. Med.-Rath Professor Dr. B. Langenbeck in Berlin.

Von

Dr. Wagner, Assistenz-Arzt.

Ulcerirte Geschwulst an der Unterlippe. Exstirpation und Cheiloplastik. Recidiv nach zwei Wochen. Resection des Mittelstücks des Unterkiefers. Lippenbildung.

G. M., Landmann, 39 Jahr alt, ist von mittlerer Statur, gelblich weisser, fahler Gesichtsfarbe, ziemlich gut genährt. Derselbe hat in seiner Jugend an Skropheln gelitten, blieb aber dann bis zu seinem 30. Lebensjahre von jeder Krankheit verschont. In diesem Jahre begann ein kleines Geschwür, welches abwechselnd bald mit einem Schorfe sich bedeckte, bald eine stinkende, jauchige Flüssigkeit absonderte, an der Unterlippe sich zu entwickeln. Es verursachte dem Kranken wenig Schmerzen und nahm sehr langsam an Umfang zu, so dass Pat. erst nach 7jährigem Bestehen des Uebels sich veranlasst fühlte, durch eine Operation dasselbe entfernen zu lassen. Die Wunde heilte rasch, aber bereits nach 4—5 Monaten begann an derselben Stelle der Unterlippe ein neues oberflächliches Geschwür sich zu bilden, welches schneller als das erste sich vergrösserte, dem Kranken mehr Schmerzen bereitete und durch keine Mittel gebessert wurde. Es zerstörte innerhalb zweier Jahre die ganze Unterlippe von einem Mundwinkel bis zum andern und bis zum Kinn herab. Am 10. Febr. d. J. erschien der Kranke deshalb in der Klinik.

In der ganzen Breite der Unterlippe bis nahe zum Kinn herab findet sich ein Geschwür, welches bis auf den Knochen dringt; dessen harter Grund mit schwammigen, warzenartigen Excrescenzen besetzt, dessen Ränder aufgewulstet und hart sind. Dasselbe sondert eine stinkende Jauche ab, und verursacht dem Kranken lancinirende, nach allen Richtungen ausstrahlende, besonders des Nachts exacerbirende Schmerzen. In der ganzen Umgegend des Geschwürs sind bis zum untern Rande des *Trigonum submaxillare* hinab die Weichtheile knollig hart und anscheinend auch der Unterkiefer höckerig aufgetrieben. Das Geschwür ist ohne äussere Veranlassung, und ohne dass sich hereditäre Anlage, noch irgend ein anderes ursächliches Moment nachweisen liess, entstanden. Alle Functionen des Pat. sind normal, nur der Schlaf ist oft durch Schmerzen gestört.

Am 14. Febr. werden die exulcerirten Massen exstirpirt, und die harten Knollen aus dem *Trigonum submaxillare* mit Schonung der gesunden Haut fortgenommen. Der auf seiner vorderen Oberfläche rauhe, höckerige Unterkiefer wird platt abgemeisselt und schliesslich durch Verziehung und Transplantation von Hautlappen aus der Submaxillargegend und den äussern Theilen der Oberlippe und Wange die Unterlippe fast vollständig ersetzt. Die Blutung war nicht sehr bedeutend und stand nach der Unterbindung grösserer Arterienzweige und der Vereinigung der Hautlappen durch verschlungene und Knopfnähte. Der Kranke ertrug die Operation gut, äusserte wenig Schmerzen; gelinder Frost mit nachfolgender Hitze und Schweiss befiel ihn bald nachher. Auf eine Dosis Morphium (gr. ¼) schlief Pat. gut, fieberte Morgens wenig; geringes Oedem in der Umgegend der Wunden. Nachmittags, also 24 Stunden nach der Operation, trat eine Entfärbung der Hautlappen, welche die Unterlippe bilden, ein, und zog sich im Verlauf von 2 Stunden durch ein dunkles Roth in ein schmutziges Schwarzgrau. Die ganze Unterlippe war bedeutend geschwollen, und in der Umgegend der entfärbten Stellen, welche der Mittellinie zunächst waren, geröthet und schmerzhaft. Die Nadeln der umschlungenen Näthe wurden sofort entfernt, 6 Blutegel in die Nähe der entfärbten Partien angesetzt und Umschläge von lauem Bleiwasser angewendet. Abends hatte die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Unterlippe bedeutend abgenommen, stieg jedoch bis zum Morgen des 16. Febr. so, dass wiederum 6 Blutegel gesetzt werden mussten. Aus mehreren Stichöffnungen floss ein missfarbiges Secret aus. Wo eine Spannung bemerklich war, wurden die Suturen entfernt. Pat. hatte lebhaftes Fieber, Puls von 130 Schlägen in der Minute; bedeutende Mattigkeit. (*Acid. sulph.* mit *Magnes. sulph.*) Die reichliche Nachblutung aus den Blutegelstichen führte wiederum eine wesentliche Milderung der

Erscheinungen herbei; die bereits gangränösen Partien begannen zu zerfallen und liessen ein höchst übelriechendes, jauchiges Secret ausfliessen, welches verunstaltete Blutkörperchen, Pigmentschollen, spärliche Eiterkörperchen, und zum Theil fettig degenerirte Gewebsreste enthielt. In den folgenden Tagen begrenzte sich die Gangrän immer deutlicher, die brandigen, in der Mittellinie zusammenstossenden Theile der Seitenlappen der Unterlippe und der obere Theil der Halshaut stiessen sich ab; die gesunden Partien der Lappen zogen sich zurück und von der *Spina mentalis ant.* nach links hin lag der untere Rand des Unterkiefers vom Periost entblösst zu Tage. Das Fieber war allmälig verschwunden, die Kräfte des Kranken nahmen schnell zu. Das Aussehen der Wunde besserte sich immer mehr, üppige Granulationen füllen den Substanzverlust und bedecken den frei liegenden Theil des Unterkiefers. Unter Anwendung einer schwachen Höllensteinsolution schreitet die Benarbung schnell vorwärts und ist fast vollständig, als der Kranke am 4. April entlassen wird. So weit die Mittheilung, welche Herr Dr. **Friedberg** mir zu machen die Güte hatte.

Nachdem Pat. 14 Tage ausserhalb des Hospitales zugebracht, während welcher Zeit die noch zurückgebliebene granulirende Fläche vernarbt war, bemerkte er an dem äussern Theile der Oberlippe links zwei Knoten, welche schnell wuchsen und schmerzhaft wurden. Bei seinem Wiedereintritt in die Klinik am 7. Mai d. J. finden sich an der bezeichneten Stelle zwei bohnenförmige harte Knoten auf einer etwa taubeneigrossen, tiefer gelegenen Geschwulst aufsitzend. Dieselben sind geröthet, oberflächlich excoriirt, mit der Haut fest verwachsen, bei Druck schmerzhaft. Tiefer gelegene kleinere Knoten, sonst von derselben Beschaffenheit, liegen in der Oberlippe über dem rechten Mundwinkel. Die aus den Resten der transplantirten Hautlappen und dem mit dem Unterkiefer fest verwachsenen Narbengewebe gebildete Unterlippe ist ebenfalls von gleichen Knoten verschiedener Grösse durchsetzt. Dieselben erstrecken sich durch die Submaxillargegend bis nahe dem Zungenbein, nahe den Winkeln des Unterkiefers. An der linken Seite des Halses geht neben dem Kehlkopf ein harter Strang herab, der etwas unter der *Cart. cricoidea* in einen haselnussgrossen, bei Druck schmerzhaften Knoten endigt. An den bezeichneten Grenzen ist die Haut über den Geschwülsten noch verschiebbar, von normaler Beschaffenheit; Verwachsungen der Knoten mit dem Unterkiefer scheinen jedoch überall vorhanden. Der Boden der Mundhöhle ist gesund, die Geschwülste sind schwer durch denselben durchzufühlen. An die äussere Fläche des Kiefers in der Mundhöhle kann der Finger nicht gelangen. Pat. ist vielfach durch Schmerzen in der Geschwulst geplagt, seine übrigen Functionen sind normal.

Am 23. Mai Nachm. werden die in der Oberlippe befindlichen Knoten durch Vförmige Schnitte über beiden Mundwinkeln entfernt, die Wunden durch Knopfnäthe vereinigt. Die um das Mittelstück des Unterkiefers festgewachsenen Massen werden umschnitten und von den gesunden Theilen möglichst losgelöst, darauf mit dem Mittelstück des Unterkiefers bis zum dritten Backzahn jederseits durch eine feine Stichsäge entfernt. Die starken *A.A. linguales* und eine Menge kleiner spritzender Gefässe werden unterbunden. Die mit einem Haken fixirte Zunge macht keinen Versuch in den Schlund zu gleiten. Die Exstirpation der zahlreichen Knoten aus der Submaxillargegend, die Exstirpation der verhärteten *Gland. submaxillaris* und *sublingualis* beider Seiten, wobei zahlreiche Gefässunterbindungen nothwendig werden, beendet die Operation. Der Wundrand der Halshaut, etwa in der Höhe des Zungenbeins, wird mit der von der Basis der Zunge ausgehenden, den Boden der Mundhöhle bedeckenden Schleimhaut durch Knopfnäthe vereinigt, und so ein Zurückweichen der Zunge unmöglich gemacht. Die übrige Wunde wird mit Charpie ausgefüllt. Kalte Umschläge. Der Kranke war während der Operation sehr unruhig und empfindlich, machte besonders heftige Schmerzensäusserungen bei Durchschneidung der *NN. linguales* und *alveolares inf.* Wiederholte kurze Ohnmachten unterbrachen die Operation; lebhafte Schmerzen dauerten noch bis zum folgenden Morgen. Die Sprache ist ganz unverständlich geworden, das Schlucken sehr erschwert und nur möglich, wenn die flüssigen Nahrungsmittel mit einem Löffel bis hinten in den Schlund gebracht werden. Anästhesie der Zunge ist nicht bemerkbar, Veränderungen in der Geschmacksempfindung können nicht ermittelt werden. Die ziemlich weit hervorragende Zunge wird durch Auflegen von kalten nassen Compressen und Citronenscheiben feucht erhalten. Geringes Fieber. In den folgenden Tagen tritt unter Anwendung von warmen Breiumschlägen eine gute Eiterung ein; die Suturen werden entfernt; die Wunden in der Oberlippe sind *prima intentione* verheilt, der Wundrand der Halshaut hat sich an den der Schleimhaut der Mundhöhle angelegt. Unter fortdauernder Eiterung bedeckten sich die resecirten Enden des Unterkiefers und die ganze Wunde mit üppigen Granulationen, welche schnell zu benarben anfangen. Das Schlucken geht wieder besser von Statten, das Fieber verliert sich bald, Appetit und ruhiger Schlaf stellen sich schnell wieder ein. In Folge des fortwährenden reichlichen Speichelabflusses über die vordere Fläche des Halses auf die Brust entwickelt sich daselbst ein geringes Eczema.

Am 3. Juni werden zu beiden Seiten des Kehlkopfes und der Trachea von der Gegend der Mundwinkel an bis zur *Articulat. sterno-clavicularis* 2 Schnitte durch die Haut geführt, welche oben weiter von einander entfernt nach unten zu sich nähern. Die von denselben umgränzte Haut wird lospräparirt, die granulirenden Hautränder, welche den Defect der Unterlippe und des Unterkiefers begrenzen, werden wund gemacht und durch Suturen mit dem Halshautlappen vereinigt, welcher dadurch bis zur Höhe der Zungenwurzel erhoben ist. Die Schnittwunden werden durch Knopfnäthe genau geschlossen, der ausgespannte Hautlappen durch ein in kaltes Wasser getauchtes Halstuch gegen die unterliegende Wundfläche angedrückt. Etwa 16 Stunden nach der Operation ist die obere Hälfte der Hautlappen dunkel livid gefärbt; geringes blutig seröses Secret findet sich in den Wunden. Mässiges Fieber. Einzelne Suturen, welche den Lappen stark zu spannen scheinen, werden entfernt; die Wunden klaffen etwas an den Stellen, wo dieselben gelegen. Im Verlauf von 48 Stunden lässt unter wiederholter Application von Blutegeln an den missfarbigen Lappen, fortdauernd unterhaltener Nachblutung und unter Anwendung von Ueberschlägen aus Campherspiritus und Chamillenthee, die dunkel livide Färbung nach. Zuerst ging sie auf das obere Drittheil des Hautlappens zurück, in welches hinauf sich sodann einige normal gefärbte Streifen erstreckten, bis endlich nur die äussersten Winkel und ein etwa 1‴ breiter Saum des oben breiteren Lappens missfarbig blieben. Die nächsten Partien sind stärker als früher geröthet; die Demarcationslinie bildet sich, und unter guter Eiterung geht die Abstossung der gangränösen Theile in den nächsten Tagen schnell von Statten. Die nicht gelösten Suturen schneiden durch, die Wunden granuliren gut und die Benarbung und Anheilung der Hautlappen an die unterliegende Wundfläche ist in etwa 3 Wochen vollendet. Durch den von der Zungenwurzel, dem freien Rande der Oberlippe und den von den Mundwinkeln senkrecht herabsteigenden Narbensträngen begrenzten Defect der Unterlippe und des Unterkiefers fliesst fortdauernd Speichel in reichlicher Menge aus. Das Eczema an der vorderen Fläche des Halses und der Brust hat sich verloren, nachdem diese Theile durch aufgelegte Schwämme und Tücher vor der Berührung mit dem Speichel möglichst geschützt worden. Die Verdauung ist durch den Speichelverlust nicht beeinträchtigt.

Am 8. Juli wird ein neuer Versuch gemacht, die fehlende Unterlippe zu ersetzen. Nachdem die den Defect umgebenden benarbten Hautränder wund gemacht und die Halshaut von ihrem oberen Rande auf etwa $\frac{1}{2}$ Zoll abwärts wieder losgelöst ist, werden zwei aufrechtstehende, etwa $1\frac{1}{2}''$ breite, $3''$ hohe rhomboidale Lappen aus der Wangenhaut gebildet, bis auf ihr unteres, den Grenzen des Defectes zunächst gelegenes schmales Ende losgelöst, und von hieraus über den Defect gelegt, so dass sie mit ihren ursprünglich obern Enden in der Mittellinie des Gesichtes vor dem Defect sich berühren. In dieser Lage werden sie untereinander, mit dem obern Rande der Halshaut und an den Mundwinkeln mit der Oberlippe durch Suturen vereinigt. Die Unterlippe ist vollständig ersetzt, die transplantirten Hautlappen sind nicht gespannt und von normaler Färbung; sie werden durch nasskalte Tücher gegen die unterliegenden Theile mässig angedrückt. Die in den Wangen gemachten Wunden können grösstentheils durch die Nath geschlossen werden, der Rest wird mit Charpie râpée gefüllt. Einige Stunden nach der Operation werden die in der Mittellinie vereinigten Enden der Lappen livide und deshalb zwei Blutegel gesetzt; die Nachblutung wird durch Umschläge von lauem Bleiwasser mit Campherspiritus unterhalten. Eine Reaction nach der Operation ist an dem Kranken nicht zu bemerken. In den Wunden der Wangen, soweit sie durch Näthe geschlossen worden, zwischen den mit dem Halshautrande vereinigten Rändern der Lappen kommt die erste Intention zu Stande, die livide Färbung der Lappen hat sich unter fortgesetzter Application von Blutegeln auf die äussersten Enden der Lappen etwa $1\frac{1}{2}'''$ breit beschränkt, hat aber die oberen inneren Winkel in etwas grösserer Ausdehnung eingenommen, und diese Theile stossen sich, vollständig nekrotisirt, unter geringer Eiterung los. Auf den nunmehr in der Mittellinie klaffenden Wundrändern erheben sich reichliche Granulationen, welche jedoch nicht genügen, den wieder entstandenen Defect zu schliessen. Wiederholte Versuche, die Wundränder nach Anfrischung derselben und Loslösung der Lappen von den unterliegenden Theilen durch weitgreifende Knopfnäthe zur Vereinigung zu bringen, misslingen; einmal, weil die Fäden durch die weichen eiternden Ränder zu schnell durchschneiden, sodann weil eine zu starke Spannung der Lappen aus Besorgniss vor Gangrän vermieden werden muss. Der Verschluss der Wundflächen in den Wangen ist unter Granulation und feiner Narbenbildung fast vollständig erfolgt, die oberen Ränder der Lappen sind ebenfalls benarbt und an den Mundwinkeln mit der Oberlippe vereinigt; der in der Unterlippe zurückgebliebene, fast völlig be-

narbte Defect hat die Form eines gleichseitigen Dreiecks, dessen Spitze nach unten gerichtet in der Mittellinie des Gesichtes steht, dessen Basis nach oben etwa 9‴ beträgt. Durch diese Oeffnung fliesst auch jetzt fortdauernd Speichel aus. Ein Verschluss derselben soll nächstens versucht werden. Der Kranke ist gut genährt, blass, seine Verdauung ist vortrefflich, mit den zurückgelassenen Theilen der Unterkiefer kann er ziemlich gut kauen; das Schlucken ist wenig beschwerlich; die Zunge ist hinreichend geschützt, um nicht leicht trocken zu werden; die Sensibilität derselben und die Geschmacksempfindung sind vollkommen normal; die Sprache ist ziemlich unverständlich; der Schlaf gut, etwas Abnormes in seinen übrigen Functionen ist nicht zu entdecken.

Seit etwa 8 Tagen sind wiederum kleine vereinzelt stehende harte, bei Druck nicht schmerzhafte Knoten unter der Haut unterhalb der Winkel und an den aufsteigenden Aesten des Unterkiefers bemerkt worden. Die Oberlippe ist dick, namentlich an ihrem freien Rande infiltrirt, hart, und auf demselben sieht man dicht aneinander stehend eine Menge stecknadelkopfgrosser, flacher, weisser Knötchen, welche in der Mitte mit einer feinen Delle versehen sind, aus welchen zarte, mit blossem Auge kaum sichtbare Haare hervorsprossen.

Die Untersuchung der bei dem ersten Aufenthalte des Kranken in der Klinik exstirpirten Geschwulst liess uns dieselbe in die Reihe der Cancroide stellen. Leider ist über den Befund Nichts aufgenommen worden, und bin ich ausser Stande, aus der Erinnerung Genaueres mitzutheilen. Die Resultate der von Dr. Führer vorgenommenen Untersuchung der mit dem Mittelstück des Unterkiefers fortgenommenen Geschwulst theilt derselbe in der nächsten Nummer der Klinik mit.

(Schluss folgt.)

Miscellen.

Personalien.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt: DD. F. Ludwig, z. Z. Unterarzt im 14. Inf.-Reg., zum prakt. Arzte in Obernbreit; F. Olivier, Bat.-Arzt im Inf.-Leibreg., zum Physikatsarzte in Berchtesgaden. Versetzt: Physikatsarzt Dr. Koller in Beilngries als Stadtgerichts-Physikus nach Augsburg; die prakt. Aerzte DD. Ring von Velburg nach Eichstädt, Mannheimer von Mönchsroth nach Weiltingen, Berling von Rottendorf nach Hammelburg, Bauer von Tapfheim nach Lauingen. Quiescirt: Stadtgerichts-Physikus Dr. Winder zu Augsburg.

Oesterreich. Befördert: Reg.-Arzt Dr. Siegl zum Stabs- und Chefarzt des Garnisonspitals in Verona; Dr. Gerendai, suppl. Prof. der Botanik an der Pesther Univ., zum ord. Prof.; Prosector Dr. Langer zum ord. Prof. d. Zool. an d. Univ. in Wien; zu Kreis-Med.-R.: die Kreisärzte DD. Spausta in Brünn, Engel in Olmütz. Verabschiedet: Die Feldärzte und DD. Hager, Zipper; die Feldärzte Ludwig, Küppen, Müller, Hartwig, Heydenreich, Imgardt, Schwanenberg, Schmidt, Eichling, Wiebrandt, Poleni u. Rittmeister, sämmtlich mit Pension. Ernannt: Zu Kreis-Med.-Räthen: der Protomed. Dr. Onderka für Oesterreich ob d. E.: der Director der Heilanstalten in Salzburg Dr. Ozlberger für das Kronland Salzburg. Zu Bezirksärzten für ersteres Kronland: die Kreisärzte DD. Meisinger, Sturm, Woturka, v. Pflichtenfeld, die bisher. Bezirksärzte DD. v. Moczarski, Tallavania, Schleifer, Wagner, Spitaler, Oberarzt Dr. Dienstl, DD. Gartner, Gottlieb und Reisinger. Zu Bezirksärzten für das Kronland Salzburg: Kreisarzt Dr. Sauter, die bisher. Bezirksärzte DD. Snetivy und Ploy. Dr. A. Fischer zum Director der Heil- und Wohlthätigkeits-Anstalten in Salzburg.

Preussen. Verabschiedet: Der Reg.-Arzt Dr. Hager v. 10. Inf.-Reg., mit der gesetzlichen Pension. Versetzt: Der Reg.-Arzt Dr. Beyer vom 11. zum 10. Inf.-Reg. Befördert: Stabsarzt 1. Kl. Dr. Seyppel zum Reg.-Arzte des 11. Inf.-Reg. Versetzt: Kreiswundarzt Wendrykowski zu Russ in gleicher Eigenschaft in den Kreis Sensburg, Reg.-Bez. Gumbinnen.

Todesfälle. Oesterreich. Dr. Held, k. k. Rath u. Univ.-Rector in Prag, 78 J. alt; Dr. Pae, ehem. Leibarzt des Königs Stanislaus Poniatowski, auf seinem Gute bei Lemberg, 120 J. alt: Dr. Vandoni, k. k. Protomedicus in Mailand, 64 J. alt (ermordet).

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes[1]).

II. Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie.

(S. No. 32.)

Hempel, *De monstris acephalis disquisitio anatomica.* Kopenhagen.
Howie, Fall von Fehlern der Schädelknochen. Monthly Journ., Juni.
Jones, Ueber Digestion, Respiration, Secretion. Med. Times, März.
Keller, Ueber eigenthümliche Ciliarzellen in den Embryonen einiger nackter Meermollusken. Nordamerik. Monatsschr., Jan.
Kölliker, Ueber das Vorkommen von glatten Muskelfasern in Schleimhäuten. Dessen Zeitschr. f. Zool. III. 1.
— Ueber einige an der Leiche eines Hingerichteten angestellte Versuche. Ibid.
Küchenmeister, Das mittelst des Hörrohrs an umschriebener Stelle des Herzens wahrnehmbare metallische Klingen, ein Effect der in einem gewissen Grade der Durchfeuchtung befindlichen Sehnen der Papillarmuskeln. Deutsche Klinik 18.
— Zur Lehre vom Nonnengeräusch (Nachtrag). Ibid. 27.
Langenbeck, Mikroskop.-anatomische Abbildungen. 4 Lfg. Göttingen.
Leydig, Ueber die Sternenknöpfe in den Schleimkanälen von Lepidoleprus, Umbrina und Corvina. Müller's Archiv 3.
— Ueber Psorospermien und Gregarinen. Ibid.
— Zur Anatomie und Histologie der *Chimaera monstrosa.* Ibid.
Liman, Neuer Fall eines Zwitters. Casper's Wochenschr. 10.
Lordat, Vorlesungen über Physiologie. Gaz. méd. de Montp. 12.
Lowell, *Elementary anatomy and physiology for schools and private instruction, with lessons on diet, intoxicating drinks, tabacco and disease.* London.
Margo, Bericht über die anatomisch-physiologischen Untersuchungen an den zwei im Januar 1851 in Pesth Hingerichteten. Ung. Ztsch. I. 35.
Meyer, Beitrag zu der Streitfrage über die Entstehung der Linsenfaser. Müller's Archiv 3.
Müller, Ueber die Ophiurenlarven des adriatischen Meeres. Ibid. 1.
— Ueber eine eigenthümliche Meduse des Mittelmeeres und ihren Jugendzustand. Ibid. 3.
Nasse, W., Ueber die Beziehung des Sprachvermögens zu dem vorderen Gehirnlappen. Damerow's Zeitschr. VIII. 1.
Queckett, Vorlesungen über Histologie. Med. Times, Febr., März.
Reichert, Ueber das Verhalten der Nervenfasern bei dem Verlauf, der Vertheilung und Endigung in einer Hautmuskel des Frosches. Müller's Archiv 1.
Remak, Ueber die genetische Bedeutung des oberen Keimblattes im Ei der Wirbelthiere. Ibid. 3.
Reveillé-Parise, Ueber die Respirationsorgane alter Leute. Gaz. de Paris 13.
Rhind, Ueber das periphere Nervensystem. Lond. Gaz., März.
Robert, *Des vices congénitaux de conformation des articulations.* Paris.
Rokitansky, Ueber die dendritischen Vegetationen auf Synovialhäuten. Wiener Zeitschr. VII. 1.
Rouet, Fall von Hypospadie mit gleichzeitiger Missbildung der Urethra. Gaz. méd. de Paris 16.
Schacht, Mikroskopisch-chemische Untersuchung des Mantels einiger Ascidien. Müller's Archiv 2.
Schaffner, Berichtigungen und Nachträge zu der Abhandlung: Beiträge zur Histologie des Nervensystems. Henle u. Pfeufer's Z. X. 3.
Schiff, Vermehrung des Herzschlags durch electro-magnetische Reizung des Vagusnerven. Froriep's Ztschr. 264.
Schmidt, Ueber die Entwickelung von *Limax agrestis.* Müller's A. 3.
Türck, Beobachtungen über den Einfluss des centralen Nervensystems und des *Nervus vagus* auf die Herzbewegung. Wien. Ztschr., Juni.
Valentin, Nachträge zur 2. Auflage vom Lehrbuch der Physiologie des Menschen für Aerzte und Studirende. Braunschweig.
Verneuil, Ueber einige Punkte der Anatomie des Pancreas. Gaz. de Paris 25. 26.
Virchow, Ueber die Erweiterung kleiner Gefässe. V. und Reinh. Arch. III. 3.
Wagener, Enthelmintica. Ueber Tetrarhynchus. Müller's Arch. 3.
Wallach, Die Lehre von der Herzbewegung. Ibid. 1.
Weber, Die Lehre vom Tastsinn und Gemeingefühl auf Versuche gegründet. Braunschweig.
Weber, E. Fr., Ueber ein Verfahren, den Kreislauf des Blutes und die Function des Herzens willkürlich zu unterbrechen. Müller's A. 1.
Wedl, Knochengeschwulst mit eingelagerter Zahnbein- und Schmelzsubstanz. Wiener Zeitschr. VII. 3.
Weja, Beiträge zur feineren Anatomie der Leber. Müller's Arch. 1.
Weisz, Physiologisch-chemische Versuche über die Bestimmung der Blutmenge in thierischen Organismen mittelst ihres Eisengehaltes. Wiener Zeitschr., Mai.
Word, Beiträge zum Studium gewisser Phänomene aus dem Gebiete der Electro-Biologie. Monthly Journ., Mai.
Zenker, Physiologische Bemerkungen über die Daphnoiden. Müller's Archiv 2.
Zimmermann, Der allgemeine Kreislauf des Blutes in dem menschlichen Körper. 2. Ausgabe. Leipzig.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 34. 23. August 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Joh. Gottfr. Rademacher's verstandesrechte Erfahrungsheillehre und die Medicin als Naturwissenschaft.

Von
Professor L. Krahmer in Halle.

(Schluss aus No. 33.)

Rademacher selbst hat, wie eben nachgewiesen wurde, seinem Begriffe des Heilmittels jede empirische Basis entzogen, und der Vorstellung, dass irgend eine Qualität durch seine eigene Kräfte das Erkrankte im Menschen heile, auf eigene Erfahrung hin widersprochen; dennoch unternimmt er es, sein pathologisches System auf das Axiom von der Heilwirkung der Arzneien zu begründen. „Krankheit ist ein eigenes, ausserhalb der Grenze unseres Verstandeswissens liegendes feindliches Ergriffensein des Lebens.“ (II. 3.) Dennoch weiss der Vf., dass dieses feindliche Ergriffensein des Lebens entweder eine Urerkrankung eines Organs oder des Gesammtorganismus ist, die nur in der Wirklichkeit mannigfach combinirt und durch allerlei sympathische oder antagonistische Affectionen versteckt und verdunkelt ist. „Die Erkenntniss, ob ein Organ, und welches Organ urerkrankt sei, ob der Gesammtorganismus urerkrankt sei, ob dieser allein oder gleichzeitig mit einem urerkrankten Organ urerkrankt sei, ist zwar eine blosse Formenerkenntniss, aber sie ist dem Praktiker ganz unentbehrlich.“ (II. 565.) „Das Unsichtbare aber, das eigentliche Wesen der Krankheit, ist es, was der Arzt kennen muss!“ (I. 83.) Diesen Anforderungen sollen die Aerzte bisher immer nur in so einseitiger Weise entsprochen haben, dass sich der Vf. für berechtigt hält, sie als verstandesverkrüppelt zu bezeichnen und ihre „schulrechten“ Ansichten als eitel Lug und Trug darzustellen. Die roh empirischen Aerzte, wie der Vf. sie bezeichnet, hätten sich auf die Erkenntniss der Krankheitszufälle, die rationell-empirischen Aerzte auf eine anmaassliche Kenntniss des belebten Menschenleibes erfolglos zu stützen versucht. Der verstandesrechte Erfahrungsheilarzt hält sich an das Verhältniss der Krankheit zur Heilwirkung der Arznei. „Die Heilwirkung der Arznei ist etwas sinnlich Erkennbares, also nichts Phantastisches; mithin ist auch der Begriff, den wir durch dieselbe von dem Wesen der Krankheit bekommen, ein Wirklichkeitsbegriff, nicht ein Phantasiebegriff.“ (I. 85.) „Da wir nun von dem Wesen der Krankheit nichts als sein Verhältniss zu der Heilwirkung der Arzneimittel sinnlich erkennen können, so giebt es für unseren Verstand auch so viel erkennbare Krankheiten, als Heilmittel in der Natur sind.“ (I. 131.) „Die Krankheitszufälle sind an und in dem Körper das einzige sinnliche Erkennbare, was uns das innere Unsichtige, die Krankheit, offenbaren kann. Man darf aber diesem möglich Erkennbaren keine unbedingte Erkennbarkeit zuschreiben, welche die Basis einer Heillehre erfordert. An dem belebten Menschenleibe sind 4 Hauptstücke zu betrachten, nämlich das Leben, die künstliche Körpermaschine, seine Materie und sein Verhältniss zum All der Natur. Was das Leben sei, wissen wir nicht. Was die künstliche Körpermaschine betrifft, so ist unser anatomisches und physiologisches Wissen so unzureichend, wie das Wissen eines jungen Kindes vom Weltall. In Betracht der Materie dürfen wir auch nicht auf unsere Kenntnisse pochen, und es ist höchst unwahrscheinlich, dass man bei unserer Lebzeit bedeutende, nützlich auf die Heilkunst einwirkende Fortschritte machen wird. Endlich ist es unmöglich, den einzelnen Theil eines Ganzen zu kennen, ohne das Ganze zu kennen, mit welchem der einzelne Theil zusammenhängt und in Wechselwirkung steht. Wenn wir uns also anmaassen, den belebten Menschenleib zu kennen, so müssen wir auch das All der Natur kennen. Da stehen wir an den Marken unseres Wissens. Der rationell-empirischen Heillehre fehlt mithin jede verstandesrechte Basis. Die Heilwirkung der Mittel dagegen ist unwandelbar und so sicher als der Lauf der Gestirne. Wenn wir aber nicht erkennen könnten, ob durch den Gebrauch der Arznei der Kranke gesund geworden, so würde unsere ganze Kunst ein wahres Gaukelspiel sein. (I. 114. 199.)

Hat der Vf. in dieser Beweisführung Recht, so ist die Erkenntniss des erkrankten Theils die formelle, die Erkenntniss des heilen-

Feuilleton.

Wer schadet dem ärztlichen Stande?

Tagtäglich hört man die Klagen der Aerzte über die traurige Lage unseres Standes sich wiederholen, und es kann wohl nur eine Stimme darüber sein, dass diese Klagen gerecht sind. Der Kredit der ärztlichen Kunst, wie der Aerzte selbst, ist im Abnehmen, das Publikum hat nicht mehr den unbedingten Glauben an beide, den es früher hatte, und wohl hängt es damit zusammen, dass auch seine Dankbarkeit sehr häufig nicht mehr so gross ist, wie ehedem. Ueber die Gründe, weshalb es so ist, ist genug gesprochen und geschrieben; die Medicinalgesetze des Staates hat man dabei, und gewiss nicht mit Unrecht, accentuirt, und was des Bekannten mehr ist. Auf Eines aber wird nicht genug bei diesen Klagen Rücksicht genommen, und doch ist es das Wichtigste, und doch hätte der Stand der Aerzte gerade hier es in seiner Gewalt, reformatorisch aufzutreten. Wir meinen, was er sich selbst durch Brodneid, Missgunst, Gewinnsucht (welch letztere freilich wohl oft durch traurige äussere Lage scheinbar motivirt ist), Marktschreierei in den Augen des Publikums schadet, wie er der Würde des Standes die tiefsten Wunden schlägt, wie er so leichtsinnig die Achtung, deren er so sehr benöthigt, verscherzt. Man liebt es, und hat darin nicht ganz Unrecht, die Corporation der Aerzte der der Advocaten gleichzustellen, die Loose beider mit einander zu vergleichen. Hat man aber wohl schon erlebt, dass Advocaten ihren Stand öffentlich so erniedrigen, wie es tagtäglich von Aerzten mit dem ihren geschieht? Oder erniedrigen den Stand etwa nicht auf das tiefste diese prahlerischen Anzeigen, die wir von Woche zu Woche in öffentlichen Blättern zu lesen bekommen? Hier die Charlatanstrompete für einen und von einem, der alle Nervenleiden aus dem Fundament und auf das leichteste kurirt; dort die Lärmtrommel eines Wundermannes mit der sinnreichen Inschrift: „die Lungensucht wird geheilt.“ Bis in die weiteste Ferne hin verheisst jener alle Unterleibskrankheiten zu heilen, sobald ihm nur ein kurzer brieflicher Bericht von dem Kranken selbst oder einem befreundeten Laien vorliegt, während dieser in versiegelten Flaschen Schutz- und Heilmittel gegen Syphilis zugleich für so und so viel Thaler versendet, submissest um Pränumeration bittend. Solches thut der Einzelne für sich und seinen Beutel; welche Wunden er aber durch diese Speculation auf das alte „*mundus vult decipi*“ dem ärztlichen Stande schlägt, gilt ihm gleich, er fühlt ja doch wohl im Stillen, dass er in Wahrheit diesem Stande nicht mehr angehört, er rechnet sich selbst wohl schon eher zu der Schaar der Magnetiseure, Hühneraugen-Operateure etc., so ist ihm denn auch die Missachtung seiner ehemaligen Standesgenossen gleichgültiger. Aber wie steht es mit anderen Bildern

den Mittels die ideelle oder wesentliche Erkenntniss des concreten Krankheitsfalles. Dies sind dann die beiden nothwendigen aber zugleich die einzig möglichen Erkenntnissarten für den Arzt, und vorzugsweise gewiss für den Autor selbst. Dann erscheint seine weitere Kenntniss von dem Wesen der Krankheit, die er als sich von selbst verstehend überall zur Schau trägt, höchst befremdlich und zweifelhaft, ich meine seine Unterscheidung von sympathischen, antagonistischen und Ur-Erkrankungen. Man wird nicht behaupten können, dass aus der Erkenntniss von dem Erkranktsein eines Organs verstandesrecht etwas Anderes gefolgert werden dürfte, als dass das erkrankte Organ wirklich erkrankt, niemals aber das Gegentheil, dass nicht das erkrankte, sondern ein nichtkrankes Organ wirklich krank sei. Sind zwei oder mehrere Theile erkrankt, so folgt daraus nur, dass beide oder alle krank sind, nicht aber, dass das eine für krank, das andere für sympathisch, das dritte für antagonistisch afficirt gelten dürfte. Ein solches Urtheil setzt vielmehr eine Erkenntniss von dem organischen Verhältniss der Körpertheile zu einander oder von dem Verhalten des belebten Menschenleibes und von der Entwicklung der Krankheitserscheinungen oder von dem Wesen des Krankheitsprocesses voraus. Eine solche Erkenntniss ist aber dem Vf. nach unmöglich.

Wenn man von dem Wesen der ihrer Localität oder Form nach erkannten Krankheit nichts weiter erfahren kann, als dass sie durch eins und durch kein anderes Arzneimittel wahrhaft geheilt wird und wir beobachten, dass ein Mittel Localkrankheiten verschiedener Organe wahrhaft heilt, so folgt daraus nur, dass das Wesen dieser verschiedenen Localaffectionen gleich, nicht aber, dass der Zusammenhang der Krankheitserscheinungen verschieden sei. Wissen wir nicht, wie ein Mittel den Lebensprocess verändert, so kann die Wirkung des Mittels den Zusammenhang der Lebenserscheinungen nicht erläutern. Besteht ein Unterschied zwischen Heil- und Arzneiwirkung, so beweist die Heilung verschiedener Localaffectionen durch ein und denselben Arzneistoff, nur dass er ein Heilmittel für alle die Organe ist, deren Affectionen er geheilt hat. Wie kam daher der Vf., muss man fragen, zu seiner zur Schau gestellten Einsicht in den Zusammenhang der Krankheitserscheinungen und zu seiner angeblichen Kenntniss, dass nur Urorgan- oder Urgesammtorganismus-Krankheiten durch ihre Organ- oder Universal-Arzneien geheilt würden? Durch die Beobachtung der Arzneien und ihrer Wirkung gewiss nicht! Die Theorie, dass zahlreiche Arzneien Organheilmittel, andere Universalmittel seien, soll sich zwar auf Beobachtung und Erfahrung stützen. Das ist aber unmöglich. Heilt ein Mittel *A* nur einen Zustand *M*, so ist es Heilmittel für *M*. Heilt es aber auch Zustand *NOP*, so kann daraus nicht gefolgert werden, dass *NOP* nicht *NOP*, sondern *M* seien; es muss vielmehr auf anderem Wege bewiesen werden, dass $NOP = M$ seien, um aus solchen Beobachtungen Folgerungen für das Mittel *A* machen zu können. Hat also ein Mittel in anderen Krankheitszuständen geholfen, als in solchen, welche ihrer Form nach zu einem besonderen Organe gehörten, so ist die verstandesrechte Folgerung nicht, dass es dennoch ein Heilmittel nur für das Organ sei, dessen Affection an sich gar nicht erwiesen werden konnte. Jeder Versuch, die Thatsachen anders zu deuten, als man sie wahrgenommen hat, jede Behauptung z. B., dass eine Arznei, welche bei einem sichtbaren Lungenleiden geholfen, ein Leberheilmittel sei, setzt die Vorstellung von einem besonderen, der einzelnen Wahrnehmung widersprechenden Wesen der Thatsache voraus, die aus anderweitigen Beobachtungen, wie die gegenwärtige ist, hervorgegangen sein muss. Der Vf. negirt geradezu die Möglichkeit, Beobachtungen, die uns zu einer Vorstellung von dem Wesen eines Krankheitsprocesses verhelfen könnten, in anderer Art, als durch die Beobachtung der Heilwirkung der Mittel zu machen, und spricht mithin seiner eigenen Doctrin von der specifischen Beziehung der Mittel auf Urerkrankungen die Glaubwürdigkeit ab, da eine Inspiration in Sachen des menschlichen Körpers und seiner Zustände, falls ich meinen alten Lehrern in der Physiologie K. A. Rudolphi und Fr. Meckel vertrauen darf, zu den glaublichen Dingen nicht gehört. Sagt doch R. selbst: „Schon die Anatomie lässt uns vermuthen, dass wir zur Erkenntniss des urergriffenen Organs sehr übel durch die Krankheitszufälle gelangen werden; Beobachtungen des gegenseitigen Mitgefühls aller Organe untereinander erhebt diese Vermuthung zur Wahrscheinlichkeit und die am Krankenbette erworbene Erfahrung bringt die Wahrscheinlichkeit dem aufmerksamen Arzte leider früh genug zur Gewissheit. Hinsichtlich der Krankheitszufälle, die die Universalkrankheiten bezeichnen, sieht es auch sehr niederschlagend aus, sie können uns nur höchst unvollkommen auf die erste Spur der Erkenntniss leiten.“ (II. 584. 194.) Dennoch hat der Vf. ausfindig gemacht, dass es Urleiden des *Plexus solaris* waren, bei denen die *Aq. amygdalarum amararum*, Pancreas-Urleiden, bei denen das Jod, (das dabei doch auch bei den nicht greifbaren Verhärtungen des Magens ein hübsches Mittelchen sein soll), Leber-Urleiden, bei denen die *Aq. nucis vomicae* heilte, dass es Leiden des Gesammtorganismus (dieser räthselhaften Mittelstufe zwischen Theil und Ganzen, zwischen Organ und Mensch!!) gewesen sein mussten, wo das Kupfer half, ja dass eine Kupfer- oder Eisen-Gesammtorganismusurepidemische Berührtheit nicht etwa auf eine Salpeteraffection folgen, sondern sich aus einer solchen entwickeln konnten. Wie mag es da wohl mit der Heilung durch den Salpeter oder mit dem Wesen der Salpeteraffection ausgesehen haben?!

Wahrlich, wenn die R.'sche Lehre sich, wie man sagt, und wie auch mir vorschwebte, enthusiastischer Verehrung und Anhänglichkeit zu erfreuen gehabt hat und noch hat, so liegt darin ein sehr erfreulicher Beweis, dass es auch unter den Aerzten unserer Tage noch nicht ganz an dem naiven Glauben einer so oft als vergangen geschilderten Zeit fehlt, und dass man Unrecht thut, die Mitglieder unseres Standes so ganz vorzugsweise als Skeptiker und Anhänger einer Alles zersetzenden Kritik zu prostituiren. Auch mir kommt es nicht in den Sinn, die Unmöglichkeit der R.'schen Lehre für erwiesen zu erachten. Als Arzt und Untersucher *nullius doctus jurare in verba magistri* konnte ich mir die Ueberzeugung nicht unterdrücken, dass die Doctrin nicht überzeugend genug begründet ist, um sie als Fortschritt der wissenschaftlichen Medicin anzuerkennen. Diese Ueberzeugung zu erweisen, war mein Zweck, und der Aufgabe glaube ich genügt zu haben. Auf Einzelheiten in der R.'schen Abhandlung mich näher einzulassen, finde ich keinen Beruf. In der Art der Therapie würde ich mit R. so gut wie ganz übereinstimmen können, so sehr ich auch von meinem Standpunkte aus manche seiner gerühmten Heilmittel, nach vorgängiger, eigener Prüfung, für irrelevant erachten muss. Die Natur bedarf, meiner Erkenntniss nach, nur Ruhe und Diät, um die meisten „epidemischen Organberührtheiten“ schnell, sicher und gemächlich zu heilen. Ich bewundere die Unbefangenheit, mit der R. bei der Be-

---

aus dem ärztlichen Leben. Sollte folgende Stelle der Breslauer Zeitung vom 14. Juni 1851 wohl von einem Laien geschrieben sein, oder sollte nicht wenigstens den Impuls dazu ein Herr College der zunächst Betheiligten gegeben haben?

„Posen, 12. Juni. Aerztliche Industrie. Es kann wohl nicht leicht ein grösseres Missverhältniss stattfinden, als augenblicklich zwischen dem Gesundheitszustande der Stadt und der Anzahl unserer Aerzte; von Mehreren lässt sich, ohne der Wahrheit zu nahe zu treten, sagen, dass sie auch nicht einen Patienten in der Behandlung haben, und der grösste Theil würde seiner Paar Kranken wegen erst gar nicht den Wagen anspannen lassen, wenn der Arzt nicht des lieben Scheins wegen gezwungen wäre, zwei Mal des Tages eilend die Strassen der Stadt zu durchfahren, als hänge an jeder Minute Aufenthalt das Leben eines Patienten. Wenn aber auch die gegenwärtige allgemein grosse Geschäftslosigkeit in dem Mangel an Kranken liegt, so ist dennoch ein Theil unserer Aerzte Jahr aus Jahr ein überhaupt in dem Fall, ohne auskömmliche Praxis zu sein, weil die Zahl derselben im Verhältniss zur Bevölkerung der Stadt viel zu gross ist, selbst wenn man diejenigen abrechnet, die regelmässig keine Praxis haben, weil ihnen das Vertrauen des Publikums fehlt. So haben eine gute Anzahl angefangen, ihren Collegen auf eine eigenthümliche Weise Concurrenz zu machen, indem sie mit sogenannten Factors oder anderen Personen, die ihr Geschäft viel mit dem Publikum in Berührung bringt, Verträge abschliessen, nach denen sie diesen Leuten einen bestimmten Procentsatz von der Einnahme abgeben, welche sie von den auf diese Weise ihnen zugewiesenen Kunden haben. Die ersten Erfinder dieser Werbungsmethode sollen 1 Sgr. vom Thaler gegeben haben, allein seitdem hat die Concurrenz diesen Satz höher gesteigert, und er soll gegenwärtig schon das Fünf- und Sechsfache betragen. Dass unsere renommirten Aerzte dies Mittel nicht anwenden, versteht sich von selbst.“

Trostlos finden wir es, dass es in Posen Aerzte giebt, die, um das liebe Brot zu haben, zu Mitteln, wie die erwähnten, schreiten müssen, entehrend finden wir diese Mittel für unsern ganzen Stand, dass sie aber mit Hülfe anderer Collegen — denn wer sollte sonst das Interesse dafür haben — in öffentlichen nicht medicinischen Blättern bekannt gemacht werden, dass so vor den Augen des grossen Publikums die Misere, die Erbärmlichkeit einzelner Standesgenossen nackt und bloss hingestellt, so der ganze Stand öffentlich herabgewürdigt wird, das finden wir wohl noch trostloser, noch entehrender.

Und wieder ein Anderes! Sollte es wirklich ohne Zuthun gefälliger Collegen geschehen, wenn Laien es wagen, öffentlich den einen Arzt anzugreifen und den andern zu erheben? Vor Kurzem erlebten wir hier in der Residenz, dass ein Vater den Tod seines Sohnes dem Umstande zuschrieb, dass vor etwa einem Jahre ein anderer Arzt denselben wegen eines Rückgratübels gebrannt habe. Nicht genug, dass ein Laie solchen Ausspruch wagt, nein er nennt als den Schuldigen

handlung einzelner Kranken sich über verjährte Vorurtheile hinwegsetzte und gewähre ihm gern die Anerkennung seiner Heilmeisterschaft. Ich beneide ihm nicht das Verdienst, was erworben zu haben er sich bewusst ist, und danke ihm für seine, wenn auch nicht verlangten Bemühungen auch um mein ärztliches Gewissen und meine Seelenruhe; aber ich hasse die grenzenlose Unklarheit eines Schriftstellers, die ihn veranlasste, eine Lanze für die ärztliche Ignoranz zu brechen, während er sich einbildete, die richtige Methode der Untersuchung zu zeigen, und ich urtheile, dass R.'s Kritik der wissenschaftlichen Medicin nicht mehr Bedeutung hat, als die Behauptung eines Seifensiedermeisters, dass Chevreul's Untersuchungen über die Fette werthlos seien, weil sie auf die Darstellung eines vortheilhaften Handelsproduktes sich nicht einlassen. Für mich giebt es keine unausstehlichere literarische Persönlichkeit, als einen sogenannten reinen Praktiker und Erfahrungsmenschen, der voller doctrinärer Schrullen jede Erscheinung nur durch die trübe Brille seiner beschränkten Einsicht ansieht aber nicht studirt, weil er bereits den Weltgeist in sich verkörpert wähnt. Wer im Sinne des Mephistopheles die Medicin auffasste und im Zutrauen erweckenden Selbstvertrauen mit den Kranken fertig ist und nur deren Angehörige berücksichtigen zu müssen glaubt, der kann, meiner Ueberzeugung nach, durch das Studium von R.'s Buch merklich gefördert werden. Wer aber zu den Aerzten gehört, „für die Ehre, Ruhm und Geld keine so mächtigen Hebel sind, die vielmehr eine geheimnissvolle Gewalt treibt, ruhelos einem verschleierten Musterbilde nachzurennen", die werden unbefriedigt von dieser Erfahrungsheillehre sich abwenden. Wie dürftig wären unsere Kenntnisse von der Natur des Silbers, wenn wir bloss die Reactionserscheinungen seiner salpetersauren Lösung berücksichtigen wollten! Auf eine solche Prüfung des kranken Körpers mit unzureichenden Reagentien will R. die Medicin beschränken. Wie mag man da Erspriessliches erwarten, zumal wenn das fundamentale Salz, auf welchem alles übrige beruht, eine Illusion ist.

Kann es wohl eine Heilwirkung im Sinne R.'s und der Specifiker überhaupt geben? Der Gedanke, Mittel zu besitzen, die, richtig angewendet, die Kranken gesund machen, ist so süss und beruhigend, dass es fast grausam erscheint, dagegen sich auszusprechen. Allein die Medicin ist einmal kein Ruhebette, und eine Verständigung über die Principien der Therapie muss erwünscht sein, selbst wenn sie nicht ohne Kampf gewonnen werden kann.

Ist eine Heilwirkung gewissen Arzneien als Eigenschaft beigelegt, so muss zwischen Arzneigebrauch und Genesung des Menschen ein nothwendiger Zusammenhang stattfinden. Wir sind nicht früher berechtigt, eine Heilwirkung den Arzneien als Eigenschaft zuzusprechen, bevor nicht durch Beobachtung festgestellt wurde, dass nach dem Arzneigebrauch immer Genesung, ohne Arzneigebrauch niemals Genesung eingetreten ist. Von dieser Sicherheit im Resultate ist unsere Beobachtung noch sehr entfernt, und wir haben also kein Recht, eine Heilwirkung als allgemeine Eigenschaft der Arzneien anzunehmen oder sie bei unseren Beobachtungen vorauszusetzen. Wer es dennoch thut, kann sich nicht auf die Erfahrung, sondern nur auf eine aus einer beschränkten teleologischen Anschauung der Welt hervorgegangene Vorstellung oder Illusion berufen! Eine Ausnahme unter den Praktikern und absoluter Heilmeister zu sein, kann wenigstens derjenige nicht beanspruchen, der wie R. in Goch 5 pCt. von seinen Kranken durch den Tod verliert, und allerlei unheilbare Uebel anerkennt.

Man wird vielleicht einwenden, der Zusammenhang zwischen Arzneigebrauch und Genesung sei, wenn auch nicht überall, doch in einzelnen, gleichartigen Fällen so oft beobachtet worden, dass es einen alles empirische Wissen negirenden Unverstand bekundete, für solche Arzeneien und solche Krankheitszustände das ursächliche Genesungs- oder Heilverhältniss leugnen zu wollen. Wer denkt z. B. nicht an China und Wechselfieber? Wer könnte leugnen, dass unzählige Wechselfieberkranke durch den Chinagebrauch, und nur erst durch denselben genesen, dass unzählige Krätzkranke lediglich durch den Schwefel hergestellt sind? Ist es also nicht ganz vernünftig, der China eine specifische Fieberheilkraft, dem Schwefel eine Krätzheilkraft als Eigenschaft beizulegen, deren Erfolg überall in die Erscheinung treten muss, wo sie auf die entsprechende Art Fieber- oder Krätzkranken gereicht werden? Ist es nicht ebenso vernünftig, auf solche, wenn auch vereinzelte Beispiele hin, nach neuen Mitteln mit specifischer Heilkraft zu forschen und die Heilkraft als allgemeine Eigenschaft der Arzneien vorauszusetzen? Die mangelhafte Begründung dieser Folgerungen ist leicht zu zeigen. Kein Arzt wird in Abrede stellen, dass zahlreiche Fieber- oder Krätzkranke ohne China oder Schwefel genesen sind. Ganz unzweifelhaft besteht deshalb zwischen Chinagebrauch und Wechselfiebergenesung kein nothwendiges Verhältniss. Der erstere ist gewiss nicht die alleinige Ursache der letzteren. Da nun aber Chinagebrauch unzweifelhaft immer irgend eine nothwendige Wirkung, die Genesung als besondere Erscheinung immer eine zureichende Ursache haben musste; so folgt daraus, dass wir auch für die Fälle wo Chinagebrauch und Wechselfiebergenesung in einem historischen Zusammenhange stehen, eine andere Erklärung des nothwendigen Causalzusammenhanges suchen müssen. Dies nöthigt uns natürlich, die einzelnen Erscheinungen, die wir bisher unter der gemeinschaftlichen Vorstellung des Chinagebrauchs und der Wechselfiebergenesung zusammenfassten, zu isoliren, um sie auf ihren Zusammenhang zu prüfen. Wir müssen, um es allgemeiner auszudrücken, die Begriffe des Arzneimittels und der Krankheit als zu allgemein und unklar aufgeben und sie in ihre erkennbaren Theile zerlegen. Eine solche zum Verständniss der Chinawirkung im Körper nothwendige Isolirung der Vorgänge kann aber nur dadurch zu Stande gebracht werden, dass man in analogen Fällen die Körperveränderungen, welche vom Momente des Chinagebrauchs bis zum Momente der Genesung sich ereignen, mit einander vergleicht. Diejenigen Veränderungen, welche niemals nach dem Chinagebrauche ausbleiben, welche ohne denselben niemals hervortreten, können wir als empirisch festgestellte Wirkungen der Chinaarzneien, die Möglichkeit, sie unter geeigneten Verhältnissen hervorzurufen, als die Eigenschaft der Chinasubstanz bezeichnen. Der Lösung dieser Aufgabe werden wir uns nur dadurch annähern können, dass wir die Differenz in dem Zustande der Fieberkranken vor dem Chinagebrauch und bei der Genesung zu erforschen suchen, und dass wir die Wirkungen studiren, welche die China auf solche Dinge äussert, als sie durch ihr verschiedenes Verhalten die Differenz im Zustande des Fieberkranken und des Genesenen darstellen. Das Resultat solcher Studien ist die Erkenntniss der physiologischen Wirkungen der China, oder das Wissen von den mechanischen, chemischen oder physikalischen Veränderungen, die je nach Form und Maass der zum Gebrauch gekommenen China in den Bestandtheilen des Körpers, mit denen sie in Berührung tritt, hervorgerufen werden müssen und die Erkenntniss des fieberhaften Zustandes

---

einen geachteten Mann und Arzt, den Dr. Bühring, der kürzlich eine treffliche orthopädische Anstalt hierselbst gegründet hat, und daneben wird dann eine andere orthopädische Anstalt, die des Dr. Berend, erwähnt, in der der Kranke freilich keine Rettung, aber doch sorgsame Pflege fand. Heisst das nicht mit anderen Worten etwa so:

Warnung. Sende Niemand Kinder, die an Rückgratsübeln leiden, in die Heilanstalt des Dr. Bühring, da sengt und brennt man dieselben zu Tode. — Empfehlung. Sende man sie lieber in das orthopädisch-gymnastische Institut des Dr. Berend.

Ich, und viele Collegen mit mir, halte es für höchst unwahrscheinlich, dass dieser tief betrübte Vater im Augenblick des Todes seines Kindes auf den Gedanken gekommen sein soll, dasselbe sei in Folge der Behandlung vor Jahr und Tag gestorben, einer Behandlung noch dazu, die, wie selbst der Laie weiss, keinesweges zu den ungewöhnlichen oder gar unerhörten zu zählen ist; dass er am Sarge seines Knaben ganz aus eigenem Antriebe einen Stein auf den Arzt schleudert, der vordem, wie ich zufällig aus eigener Anschauung von einem Besuche der Bühring'schen Anstalt her weiss, gepriesen und geliebt wurde von Sohn und Vater. Liegt die Vermuthung hier nicht nahe, dass ein unberufener und allzu dienstfertiger Arzt und Freund des Dr. Berend dem armen Vater mitleids- und schonungslos diesen Stachel in's Herz gedrückt, so zu dieser Inhumanität und Tactlosigkeit die Veranlassung gegeben habe? Dr. Berend kann für eine so verunglückte Gefälligkeit eines Andern freilich nicht; hätte es aber nicht in seinem eigenen, und im Interesse des Standes, dem er angehört und der ihm deshalb gewiss heilig ist, gelegen, sofort gegen diese Verdächtigung eines Collegen, gegen die Keckheit und Anmassung eines Laien in die Schranken zu treten, gar nicht erst abzuwarten, was dieser oder der Hausarzt des Anklägers etwa gegen die Anklage thun würde? Damit wäre dann ein unerquicklicher, widerwärtiger Streit in öffentlichen Blättern vermieden worden, ein Streit, wie er wahrlich nicht zur Ehre unsers Standes gereicht, wenn er auch, wie uns hier bedünkt, vollständig zu Gunsten des verdächtigten Mannes ausfällt. Wir meinen, es ist Pflicht jedes Arztes, der es ehrlich meint mit der Corporation, gerade in einer Zeit, wo es wankend und schwankend steht um den Kredit der Aerzte, Alles zu thun, um die Ehre des Standes gegenüber unbefugten und haltungslosen Urtheilen kurzsichtiger Laien aufrecht zu erhalten und zu erheben. Auf diese Pflicht des Einzelnen wieder aufmerksam zu machen, daran zu erinnern, dass ein grosser Theil der Calamität des ärztlichen Standes in ihm selbst, dem unwürdigen Benehmen einzelner Standesgenossen, wie es im ersten Theile dieses Artikels geschildert ist, liegt, ist der Zweck dieser Zeilen. Nicht müde wollen wir werden, den Staat daran zu erinnern, durch zweckmässige Reformen im Medicinalwesen unsere Lage zu bessern und zu sichern, aber, bis es geschehen, wollen wir in unserm Kreise selbst die Kur, die Reform beginnen!

Δ

oder das Wissen von den Veränderungen in den elementaren Bestandtheilen des lebenden Menschen, die zur Entstehung und zum Verschwinden seines Fieberzustandes nothwendig sind. Erst wenn wir hierüber Gewissheit haben, können wir daran denken, mit Benutzung unseres physiologischen Wissens vom menschlichen Körper und seinem Befinden und unseres diätetischen Wissens von dem Einflusse der nicht arzneilichen Einwirkungen, das Verhältniss zwischen Chinagebrauch und Wechselfiebergenesung näher zu bestimmen. Was hier von der China und dem Wechselfieber gesagt wurde, gilt von allen Arzneien und allen Krankheitszuständen. Es ist dies vor der Hand ein unwegsamer und mühseliger, wenn gleich der einzig wissenschaftliche Weg zum richtigen Arzneigebrauch in Krankheiten. Nur auf ihm erfahren wir, welche Veränderungen nothwendig aus dem verordneten Arzneigebrauch entstehen müssen; nur auf ihm kann der Arzt Gewissheit über den zukünftigen Erfolg seines Handelns gewinnen. Soll das Bewusstsein, dass der einzelne Arzt, ja eine ganze Generation der Aerzte, nur kaum nennenswerthe Fortschritte auf diesem schwierigen Gebiete machen kann, uns entweder ganz von der Betretung dieses Weges oder gar von der ärztlichen Praxis abhalten? müssen wir mit diesem Bewusstsein schaamvoll unsere Gesichter verhüllen, weil wir der Lüge fröhnen und die Kranken betrügen? Nur der indolente Anhänger eines schwächlichen Realismus konnte aus der unzureichenden Menge des Erkannten die Folgerung ziehen, dass die Erkenntniss überhaupt nicht zu erstreben, die Benutzung eines beschränkten Wissens schmachvoll sei. Der Einzelne macht keine Weltgeschichte; der Arzt schafft nicht das Bedürfniss nach ärztlicher Hilfe. Nicht der Irrthum, nur sein Cultus, die Lüge und die selbstgenügsame, kritiklose Auktoritätssucht verunzieren den vernünftigen Menschen und schaffen ihm bei seinen denkenden Genossen Unehre und Schmach.

Uroskopische Beiträge.

von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 33.)

Fall IV. Georg Sponring, 45 Jahre alt, Maurer, tritt am 20. Mai 1850 in Hospitalbehandlung. Pat. litt vor 2 Jahren mehrere Monate an rheumatischen Schmerzen des einen Beines. Am 17. fühlte er plötzlich Stechen im *Scrobicul. cordis;* schmerzhafter Husten und reichlich blutiger Auswurf. Auch klagt Pat. über etwas Schmerz in der Lebergegend. Kann nicht tief athmen und nicht gut auf der rechten Seite liegen. Die Fiebererregungen scheinen nach der Aussage des Pat. sehr gering gewesen zu sein. Uebelkeit, Zunge rein, Oeffnung täglich, Kopf frei. Puls 112, voll. Percussion links und vorn rechts gut, rechts hinten, besonders nach unten, jedoch ganz hohl tympanitisch, wie Magenton. Respiration links laut pueril, rechts vorn ziemlich normal, hier starkes Schallen der Stimme, wie Pectoriloquie, stellenweise wie Aegophonie; rechts hinten starkes Bronchialblasen, ohne Schallen der Stimme. Die ganze rechte Brusthälfte ist bei der Percussion recht empfindlich. V.S. ℥xij. (Starke Kruste, fester Cruor, Serum ℥iij.) *Dct. Salep, Nitr. dep.* ʒjß. *Natr. mur.* ʒiij.

21. Mai. Pat. hat die Nacht ziemlich geschlafen, 4 Abweichen, kein Erbrechen, schmutzig schaumiger Auswurf. Viel Husten mit leichter Expectoration. Bei tiefer Inspiration noch heftiges Stechen in der rechten Seite, namentlich in der Lebergegend. Bei der Respiration hebt sich der rechte Thorax weniger. Resp. 48. Puls 124. *Urina jumentosa.* Pat. liegt meistens auf dem Rücken, und kann jetzt rechts besser als links liegen. Percussion auf der ganzen rechten Seite, namentlich hinten dumpf, dabei starkes Bronchialblasen hörbar. *Dct. Salep., Nitr. dep.* ʒjß, *Tart. stib.* gr. j. Vesicans in lat. dextr.

22. Mai. Pat. hat die Nacht ziemlich geschlafen, doch etwas irre gesprochen, viele dünne Stühle gehabt. Zunge schmierig, mit rother Spitze, viel Husten mit schmutzig schaumigem und blutig gefärbtem Auswurf. Respiration noch beschwerlich und kurz, und hebt sich die rechte Seite des Thorax kaum bemerkbar. *Calomelan., Opii* āā gr. iij. *Sacch. alb.* ʒj. Divid. in No. VII. S. 4 Pulv. täglich.

23. Mai. Eine Oeffnung. Pat. athmet tiefer, wobei er jedoch noch immer über Schmerz in der rechten Seite klagt. Kann jetzt auf beiden Seiten liegen. Auswurf besser.

24. Mai. Auswurf gering, Urin heller, viel Schweiss.

Am 30. ist die Pneumonie geheilt, und leichtere, aber öfter wiederkehrende pleuritische Erscheinungen werden ziemlich rasch durch fliegende Vesicantien beseitigt. Nach dem zweiten Vesicans, welches ziemlich gross ausgefallen war, entsteht eine leichte Harnverhaltung, weshalb der Katheter angelegt werden muss (am 31.). Die Schmerzen beim Uriniren bleiben jedoch und sind noch am 3. Juni sehr hervorspringend. Auch treten wieder Brustsymptome auf und es droht eine Recidive der kaum rückschreitenden Pneumonie. Puls 100. *Calomelan., Sulph. aurat.* āā gr. vj, *Opii* gr. iij, *Sacch. alb.* ʒij. Divid. in No. VI. S. 3 Mal 1 Pulv.

4. Juni. Pat. hat mit Schmerzen 1 Schoppen dunkelrothen Urin mit Schleimsediment gelassen. Der Urin hat einen Satz von harnsaurem Ammoniak und freier Harnsäure mit Harnfarbstoff und Schleim niedergeschlagen. Harnstoff und Chloride reichlich. Hier und da einige Quadratoctaëder von oxalsaurem Kalk sichtbar, doch könnte es auch phosphorsaure Ammoniakmagnesia gewesen sein, da die Reaction auf Essigsäure nicht angewandt wurde. Der Urin reagirt trotz dem starken harnsauren Ammoniaksediment noch reichlich sauer, ein Umstand, welchen ich oft beobachtet habe, und der Schwerlöslichkeit des einmal gebildeten Sediments zugeschrieben werden muss. Kein Blut, kein Albumen im Urin, keine Oeffnung, Athem jedoch ziemlich leicht. Zunge dick belegt, rothe Spitze. Viel Husten und zäher, verdächtiger, purulenter Auswurf. Puls 104, voll und hart. Pat. ist sehr unruhig und schwitzt viel. Dieser Zustand dauert mit zunehmender Schwäche bis zum 9., wo in dem dunkeln und quantitativ sehr verringerten Urin sich die ersten Spuren von Eiweiss zeigen. Harnstoff und Harnsäure in sehr geringer Menge im Harn, der nach 24 Stunden sich leicht trübt, ohne Sediment zu bilden. — Allmälig bilden sich leichte hydropische Auschwellungen, namentlich der Arme und Beine. Auswurf wird reichlich und flüssig. Colliquative Diarrhöen stellen sich ein.

Am 14. zeigt sich Ascites, und der *Hydrops universalis* nimmt einen ernsthafteren Charakter an. Pat. wird missmuthig und klagt über einen dumpfen Kreuzschmerz, der die Rückenlage sehr beschwerlich macht. Urin zeigt ausser mässigem Eiweissgehalt zum erstenmale eine geringe Menge freies Blut. Urin wird in den letzten Tagen wieder ohne Schmerz gelassen.

22. Juni. Die Geschwulst der Füsse und Oberschenkel hat sehr zugenommen. Brust freier, keine Enge, geringer Husten, aber immer noch zäher purulenter Auswurf. Gesicht blass und etwas gedunsen. Urin enthält jetzt eine beträchtliche Menge Albumen und Bellinisches Epithelium, Schleim und Eiter in Menge.

Vom 28. an steigt die Urinquantität, so dass vom 28. Juni bis zum 7. Juli circa 6 — 7 Schoppen in 24 Stunden entleert werden. Urin zeigt noch immer einen bedeutenden Albumengehalt und am 4. Juli wieder reichliche Epitheliumfetzen, sowie Bellinisches Epithelium. — Beine sind etwas dünner geworden, doch ist das Gesicht jetzt mehr gedunsen, und beginnt sich ein eigenthümliches Oedem des Paniculus der Brust auszubilden. Die starke ödematöse Infiltration zieht sich gürtelartig längs des Diaphragma um die Brust. Pat. klagt zuweilen über bedeutende Oppression der Brust und muss viel im Bett aufrecht sitzen. Täglich 2 Mal $\frac{1}{2}$ Gran Opium.

Bis zum 19. Juli hat Pat. viele asthmatische Anfälle gehabt und klagt meistens über grosse Beklemmung und Athemnoth. Die Percussion zeigt auf beiden Seiten Hydrothorax, und ist der Herzschlag undeutlich verwischt und ferne hörbar. Die Percussion des Herzens verbreitet matt. Der Anschlag der Herzspitze weder fühlbar, noch mit dem Gesicht deutlich wahrnehmbar. Es scheint eine nicht unbeträchtliche Quantität Serum den Herzbeutel zu füllen. Pat. bleibt meistens in sitzender vorwärtsgebeugter Stellung im Bett. Der Urin wird spärlich gelassen, ist graugrünlich und undurchsichtig, enthält viel Albumen und beständig Epithelium und Bellinische Röhrchen. Er bildet ein unbedeutendes Eitersediment. Freies Blut, Schleim und Eiterkörperchen. Sehr geringe Quantität von Urinsalzen. Kein Chlornatrium und sehr geringe Spuren von Harnstoff. Dessenungeachtet reagirt der Urin nach 16 Stunden schon schwach alkalisch. Pat. nimmt jetzt Abends ein Dower'sches Pulver und trinkt täglich mehrere Tassen Juniperus-Thee. Fieber ist immer gering und der Kranke schwitzt sehr stark, ganz besonders im Gesicht und am Kopf. Weder Leber noch Milz sind empfindlich gegen Druck, letztere in den letzten Tagen etwas angeschwollen. Der Hydrops hat jetzt auch beide Arme, und namentlich die rechte Hand befallen. Schmerzen im ganzen Körper, und besonders in den oberen Extremitäten. Oeffnung meistens normal, manchmal 3 breiige Stühle in 24 Stunden. Zunge immer belegt, Appetit gering, Durst mässig. Sensorium ganz frei. Der Auswurf und Husten nehmen zu; ersterer zeigt eine eitrige Beschaffenheit.

Gegen Ende Juli bleibt dieser Zustand unverändert und der Hydrothorax nimmt zu; die asthmatischen Anfälle mehren sich und verlängern sich bei zunehmender Schwäche des Pat., der stündlich seinen Tod erwartet. Auswurf vermehrt und klumpig purulent, missfarbig. Urin trübe, eitriges Sediment, viel Albumen und fortwährende Abnahme des Salzgehalts. Doch hat in den letzten Tagen das Albumen eher ab- als zugenommen. Nur geringe Spuren von harn- und phosphorsauren Salzen. Dagegen viel Epithelien, ohne dass freies Blut vorhanden ist. Die sich jetzt im Urin bildenden Sedimente bestehen fast ausschliesslich aus Epitheliumfetzen und Bellinischen Röhrchen, Schleim und Eiter.

Das specifische Gewicht noch immer sehr vermindert und der feste Rückstand des vom Albumen getrennten Filtrats kaum merklich. Das Albumen coagulirt leicht und rasch, und fällt in grossen schweren Brocken zu Boden. So lange der Harn albuminös ist, hat sich kein eigentlicher normaler Harnfarbestoff gezeigt, sondern die Farbe des Urins ist immer schmutzig unbestimmt und gemischt.

Anfangs August bessert sich der Zustand des Kranken allmälig, und der Urin nimmt an Quantität wieder zu, so dass Pat. am 5. Aug. schon 5 Schoppen Urin in 24 Stunden lässt. Urin ist trübe, aber gesättigt gelb, und zeigt geringe Albumenspuren, kein Epithelium und mehr Harnstoff und Harnsäure; die eitrigen Sedimente sind gänzlich verschwunden; ebenso hat die Hämaturie aufgehört. Pat. nimmt seit 14 Tagen 2 Gran Digitalis in Pulver und manchmal $^1/_4$ Gr. Morphium dazwischen, etwa ein über den andern Tag. Die Oppression der Brust vermindert sich sehr und der Hydrops nimmt täglich ab. Pat. fühlt sich bedeutend erleichtert und hat etwas Appetit. Schläft Nachts und kann wieder auf dem Rücken liegen. Puls dagegen frequenter wie in den letzten 4 Wochen, 112.

Am 12. August hat Pat. in 24 Stunden 7 Schoppen hellgelben Urin gelassen. Keine Spur mehr von Albumen und Blut, kein Epithelium, kein Schleim, kein Eiter. Urin ist durchaus nicht getrübt und hat ungefähr die Beschaffenheit eines chlorotischen Harns, d. h. die festen Bestandtheile sind im Verhältniss zur Wassermenge relativ viel geringer. Chlornatrium, Harnsäure und Harnstoff vermehren sich mit der zunehmenden Quantität des Urins. Dabei schwitzt Pat. beständig, hustet viel und wirft weniger aus. Herzbeutel und Pleurahöhlen scheinen bereits frei von Wasser zu sein. Leib dagegen noch sehr geschwollen. Dieser Zustand dauert mit geringen Schwankungen bis zum 29. Aug., wo sich wieder etwas Albumen im Urin zeigt und die Quantität des in 24 Stunden gelassenen Harns auf 1 Schoppen sinkt. Pat. hatte sich wahrscheinlich Nachts zu sehr entblösst und erkältet, indem er spät Abends versucht hatte, das Bett zu verlassen. Schmerz in der rechten Schulter. Mehr Husten und Auswurf. Puls 100. Oeffnung normal, Zunge ziemlich rein, Appetit mässig, aber doch vorhanden.

In den ersten Tagen des September schreitet die Besserung rasch fort. Am 6. ist das Albumen wieder ganz aus dem Urin verschwunden und der Hydrops kaum noch bemerkbar. Oeffnung gut, Kopf frei, Geschmack gut, Appetit, wenig Husten, kaum noch Auswurf.

Am 11. Sept. verlässt Pat. zum erstenmale 2 Stunden lang das Bett und ist von da an als Reconvalescent zu betrachten. Schwäche noch gross, und bei längerem Aufsein tritt bald starkes *Oedema pedum* ein. Urin nimmt allmälig seine natürliche Beschaffenheit an. Die Salze vermehren sich mit der Fleischkost von Tag zu Tag, und treten keine abnormen Beimischungen mehr auf.

Pat. wird am 11. Oct. vollkommen geheilt entlassen.

Ein experimenteller Versuch über die Tödtlichkeit der verschiedenen gegen die Krätze empfohlenen Mittel, sowie eine Classification derselben.

Von

Dr. Küchenmeister,
prakt. Arzte in Zittau.

Indem ich mir vorbehalte, in kürzester Zeit andern Ortes zu berichten:

1) über die Geschlechtsöffnung der Milben, zunächst der Katze und des Menschen, welche sich in ihrem Baue fast vollkommen gleichen und fast nur Grössenverschiedenheiten bieten;

2) über den männlichen Hülfsapparat der Begattung, kleine warzenförmige Rauhheiten (Drüsen?) um die Geschlechtsöffnung, welche, wie bei einigen Ascaridenarten etc. z. B., ein wachsähnliches Secret abzusondern scheinen, das durch Agglutination bei Conjugation letztere erleichtert;

3) über die bekannten am Rücken befindlichen warzenähnlichen Auswüchse, welche nach meiner Ansicht nichts Anderes sind, als eine halbmondförmige, mit nach aussen gerichteten Zähnen besetzte Feile aus Horn- (Chitin?) Zähnen, nöthig um dem den Gang für den Sarcoptes minirenden Kopfe die Arbeit zu erleichtern, wenn der Gang schon so weit gebohrt ist, dass Kopf und Hals in demselben sich befinden, und nun der stark und plötzlich gebogene Rücken eintreten soll;

4) über die Bohrspäne verschiedener Miniriuseeten und die nicht unwahrscheinliche Deutung der bekannten in Milbengängen gefundenen rundlichen Körper, die neben den Eiern zu sehen sind als Bohrspäne aus Epidermis, und sodann noch über einige andere hierher gehörige Fragen,

übergebe ich hiermit den ärztlichen Praktikern in der von ihnen wohl zur Zeit gelesensten medicinischen Wochenschrift eine auf eigene und die Versuche Anderer gestützte Tabelle über die Tödtlichkeit der gewöhnlichen Krätzmittel für die Milbe und eine Classification sämmtlicher mir bekannten gebräuchlicheren Mittel, und hoffe damit, da gewisse Wahrheiten nicht oft genug gesagt werden können, ehe sie allgemeine Anerkennung finden, wieder Einige von jenen, welche des Schwefels innerlich und äusserlich sich nicht enthalten wollen, zu überzeugen, dass sie für ihre Handlungsweise eine rationelle Indication zu finden nicht im Stande sind.

Ausgehend von der Ansicht, dass man, wo Parasiten etc. zugänglich sind, dieselben direct in Berührung mit dem Mittel unter ihr Leben sonst nicht verkürzenden Einflüssen bringen muss, das man in praxi dagegen anwenden will, stelle ich folgende Versuche an, deren ähnliche schon Alin Gras und Hertwig in Berlin anstellten. Ich lasse zuerst meine Versuche folgen:

1) Am 30. Juni früh $7^1/_4$ Uhr brachte ich einige Sarcoptes der Katze auf ein Objectglas, bedeckte sie mit einem feinen Deckgläschen ganz lose, überzeugte mich unter dem Mikroskop von ihrem Leben, setzte nun Mandelöl *(Ol. amygd. dulc.)* darauf und untersuchte dieselben von da ab bis am 1. Juli früh $7^1/_4$ Uhr zu wiederholten Malen. Sie lebten selbst noch zur letzt angegebenen Stunde.

2) Dito mit Anisöl. Anfang des Experiments um $7^1/_4$ Uhr. Tod, als ich um $7^3/_4$ Uhr nachsah. Am Nachmittag dasselbe Experiment wiederholt, Tod in 15 Minuten. Eier aussen ganz weissgrau, glänzend beschlagen, getrübt, das Dotter an eine Seite angedrängt, so dass weder gleichmässige Anlagerung des Dotters an die innere Eischalenhaut, noch rings um das Ei ein heller Ring zu sehen war, wie es bei gesunden Eiern der Fall ist, je nachdem sie mehr oder weniger weit in Entwickelung vorgeschritten sind.

3) *Unguentum Jasseri* und 4) *Unguent. sulphur.* der sächsischen Pharmakopöe [1]) geben dieselben Resultate. Auf ein mit der Salbe sanft bestrichenes Objectglas wurden mehrere Sarcoptes und darüber ein ebenso befettetes Deckgläschen gebracht. Es ist dieses Experiment das mühsamste, und verlangt die meiste Geduld und auch einige Uebung. Um $7^1/_4$ Uhr früh begann ich das Experiment, da aber die Thiere am Nachmittag um 5 Uhr noch lebten, so setzte ich es aus.

5) Schwarze Seifenlösung. Um $8^1/_4$ Uhr Morgens wurden die Thiere in diese Mischung gebracht und lebten Abends 5 Uhr noch, wo ich den Versuch aussetzte.

6) *Hepar. sulphur.* (gr. iij auf ℥β *Aq. destill.*). Von früh $7^3/_4$ Uhr bis $9^1/_4$ Uhr lebten die Thiere ganz munter. Als ich um 12 Uhr nachsah, war Alles eingetrocknet, und schienen die Thiere durch Druck der eintrocknenden Massen gestorben zu sein.

7) *Mercurius corrosivus* (gr. j auf ℥β Wasser). Von früh 7 Uhr an bis $9^1/_4$ Uhr die Thiere ganz munter, um 12 Uhr war die Masse eingetrocknet. (Man sieht, das Gräfe'sche Mittel tödtet nicht schnell. Rationelle Aerzte würden die Wirkung dieses Heroen damit rechtfertigen, dass sie die Eier dadurch zugleich zu treffen beabsichtigten, da es bekanntlich kein besseres Coagulans des Eiweisses und damit Zerstörung der Entwickelungsfähigkeit des Eies gebe, als den Sublimat. Ich muss auch zugeben, dass die Eier darnach an der Aussenfläche runzlig geworden waren, und dass viele dunkle Streifen im lichten Ringe zwischen Dotter und Eischale verliefen (Eiweissschollen). Wie sieht es aber aus mit der Rationalität, wenn der Schmutz in den Gängen den Zutritt des Mittels abgesperrt hat?)

8) Concentrirte Essigsäure der sächsischen Pharmakopöe, mit gleichem Volumen Wasser verdünnt. Der Tod erfolgte in 15 Minuten, und waren die Eier gebleicht. Schon Höfle sagt: „Bei Essigzusatz wird der Körperinhalt noch farbloser, indem Essigsäure den dunkeln Körperinhalt fast vollständig auflöst."

Stelle ich zur bessern Uebersicht für den Praktiker die Versuche von Alin Gras, Hertwig und mir tabellarisch zusammen, so ergiebt sich folgende Tabelle:

[1]) In Cazin's von der Brüsseler Gesellschaft für Natur- und Heilkunde gekrönter Preisschrift über Spulwürmer, die übrigens zwar eine Arbeit voll vielen Fleisses ist, wie das Referat in Schmidt's Jahrbüchern darthut, im Einzelnen aber doch zuweilen nach jenem alten Wurmaberglauben schmeckt, den die Aerzte der physiologischen Schule gern beseitigt haben möchten, wird auch, wenn ich nicht irre, gewisser an Bandwurmstücken mit Bandwurmmitteln angestellter Versuche gedacht, um daraus auf die Tödtlichkeit des Mittels für Bandwürmer zu schliessen. Solche Versuche sind keine physiologischen Experimente zur Aufhellung der Materia medica, sondern nutzlose Spielereien. Um wurmtödtende Kräfte zu prüfen, muss man wohlerhaltene Tänien nehmen, die man ja bei Hunden und Katzen sich verschaffen kann, und habe ich wenigstens mich nicht entschliessen können, von anders angestellten Versuchen etwas zu erwarten, wie man in der nun wohl bald in Vierordt's Archiv erscheinenden Tabelle der Anthelminthica sehen wird. K.

Name des Mittels.	Albin Gras [1]).	Küchenmeister.	Hertwig bei blosser Berührung mit dem Mittel.	 bei Hineinlegen der Milbe in das Mittel.	Endresultat.
1. Reines Wasser . .	lebten darin noch nach 3 Stunden munter.	. . . .	. . . .	nach tagelangem Liegen darin herausgenommen, leben sie wieder fort, in Wasser auf d. Ofen von +25-30° R. leben sie 10 Tage. In kochend heissem Wasser schneller Tod.	Ohne Wirkung.
2. Salzwasser	dito, nur etwas schwacheres Leben.	. . . .	(ʒj auf ℥vj) in 5 Min. steif, lebten aber nach 38 Min. wieder auf.	nach 4 M. scheintodt; herausgenommen nach 2 St. u. mit reinem Wasser befeuchtet, wieder in's Leben; herausgenommen nach 4 St., todt ohne Körperveränderung.	Nicht in Betracht zu ziehen.
3. *Calcaria chlorata*	. . . .	. . . .	(ʒß auf ℥ij) dito.	in 10—12 Minuten todt.	Nicht ganz unkräftig.
4. Reine Aetzlauge. .	. . . .	. . . .	concentrirt: sogleich d. Milbe noch einmal so gross, in ½ Min. bewegungslos, in 1 St. in schleim. Masse verwandelt mit 5 Theilen kalten Wassers verdünnt: nach 4 Min. bewegungslos, alsbald aufgetrieben, blieben todt.	. . . . dito: in 3 Min. todt, in 12 St. schleimartige Masse.	Zu reizend, um auf die Haut d. Menschen angewendet werden zu können. Sehr kräftig.
5. Lösg. v. *Kali carb.*	nach 20 Minuten todt.	. . . .	. . . .	. . . .	?
6. Lösg. v. *Kali sulph.*	nach 12 Minuten todt.	. . . .	. . . .	. . . .	?
7. Jodkali-Lösung . .	concentrirt: Tod fast sogleich.	. . . .	. . . .	. . . .	Sehr kräftig.
8. Pferdeurin	. . . .	. . . .	in 6 Min. unbeweglich, dann wieder erwachend.	2 Tage lebend.	Urinmischungen noch heute ein altes Volksmittel bei menschl. Krätze. Nutzlos.
9. Frisch. Kalkwasser	in ¾ Stunden todt.	. . . .	dito.	3—4 Stunden lebend.	Nutzlos.
10. Lauge von Weichholzasche.	. . . .	. . . .	werden 24 Stunden scheintodt, kehren dann z. Leben zurück u. sterben in Folge einer zweiten Berührung erst nach weiteren 3 Tagen.	schwache Solution: Tod in 3 Tagen.	Nicht sicher.
11. Schwarze Seife . .	. . . .	in concentrirter Auflösung davon: noch nach 9 St. lebend.	1 Loth auf ℥j: sogleich bewegungslos werdend, weggenommen sogleich in 16 M. wieder lebend.	über 60 Stunden lebend.	Nutzlos als Antiparasit. Ihre Wirkung cfr. nach Eichstädt.
12. Kaust. Salmiak-Sol.	. . . .	. . . .	nach 6 Stunden todt.	nach 17-30 Min.; verdunstet jedoch d. Ammoniak schnell und sind die Thiere nicht in 20 Min. todt, so sterben sie gar nicht darin.	Nutzlos.
13. Fünffachschwefelkalium - Schwefelleber.	. . . .	gr. iij auf ℥ß Wasser: noch nach mehreren Stunden munter.	ʒß auf ℥ij: sogleich bewegungslos; brachte man das Thier sogleich nach Betupfen auf einen andern mit Wasser befeuchteten Körper, so erholte sich die Milbe nach 16 Min. und lebte dann fort.	in 5 Minuten todt.	Nach mir in schwacher Lösung nutzlos; nach Hertwig in starker.
14. Mittel aus gepulvertem Schwefel.	in Schwefelblumen gesetzt, noch nach 1 St. lebend, in einem Uhrglase d. Dämpfen verbrennend. Schwefels ausgesetzt, noch nach 16 St. lebend; nach Gebrauch von 2 bis 3 schweflichsauren Bädern nahm A. Gr. noch lebende Milben von d. Kranken ab, fand sie aber oft todt n. einer einzigen Einreib. mit Helmrich'sch. Salbe: *Flor. sulph.* ℥ß. *Kali carbon.* ʒij u. *Arung. porci* ℥ij.	1. *Ung. Jasseri:* noch nach 10 Stund. ganz munter. 2. *Unguent. sulphur.* (Pharm. sax.) dito.	. . . .	in fein gepulvertem Schwefel, gereinigtem Schwefel und Schwefelmilch lebten die Pferdemilben Tage lang ganz munter.	Ganz nutzlos.
15. Mercurialien:					
a. graue Merc.-Salbe	. . . .	. . . .	. . . .	munter darin lebend; krochen die Thiere über d. Salbe weg, so lebten sie am Boden des üb. d. Salbe gestülpten kleinen Trinkglases noch mehrere Tage.	Nutzlos.

[1]) Nach Anderon: Albin Gras.

Name des Mittels.	Albin Gras.	Küchenmeister.	Hertwig bei blosser Berührung mit dem Mittel.	Hertwig bei Hineinlegen der Milbe in das Mittel.	Endresultat.
b. Mercur. corrosiv.	. . . .	(gr. j auf ℥β): noch n. mehreren St. lebend.	(gr. ijβ auf ℥j) nach 2—3 Stunden todt. (gr. x auf ℥j).	todt nach $1\frac{1}{2}$ Stunden. todt nach 20—45 Minuten.	Schwache Solut. nütz. nach mir wenig, nach H. langsam wirkend.
16. Arseniklösung . .	nach 4 Minuten todt.	. . . .	. . . .	(gr. x auf ʒj Aq.): Tod in 2 bis 3 St.	Langsam bei concentrirtem Mittel.
17. Alkohol	30°: todt nach 20 Min.	. . . .	45°: sie erwachen nach 6 bis 8stünd. Scheintod, jedoch mit schwächerem Leben.	45°: an mässig warmem Orte darin bis zur 12. St. lebend.	Ohne Werth.
Oele:	Canstatt scheint, durch A. Gr. irre geführt, an eine antiparasit. Kraft reinen Oeles u. Fettes zu glauben, indem die Milben 2 St. lebten.				
18. Feines Baumöl . .		. . . .	. . . .	darin lebten sie 5—6 Tage.	Nutzlos.
19. Süsses Mandelöl. .		über 1 ganzen Tag lebend, dann der Versuch ausgesetzt.	. . . .	. . . .	Nutzlos.
20. Anisöl		in 15 Min. todt, desgl. Eier beschädigt.	. . . .	. . . .	Sehr d. Beachtung u. Prüfung werth; reizt d. Haut nicht beim Bestreichen.
21. Terpenthin:					
a. Oel	. . . .	. . . .	. . . .	nach 5 Minuten todt.	Sehr wirksame Mittel gegen das Leben des Thieres, aber leider wohl nicht alle gleich leicht anzuwenden a. d. menschliche Haut.
b. Terpenthingeist . .	nach 9 Minuten todt.	. . . .	. . . .	. . . .	
22. Steinöl	. . . .	. . . .	. . . .	nach 5 Minuten todt.	
23. *Ol. anim. Dippel.*	. . . .	. . . .	. . . .	nach 4 Minuten todt; gilt von Pferde- u. Schafmilbe.	
24. Kreosot	. . . .	. . . .	. . . .	Tod sogleich.	
25. Empyreumat. Saft aus d. Tabakspfeife.	. . . .	. . . .	. . . .	Tod sogleich.	
26. Theer	. . . .	. . . .	. . . .	Tod nach 5 Minuten.	
27. Brenzlichter Holzessig.	. . . .	. . . .	nach 3 Min. scheintodt; auf andern Ort gebracht, wieder auflebend.	Tod in 1 Stunde.	Weniger empfehlenswerth.
28. Essigsäure	in 20 Minuten todt.	in 15 Min. todt; zugleich erscheinen sie u. die Eier dadurch gebleicht, was auch schon Höfle angiebt.	. . . .	erst nach 2 Tagen sämmtliche in starkem Biessig liegende Milben todt.	Ich hatte mich einer Mischung von gl. Theilen concent. Essigsäure u. Wass. bedient; d. Haut verträgt dies gut, und scheint in dieser Mischung das Mittel beachtungswerth.
29. Kampherspiritus .	. . . .	. . . .	Ganz ohne Wirkung.		
30. Tabak	. . . .	. . . .	Decoct von ʒj auf ℥j: Lähmung auf kurze Zeit. Decoct v. ʒiij auf ℥j: dito.	Tod nach 6—7 Stunden. Tod nach 12—20 Minuten.	Sämmtlich nutzlos.
31. Bilsenkraut	. . . .	. . . .	Infus. von ʒj auf ℥j:	$1\frac{1}{4}$—4 Stunden lebend.	
32. Belladonna	. . . .	. . . .	dito:	in 2 Stunden todt.	
33. Schwarz. Nieswurz	. . . .	. . . .	dito:	in 24—26 Stunden todt.	
34. Weisse Nieswurz .	. . . .	. . . .	dito:	in 24—26 Stunden todt.	
35. *Chelidon. maj.*	. . . .	. . . .	. . . .	Im Saft davon in 1-$1\frac{1}{2}$ M. todt, selbst Pferdemilbe.	Schnellste Wirkung.
36. Kupfervitriol . . .	. . . .	. . . .	. . . .	ʒβ z. ʒij Aq. noch n. 6-8 St. leb.	Nutzlos.
37. Eisenvitriol	. . . .	. . . .	. . . .	dito: dito.	
38. Zinkvitriol	. . . .	. . . .	. . . .	dito: dito.	
39. Bleizucker	in 1 Stunde todt.	. . . .	. . . .	dito: dito.	
40. Alaunauflösung . .	. . . .	. . . .	. . . .	dito: dito.	
41. Mittel von Walz .	. . . .	. . . .	*Rcp.* Aetzkalk ℥β, Pottasche ʒv, mit Rindsmark zum Brei gemacht, dazu Hirschhornöl ʒv, Theer ʒiij, Mistjauche ℥xxv, Aq. $8\frac{1}{2}$ Pfd., gut zusammengerührt: lebend noch 4—7 Stunden.	Tod nach 45 Minuten, oder wenn die Thiere aus dem Bereich der Salbe krochen, gar keine Wirkung; auf die Pferdemilbe gar keine Wirkung.	Hertwig nennt das Mittel ein wirksames und bei Schafräude zu empfehlendes. Ich kann den Grund dazu aus d. Experiment an lebender Milbe nicht ersehen, es sei denn auch seine Wirkung eine mechanische.

Fassen wir die hier gewonnenen Resultate und die Erfolge jahrelanger Erfahrung der Praktiker zusammen, so werden die Mittel, welche gegen die Krätzmilbe verordnet werden, in folgende Klassen zu scheiden sein:

I. Eingebildet wirksame, in der That aber unwirksame Mittel;

II. in der That, wenn auch verschieden schnell, wirksame Mittel, welche letztere wiederum zerfallen:

1) in direct das Leben der Milben vernichtende und

2) in indirect dadurch wirksame, dass sie mechanisch die Milbe nebst Brut entfernen, also in ähnlicher Weise wirkend, wie der Kamm bei den Kopfläusen.

Ad I. gehören vor Allem:

a) Das berühmteste Mittel der alten Schule, der Heroe gegen die Krätze, der Schwefel und seine Präparate. — Von innerem Gebrauche erwarten heut zu Tage nur noch Wenige einen Erfolg, und könnte im günstigsten Falle der Schwefel doch nur als schwefelsaures Salz hier bei dem Wohnsitze der Milbe vorbeikreisen, oder in winzigen Spuren von in Fett oder Oel gelöstem Schwefel, wenn man den z. B. im Gehirn gefundenen Schwefel als durch Zufuhr zum Gehirn in dasselbe als solcher gelangten, und nicht vielmehr als aus schwefelsauren Salzen durch uns unbekannte chemische Processe entstandenen reducirten Schwefel betrachten will. Vielleicht wären allein nach Hertwig starke Auflösungen von fünffach Schwefelkalium wirksam, während schwächere nach mir ganz nutzlos sind.

b) Reines Wasser.

c) Salzwasser.

d) Die als Volksmittel bei menschlicher Krätze noch heute empfohlenen Urinwaschungen von Menschen und Thieren.

e) Frisches Kalkwasser.

f) Kaustische Salmiaksolution, da das Mittel zu schnell verdunstet, und nach weniger Zeit die Milben wieder aufwachen, abgesehen von dem Schmerze, den es auf enthlösster wunder Haut macht.

g) Mercurialsalben.

h) *Mercur. corros.* Solution; schwächere Solutionen wirken gar nicht, stärkere, die der menschliche Organismus kaum erträgt, wirken dennoch zu langsam.

i) Arsenik.

k) Alkohol.

l) Reines Baumöl.

m) Süsses Mandelöl.

n) Brenzlichte Holzessigmischung, wenn sie nicht sehr oft wiederholt wird.

o) Kampherspiritus.

p) Tabak.

q) Bilsenkraut.

r) Belladonna.

s) Schwarze und weisse Nieswurz.

t) Kupfervitriol.

u) Eisenvitriol.

v) Zinkvitriol.

w) Bleizucker.

x) Alaunauflösung.

Ad II. 1) Direct wirksame Mittel sind:

a) Das *Chelidonium majus* nach Hertwig, sehr zu beherzigen.

b) Reine Aetzkalilauge, reizt aber die Haut des Menschen zu sehr.

c) Jodkalilösung, von der leicht dasselbe gelten dürfte.

d) Anisöl nach mir sehr der Prüfung werth, da es die Haut nicht reizt. Ich habe es mir an mehreren Stellen des Armes aus letzterem Grunde eingerieben, aber keine Entzündung danach bemerkt.

e) Terpenthinöl und Terpenthingeist. Leider reizen auch sie die Haut zu sehr.

f) Steinöl reizt theils die Haut zu sehr, theils riecht es allzu widrig.

g) *Ol. animal. Dippelii* riecht zu unangenehm.

h) Empyreumatisches Oel aus Tabakspfeifen: dito.

i) Kreosot, wenn es nicht zu sehr reizt.

k) Theer.

l) Starke reine Essigsäure beherzigenswerth, doch dürfte es vielleicht die Augen, Respirationsorgane und Haut selbst zu sehr belästigen. Es müsste, wenn es in Gebrauch gezogen werden sollte, nur dann angewendet werden, wenn man dem Kranken sich an frischer Luft gleich nach der Einreibung zu bewegen gestattet, und vielleicht auch um die Hautgänge der Milbe offen zu machen und den anderen Mitteln leichter Zutritt zu bereiten, also Vorkur, welchem Zwecke man jedoch auch durch andere mildere Mittel begegnen kann, z. B. Bimsteinwaschungen, starke Laugenwaschungen (cfr. supra *b.*), welche letzteren nur deshalb mit Vorsicht zu brauchen sind, da sie die Haut ebenfalls sehr reizen.

2) Indirect wirkende mechanische Mittel, welche gleich dem Kamme wirken, sind:

a) Die Hebra'sche Anwendung des Bimstein.

b) Die Anwendung der grünen Seife.

c) Das Ablesen der Milben, welches letztere Verfahren allerdings ganz dem Kamme gegen Läuse entspricht und in der That ein rationelles Mittel zu nennen ist, auch bekanntlich in Corsica etc. von den Müttern geübt wird. Wenn man aber bedenkt, wie mühsam das Auffinden der Milben, ihrer Kleinheit wegen, selbst für darin Geübte ist, wenn man bedenkt, wie manche Aerzte jetzt noch die Milbe leugnen, weil sie dieselbe zu finden nicht im Stande sind, wenn man sich entsinnt, wie lange ein Raspail und die ganze Académie des sciences in Paris vergeblich nach ihnen gesucht haben, dann wird man sicher von diesem Verfahren wenig bei uns erwarten, zumal bei inveterirten Fällen, ganz abgesehen davon, wie lange solch eine Kur gewöhnlich dauern dürfte, und wie viel Möglichkeit in der Zwischenzeit zu neuer Ansteckung gegeben ist. Wir müssen daher diese Art Kur besonders den mit viel grösseren Milben verkehrenden Rossärzten überlassen, wiewohl ich versichern kann, dass es mir, als ich daran ging, hier die Milben als Ungeübter zu suchen, selbst hier schwer geworden ist, sie zu finden.

Ad *a.* Die Hebra'sche Bimsteinanwendung ist jedenfalls dadurch eine heilsame, dass sie einen schnellen Wechsel der Oberhaut bedingt, die Gänge, in denen die Milbe wohnt, bis zum Grunde blosslegt und die Eier aus ihren Brutstätten entfernt, ehe sie Zeit hatten zu entschlüpfen. Die Art, wie sie die Milben selbst vernichtet, weiss ich nicht; dass sie dieselben von der Haut des einen Individuums entfernen können, ist leicht einzusehen, dass die Milben aber nicht durch den Druck der kleinsten Bimsteintheilchen sogleich erdrückt werden, dürfte wohl daraus hervorgehen, dass die Milben einen ausserordentlich festen Chitinpanzer haben, der nur bei starkem Drucke zwischen zwei festen Unterlagen unter Knirschen zerspringt. Trotzdem scheint die reiche Erfahrung Hebra's dargethan zu haben, dass eine Ansteckung Anderer nicht so leicht geschieht, als man a priori erwartet hätte.

Die dritte mechanische Methode ist die von den meisten deutschen Praktikern zur Zeit beliebte Einreibung mit grüner Thranseife. Wenn ich oben dargethan habe, dass die Milben lange Zeit in concentrirter Lösung dieser Seife leben, so glaube ich genügenden Grund zu haben, sie unter die mechanischen Mittel zu stellen, und dürfte diese Einstellung im Systeme um so gerechtfertigter sein, da schon lange vor mir Eichstädt dargethan hat, dass die grüne Seife einen solchen Reiz zwischen Cutis und Epidermis setze, dass eine Exsudation und in Folge deren eine Abstossung der Epidermis, oder was hier dasselbe sagen will, des Wohnortes der Milben sammt allen ihren Bewohnern (alten und Eierbrut) eintritt. Jedenfalls ist diese Behandlungsweise die gründlichste und radicalste, da bekanntlich niemals die Milbe in die Cutis selbst sich einbohrt, und ich nenne sie deshalb den am sichersten wirkenden Krätzmilbenkamm. Leider ist die nicht seltene Reizung der Haut in heftigem Grade, die Gefahr der Behandlung und längere Nachkur bei kaltem Wetter eine lästige Zugabe der trefflichen Methode, und, so lange die Krätze in höheren Ständen als eine Schande und ein Beweis für Umgang mit liederlichen Personen gilt, welches Vorurtheil zu bekämpfen jeder vorurtheilsfreie Arzt sich angelegen sein lassen wird, tritt dieser trefflichen Methode noch der Umstand entgegen, dass man dieselbe in höheren Ständen kaum anwenden kann, ohne das Glück der Familie, wo nicht zu stören, doch zu betrüben. Es ist daher gewiss das Streben nach einem milderen, weniger im Leumund der Leute verketzerten Mittel gerechtfertigt, und ich glaube demnach, dass es der Mühe werth ist, in höheren Familien einen Versuch mit dem theuern Anisöl zu machen, und zwar in folgender Weise:

Man lässt den Kranken täglich ein möglichst concentrirtes Laugenbad nehmen, um die verstopften Krätzmilbengänge zu erweichen, ihren Inhalt löslicher zu machen, dabei die Haut mit Bimsteinseife im Bade tüchtig reiben, und nach geschehener guter Abtrocknung die kranken Stellen mit Anisöl einreiben. Dies Verfahren wiederholt man täglich, und wenn das Oel ohne alle Reizung vertragen wird, gestattet man auch am Nachmittage noch eine Laugenwaschung der kranken Stellen mit folgender Anisöleinreibung. Den Gebrauch frischer Luft verweigere man dem Kranken nicht, nur lasse man ihm nach dem Bade die nöthige Zeit zur Erholung und Verhütung der Erkältung. Auch dürfte es gut sein, die Einreibungen stets in einem andern als dem Schlafzimmer vorzunehmen.

Fragt man, in welcher Weise das Anisöl direct tödtend wirke, so zeigt eine Vergleichung der Versuche mit Mandelöl, dass nicht, wie man in manchen Lehrbüchern findet, das Oel und Fett allein hinreiche, die Milben zu tödten, was auch um so unwahrscheinlicher ist, da, wenn auch nicht direct in den Hautdrüsen, doch in der Nähe fettreicher Organe die Milbe wohnt und sicher von Fett mit leben dürfte, und die die Gänge verklebenden Massen kaum etwas Anderes, als Fett mit Schmutz gemischt, sein dürften. Meiner Ansicht nach wirkt das verdunstende Anisöl, wie auf viele niedere Wesen aus der Klasse der Insecten (Flöhe, Läuse etc.), auch auf die Milben direct giftig ein, und ich glaube auch bei ihnen einen *Punctus respiratorius*, der an dem vorderen Drittheil des Milbenbauches (Katzenmilbe) ausmündet, gesehen zu haben, über welchen Punkt ich mich später andern Orts weiter zu verbreiten gedenke. Vor der Hand muss ich diesen Erklärungsversuch den mir am wahrscheinlichsten scheinenden nennen, und kann mich der Vergleich der Wirkung des Mandel- und Anisöles nicht dazu bestimmen, an eine Verstopfung des *Punctus respiratorius* (?K.) durch das Oel zu denken.

Aus diesen Betrachtungen aber geht von Neuem hervor, was schon längst aus Hertwig's schönen Versuchen für eine gute Medicinalpolizei und Pharmacopoea officinalis hätte resultiren sollen. Es ist eine mit dem derzeitigen Stande exacter Wissenschaft nicht mehr zu vereinigende Vorschrift, in den Apotheken die Krätzschwefelsalben, mag es die Jasser'sche oder irgend welche andere schwefelhaltige Salbe der Pharmakopöe sein, vorräthig zu halten, denn direct wirkt die Schwefelsalbe nicht tödtlich auf die Milbe, und sollte man sie unter die mechanisch wirkenden Krätzmittel rechnen wollen, insofern die kleinsten, in die Hautporen eindringenden Schwefeltheilchen eine Entzündung der Haut ebenfalls bewirkten, so kann man das sicherer durch die grüne Thranseife haben. Wollen einzelne Praktiker aus Schlendrian bei der alten nutzlosen Methode bleiben, das mögen sie ihren Patienten gegenüber vertreten; eine sorgsame und wirklich rationelle Medicinaldirection eines Landes sollte die Erfahrungen mühsamer Versuche nicht ignoriren, und jenen gerügten Schlendrian gleichsam legalisiren durch vorschriftsmässige Aufnahme dergleichen nutz-

loser Mittel in die Pharmacopöe ihres Landes. Vielleicht sehen wir doch auch noch einmal aus unserer vaterländischeu (sächsischen) Pharmacopöe das *Unguent. sulphur. contra Scabiem* gestrichen werden!

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Geh. Med.-Rath Professor Dr. B. Langenbeck in Berlin.

(Schluss aus No. 33.)

Untersuchung der exstirpirten Geschwulst.

Von

Dr. Führer.

Bei Untersuchung des resecirten Unterkiefers und der umgebenden Geschwulstmasse fand ich Folgendes:

Ueber dem Kinn eine breite, mit dem Knochen fest verwachsene, vertiefte Narbe; die benachbarten Weichtheile ohne Veränderung in dem äusseren Ansehen der Haut, doch in der Tiefe infiltrirt und hart geschwollen; nur an einzelnen Stellen erhoben sich umschriebene kugelige Massen, überzogen von gerötheter, entzündeter Haut.

Die Narbe war völlig rein und zeigte mikroskopisch ausschliesslich dichtes Fasergewebe. Sie war mit dem Periost verwachsen, und das Periost selbst verdickt; von der Oberfläche des Knochens mit dem Scalpellstiel leicht abzuheben. Der Knochen darunter erschien glatt, gelblich, von mehr als gewöhnlicher Härte. Von der unteren Fläche des Periost's liessen sich mit dem flachen Messer etwas Flüssigkeit mit eingemengten Gewebstheilen abschaben. Letztere bestanden mikroskopisch aus jungen Faserzellen und grossen unregelmässigen Schollen, welche in einer fein granulirten Grundsubstanz zahlreiche kleine Kerne enthielten. Diese Körper sind pathologisch, soviel ich weiss, zuerst von Robin, in einigen Fällen von Epulis beschrieben. Da sie normal im Knochenmark, namentlich jüngerer Individuen, vorkommen; so liess das Erscheinen derselben in einer Periostalgeschwulst im Allgemeinen auf eine Communication mit der Markhöhle oder spongiösen Substanz des Knochens schliessen. Diese fand auch wirklich statt, sowohl in den von Robin beschriebenen Fällen, als in einigen anderen, welche in unserer Klinik vorkamen, in Form fungöser Geschwülste, welche aus dem Unterkiefer selbst hervorwuchsen und durch ihren Blutreichthum ausgezeichnet waren. Allein der vorliegende Fall zeigt, dass diese *Plaques à noyaux multiples* auch als das Produkt einer chronischen Periostitis über einem verdichteten Knochen auftreten können. — Im Umkreise der Narbe war das Periost durch Bindegewebe fest und untrennbar mit dem Knochen verlöthet. Der Knochen selbst, mehrfach durchgesägt, hatte eine glatte, gelbliche, elfenbeinharte Schnittfläche. Der *Canalis dentalis* war durch Verdichtung des Knochens fast vollständig geschwunden. Die Schneidezähne waren schmutzig, lose, cariös; die knöcherne Wand der Alveolen zum Theil verdünnt und nekrotisch; das Periost umgab die Zahnwurzeln als missfarbige, eitrig zerfliessende Pulpe.

Die Geschwulstmasse selbst, mit Ausnahme weniger Stellen, welche zugespitzt in der Haut sich erhoben, nahm die ganze Tiefe bis nahe auf den Knochen ein und dehnte sich der Breite nach in den Weichtheilen nach allen Seiten aus. Im grössten Umfang war sie von normaler Haut bedeckt und von einzelnen kranken Hautpartien ausgehend, hatte sie radienartig den Panniculus durchwachsen.

Auf dem geraden Durchschnitt bot die Geschwulst ein weissgelbliches Aussehen und ein mässig festes, grobfaseriges Gefüge. In der Schnittfläche lagen zahlreiche kleine cylindrische Stäbchen, welche unter einander zusammenzuhängen schienen, doch sich leicht zerbröckeln und als kurze gelbliche Zapfen herausheben liessen. Wurde die Geschwulst der Quere nach durchschnitten, so sah man gleichfalls jene gelben Zapfen in den Lücken eines festeren, weisslichen Stroma's eingebettet. Wenn man mit dem Rücken des Messers über die Schnittfläche strich, so erhoben sie sich, wie ein kurzer, grober Filz. Ein eigentlicher Saft liess sich nicht ausdrücken, in den abgeschabten Gewebsfragmenten fanden sich Schollen von vergrösserten und mehr oder minder regelmässig zusammengeordneten Epithelien. Selten fanden sich einige spindelförmige Zellen, zum Theil mit faseriger Verlängerung.

Auf einem Längsschnitte, von der Spitze eines Hautknotens genommen, war von den normalen Bestandtheilen der Haut wenig mehr zu unterscheiden: keine Drüsen, keine Haarbälge, keine Papillen und Follikel, sondern nur eine dichte Epithelialschichtung mit dunkleren länglichen oder runden Epithelialräumen. Daneben zahlreiche turgescirende Gefässe. Bei Besichtigung des oberen, freien Hautrandes bemerkte man büschelförmige Fortsätze, welche, von einem groben Epithelium bedeckt, aus der Tiefe der Haut hervorzusprossen schienen (Fig. 1.). Vielleicht in Folge dieser Richtung ihres Wachsthums standen die Randepithelien mehr oder weniger ab, so dass sie Kornähren im Kleinen ähnlich sahen. Auch zeigten sich an ihnen bisweilen seitliche Auswüchse von der nämlichen Bildung. Ihre Breite und Länge wechselte sehr, doch waren sie mit blossem Auge auf der Haut kaum wahrnehmbar. Betrachtete man dagegen den der Tiefe der Geschwulst entsprechenden unteren Rand des Abschnittes, so sah man auch hier längliche Fortsätze (Fig. 2.), aber scharf umschrieben, mit glatten Rändern, bald abgestumpft oder papillenartig zugespitzt. Die Randepithelien schienen mehr cylindrisch geformt und fest an einandergefügt. Auch die Mitte der Geschwulst war von ähnlichen, meist dunkler gefärbten Figuren durchzogen. In ihnen, sowie in ihrer Umgebung fanden sich die in Epithelialgeschwülsten bekannten Hohlräume oder Epithelialnester. — Hie und da war die Geschwulst von Faserbündeln, meist der Quere nach, durchzogen. Sie war reich an Gefässen, sonst aber war weder ein normaler, noch fremdartiger Bestandtheil zu entdecken.

Der Querschnitt bot mikroskopisch wesentlich dasselbe Bild, unterschied sich aber dadurch, dass er vorzugsweise reich an grösseren Hohlräumen war, welche zum Theil von Bündeln achterförmig verschlungener Faserzüge umgränzt und unter einander verbunden waren. Bisweilen hatten diese Fasern mit organischen Muskelfasern grosse Aehnlichkeit.

Wucherungen dieser Art hat man im Allgemeinen als Papillargeschwülste bezeichnet und den Ausdruck Papillargeschwulst synonym mit einem Cancroid epithelialer Bildung genommen. Wenn nun auch in vielen Fällen unzweifelhaft die normalen Hautpapillen hypertrophisch gefunden werden — in diesem Falle war von einer solchen Degeneration keine Spur. Bei dem eigenthümlichen Bau aber, welcher schon bei oberflächlicher Betrachtung auffallen musste, schien es von Interesse, die Formation der Geschwulst in ihrem Zusammenhange mit den normalen Gebilden genauer zu verfolgen. — In der benachbarten Haut, welche dem wahrscheinlichen Ausgangspunkte der Geschwulst in der erkrankten Hautpartie zunächst lag, fanden sich die Drüsen verkümmert, so dass sie oft nur noch an dem mit getrocknetem, schwärzlichem Inhalte gefüllten Balg und Ausführungsgange kenntlich waren. Das Rete Malpighi war ein feiner, durchscheinender Streifen, in welchen die Papillen schmal und verkürzt hineinragten. Es schien die ganze Cutis mehr oder weniger geschrumpft zu sein.

Nachdem ein Theil der Geschwulst durch Wasser leicht macerirt war, liessen sich vom Querschnitt längere, arborescirende Fortsätze mit der Pincette hervorziehen (Fig. 3.). Ihr mikroskopischer Bau zeigte sich von doppelter Art. Einmal schienen sie von einem membranösen Schlauch gebildete Hohlcylinder zu sein, mit seitlichen Ausbreitungen. Eine deutliche Structur war nicht zu bestimmen, doch besassen sie viel Elasticität und Resistenz. Auf Zusatz von verdünnter Essigsäure traten kleine dunkele Kerne hervor (Fig. 4.). Auf stärkere Einwirkung von Essigsäure wurde die Membran allmählig gelöst, und an einzelnen Stellen trat eine deutliche innere Epithelialauskleidung hervor.

Die zweite Form, in welcher diese Verästelung erschien, und welche zumal auch häufig auf dem Durchschnitt sich zeigte, bestand nur aus Epithelien (Fig. 5.). Die Schläuche, welche sie zusammensetzten, schienen mitunter der Länge oder auch der Quere nach halbirt zu sein. In ihrer Axe erschienen dann noch die Contouren eines zweiten, inneren Kanals, der heller durchscheinend war, und sich nicht bis an das Ende des Schlauches und in die feinsten Verzweigungen (Fig. 2.) verfolgen liess. Von ihm gingen mitunter selbstständige Ausbuchtungen und Verlängerungen ab, welche die äussere Wand des Kanals vor sich her schoben. Im Innern der Schläuche fanden sich zahlreiche sogenannte Bruträume als quer durchschnittene Branchen. Diese hatten keine faserige Einschliessung, sondern bestanden nur aus mehreren, oft sehr dicken Lagen regelmässig geschichteter Epithelien. Sie waren zugleich der augenscheinliche Beweis, dass jene Körper hohl waren. Im Innern der Kanäle und Hohlräume fand sich ausserdem oft eine bräunliche Fettkörnchenmasse.

An feinen Abschnitten erhärteter Präparate aus den zunächst kranken Hautpartien, beobachtete ich Folgendes: 1) leere, mit dunkeln Epithelien gefüllte Räume, welche nach aussen etwas verengt mündeten; 2) solche, die durch eine vorliegende Epithelialschicht nach aussen geschlossen waren; 3) beide enthielten in anderen Fällen abständige oder entartete Haare, so dass sie offenbar Haarbälge repräsentirten. Oft lag das Haar ohne Pulpe, wie ein Sequester eingeschlossen im Haarbalg, tief in der Cutis, in anderen Fällen, wenn es, ohne abgestossen zu sein, die Oberfläche erreichte, war es zersplittert und ver-

unstaltet. Man konnte aufs Deutlichste in einer Reihe von Präparaten verfolgen, wie die Epithelien und Faserplättchen, welche das Haar zusammensetzen, sich lockerten und auseinander wichen, und wenn sie das Freie erreichten, jene oben beschriebenen Büschel darstellten. Oft war vom Haar selbst nichts mehr zu erkennen, sondern nur eine dicke zapfenartige Zellenmasse, welche aus dem Haarbalg hervorwuchs und unter Aufrichtung ihrer Epithelien an der Grenze öfter sich verzweigte (Fig. 1.). Es waren diese Büschel durchaus jenen ähnlich gebildet, welche man auf der Höhe von wuchernden Papillargeschwülsten findet, und wodurch diese eine krause, feinblättrige Oberfläche bekommen. Im vorliegenden Fall liess mich der aufgefundene anderweitige Zusammenhang, sowie der Mangel aller säulenförmigen Papillaranschwellung, die Bestimmung anders treffen; auch waren sie verhältnissmässig selten und so klein, dass sie der Glätte der Oberfläche nichts nahmen.

Am mannigfaltigsten und interessantesten waren jedoch die Veränderungen, welche von der Pulpe des Haares ausgingen und in die Tiefe sich erstreckten. Die Grenze des Haarbalges war in vielen Fällen schwer zu bestimmen, oft war er in die Tiefe lang ausgezogen und nicht selten zugleich fingerförmig getheilt. Die ihn kreisförmig umgebenden Muskelfasern schienen oft durchbrochen zu sein, und so der Haarbalg sich mit gleichzeitiger Verdünnung seiner Wandung nach abwärts zu senken. Ich habe keine deutliche Anschauung, wie weit der Balg selbst oder ein integrirender Theil desselben nach abwärts sich erstrecken mag, doch vermuthe ich, dass die Schläuche mit structurloser Membran noch Fortsetzung vom Haarbalg selbst waren. Desto ausgeprägter war die Entartung des Haarkeimes und der Wurzelscheiden. Ich muss mich begnügen, von den sehr mannigfaltigen Formen nur einzelne zu bezeichnen:

1) Das Haar war noch deutlich zu erkennen, allein der Haarbalg nach oben verschlossen; das Haar endet mit stumpfer Spitze oder erscheint in Plättchen zersprengt. Nach kurzem Verlauf wird das Haar selbst nach abwärts gegen die Pulpe zu flaschenförmig ausgedehnt. Seine verschiedenen Bestandtheile sind nicht mehr zu unterscheiden; man sieht nur einen helleren Raum, in welchem noch eine Spaltung in längliche Faserplättchen angedeutet ist, die aber bald sich gleichfalls verliert. Die innere Wurzelscheide ist eingegangen, die äussere, dunkler gefärbte begleitet die Haarzwiebel und verliert sich entweder sammt der Pulpe unbestimmt im Gewebe oder hält sie nach unten umschlossen und deutlich umgrenzt (Fig. 6.).

2) Es wächst ein selbstständiges, entartetes Haar vom Haarkeim aus in die Tiefe (Fig. 7.). Bisweilen ragt an der Oberfläche noch ein losgestossenes, altes Haar hervor, oder es ist noch ein Stumpf des alten vorhanden, von der Pulpe aus geht aber eine neue Keimung nach abwärts. Das neue Haar entspringt aus einem Zellenlager, ist bald verkrümmt und atrophisch, bald mehrfach von der Wurzel aus getheilt, bald sieht man ein völlig ausgebildetes, aber wie gegliedert aussehendes Haar sich in die Tiefe erstrecken. Im letzten Fall besteht es aus einem helleren, centralen Schaft, dem eigentlichen Haar, ungefärbt und ohne Markhöhle, wohl ein Beweis, dass der Luftzutritt in die Lücken des Markraumes auf die Lichtbrechung Einfluss hat und zur Färbung nothwendig ist. Nur hie und da fanden sich schwarze Pigmentkörnchen gehäuft. Es finden sich Faserplättchen markirt, die aber, je mehr nach der Tiefe, um so weniger fest verbunden, um so weicher werden. Es ist der Haarschaft umgeben von einem dunkleren Mantel, den ich für die äussere Wurzelscheide halte, obwohl es nicht immer möglich war, eine deutliche Zellenstructur zu erkennen. Diese scheint aber, sowohl was das Haar betrifft, als seine Scheiden, auf höherer Stufe der Degeneration deutlich ausgeprägt, und ich halte eben die Fig. 5. aus der Geschwulstmasse selbst nur für ein Bild des wuchernden Keimsäckchens sammt Wurzelscheide.

Nachdem sich in dem vorliegenden Falle der Haarkeim, das Haar selbst und der Haarbalg so entschieden und mannigfaltig krank gefunden haben, stehe ich nicht an, die ganze Geschwulstmasse für eine Degeneration dieses Ursprungs zu halten. Sie besteht einmal in Obliteration des Follikels mit Ausstossung oder Sequestrirung des alten Haares; sodann und hauptsächlich darin, dass der Haarkeim nach abwärts in die Tiefe auswächst, den Haarbalg früher oder später durchbricht und sammt den Wurzelscheiden in die Weichtheile sich hineinzieht und verästelt. Bleibt der Haarbalg nach der Oberfläche offen, so tritt nach Ausstossung des alten Haares eine Wucherung und zellige Zersplitterung des nachwachsenden jungen Haares ein, wodurch zugleich der Follikel ausgedehnt und die Nachbartheile durch Compression mehr oder weniger atrophisch werden. Uebrigens sind nicht alle Haarwurzeln ergriffen, sondern auch in der erkrankten Hautstelle bemerkt man hie und da noch ein gesundes Haar.

Ein Umstand, welcher dieser Bestimmung der Geschwulst entgegenzustehen scheint, ist die ausdrückliche Angabe des Kranken, dass die Affection auf dem Lippensaum, auf der Schleimhaut zuerst sich gezeigt habe. Es bleibt in diesem Falle nichts übrig, als anzunehmen, dass sich das schwielige Knötchen der Lippe, sobald es die äussere Haut erreichte, vorzugsweise auf die Haarfollikel fortgesetzt habe. Es ist mehr als wahrscheinlich, und neuerdings noch von Schuh hervorgehoben, dass die Epithelialgeschwülste der Unterlippe sehr häufig nur eine äussere, mechanische oder chemische Veranlassung haben. Es ist für den Lippenkrebs der Druck und das Kleben der kurzen Pfeifen, wie für die Aneurysmen der Kniekehle die Erschütterungen der altmodigen hohen Kutscherböcke noch immer eine Tradition in Ehren. Welches aber auch die Ursache sei, auf jede anhaltend locale Reizung entsteht zunächst eine oberflächliche Auflagerung von Epithelium, eine Verdickung des Lippensaumes mit nachfolgender Verschorfung und Excoriation. Ihr Fortschreiten, ihre fernere Gestaltung scheint wieder von besonderen Umständen abzuhängen. Am häufigsten werden die Papillen durch fortgesetzte Reizung hypertrophisch. Durch Verdickung der Oberhaut und vermehrte Turgescenz der Cutis können aber auch die Drüsen der Haut durch mechanischen Verschluss ihrer Ausführungsgänge, oder durch Fortpflanzung der Irritation der auserlesene Sitz des Processes werden. Es liegt nahe, dass gerade diese Gegend auch durch Behandlung des Bartes vielfältigen Misshandlungen ausgesetzt ist, wie es denn Leute giebt, die, so oft sie sich rasirt haben, von einem schmerzhaften Erythem befallen werden und an einer beständigen Rauhigkeit und Abschuppung der Epidermis leiden. Namentlich mögen aber bei Landleuten derartige Schädlichkeiten einwirken, und es können deshalb Krankheiten, welche von den Haarbälgen ausgehen, nicht gerade überraschen.

Schon aus der vorausgehenden Darstellung leuchtet ein, dass die Epithelialgeschwülste, und zwar zunächst die der Lippe, nicht immer einerlei Sitz und Bildung haben. Was man so nennt, ist eine Collectivbezeichnung, die vorläufig nur den eigentlichen Krebs der Haut ausgeschlossen hat; sie selbst umfasst noch wieder 4 Arten, von denen

1) die Hypertrophie der Papillen wohl die häufigste ist. Sie ist immer mit ausgebreiteter Wucherung und Verdickung der ganzen Epidermidalschicht verbunden, und erzeugt aus der Tiefe immer neue, nachwachsende junge Papillen, welche sich zwischen die alten einschieben, während die übrigen Organe der Cutis mehr oder weniger atrophiren. Die vorspringenden dicken Zapfen und der pallisadenförmige Bau sind wenigstens an der Rindenschicht und auch in der Basis der grubigen Ulcerationsflächen immer leicht zu erkennen.

2) Die Hypertrophie und Verschwärung der Hautfollikel und übrigen drüsigen Organe der Haut. Sie breiten sich vorzugsweise in die Tiefe aus, erweitern sich und treiben acinöse Verlängerungen, während sie die Papillen, die Haarbälge und den Panniculus verdrängen. Endlich tritt Entzündung und Verschwärung hinzu, welche excentrisch in halbkreisförmigen, tief greifenden Geschwüren fortschreitet. Ich habe diese Degeneration an den Lippen nicht verfolgt, wohl aber als sogenannten Markschwamm der behaarten Kopfhaut gesehen. Lebert und Rouget gaben neuerdings eine ausführliche und gerade in diagnostisch-morphologischer Beziehung werthvolle Auseinandersetzung dieses Vorganges (Gaz. méd. de Paris 28. Sept. 1850).

3) Die Hypertrophie der zusammengesetzten Lippendrüsen (Schleimdrüsen). Sie ist verhältnissmässig selten, doch habe ich Zeichnungen und Notizen, nach denen ich sie mit Bestimmtheit gesehen und verfolgt habe.

4) Die Wucherung und Verbildung der Haarwurzeln und ihrer Hüllen, wie ich sie nach dem vorliegenden Falle beschrieben habe. Dass sich die Degeneration ausschliesslich hierauf beschränkte, behaupte ich nicht. In einzelnen Objecten sogar, und zwar aus den hervorragenden Knoten der Geschwulstmasse selbst, sah ich nahe der Oberfläche schlauchartige Convolute, blindsackige Verästelungen, deren Bedeutung mir nicht klar geworden ist. Da die Schweiss- und Talgdrüsen, wo sie vorhanden waren, ganz andere Veränderungen zeigten und ein Uebergang sich nicht ermitteln liess, so konnten sie ihnen nicht wohl angehören. Mitunter sahen sie colossalen Haargefässwindungen ähnlich, doch ihre Anhäufung an einzelne Punkte, ihre Textur, welche bald in einer structurlosen Membran, bald in einer feinzelligen Hülle aus Pflasterepithelien bestand, ihre grosse Renitenz, endlich ihr Vorkommen in der Nähe von Haarbälgen, mit denen sie oft selbst anatomisch in Verbindung zu stehen schienen, spricht wenigstens im Allgemeinen gegen die Annahme, dass es nur Gefässerweiterung gewesen sei. Die einzige morphologische Veränderung demnach, welche ich mit Sicherheit habe verfolgen können, besteht in der Degeneration der Haarzwiebeln. Auch diese ist in ihren einzelnen Stufen nicht ohne Mühe aufzufinden; wenn man aber eine Epithelialge-

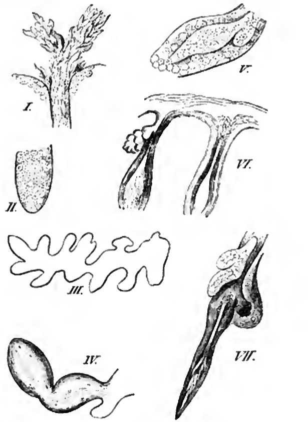
schwulst der Unterlippe vor sich hat, welche die mit blossem Auge leicht erkennbare keulen- und zapfenförmige Hervortreibung der Papillen nicht zeigt, von deren Durchschnitt man weissliche, fingerförmig verzweigte Fäden hervorheben kann, welche die ganze Masse durchwachsen und mikroskopisch als solide, knotig geschwellte Röhrchen erscheinen, so ist die Diagnose, glaube ich, gesichert. Findet man ausserdem entartete Haare, die Lippenschleimhaut frei, die Hautdrüschen atrophisch oder nur mechanisch auseinander gesprengt und durch Stauung ihres Inhaltes leicht geschwellt, so sind dies Wahrzeichen mehr.

In dieser Weise ist es möglich und, wie ich glaube gegründet, den Epithelialkrebs in verschiedene Formen anatomisch zu sondern. In praktischer Beziehung mag dies gleichgültig sein, wenn auch die drüsige Entartung tiefer zu greifen scheint, und wie der Fall von Rouget zeigt, in die Knochen selbst sich einnistet. Will man chirurgisch einen solchen Unterschied treffen, dann möchte die Sonderung in eine acinöse und eine papilläre Form gerechtfertigt sein, nur muss man einen anderen Sinn damit verbinden, als Schuh (Prag. Vierteljahrsschr. Bd. I. d. J.) gethan hat. Dieser bezeichnet als acinöse Species diejenige Form, in welcher mikroskopisch sich reichlich Epithelialnester und Bruträume finden, dagegen als warzenähnlichen Krebs die Form, welche in Gestalt von Papillen, kurzen Säulchen oder langen Zotten erscheint. Ein solcher Unterschied ist rein formell, der äusseren Erscheinung entnommen, und ausserdem in Wahrheit nicht begründet; denn die papilläre Wucherung ist an Hohlräumen ebenso reich, als diejenige, welche die Drüsen oder Epithelialdecke allein befällt. Die Bildung von Hohlräumen ist das Mittel der Unterscheidung des Cancroids, dieser Form von einfachen Warzen, spitzen Condylomen u. s. w. (Vergl. Virchow Verhandl. der med. phys. G. zu Würzb. I. 106.) Ausserdem kommen diese Nester, — von Schuh acini genannt, — überall vor, wo eine Epithelialwucherung locker geschichtet ist, selbst inmitten des grützigen Inhaltes von Atheromen; sie finden sich aber auch in dem harten Gefüge der *Cornua humana;* sie sind weder charakteristisch für das Cancroid im Allgemeinen, noch können sie zur Aufstellung bestimmter Formen dienen. Sie kommen an den Lippen, wahrscheinlich von aussen her eindringend, in der Axe und im Centrum der Papillen vor, erweitern sich hier und verschmelzen mit einander, während in ihrem Innern die Losstossung junger Epithelien fortdauert. Es entstehen so innerhalb der Zapfen Höhlen mit grauröthlichem, scheinbar erweichtem Inhalt — kleine Balggeschwülste, welche endlich nach aussen aufbrechen und ein tiefes, sinuöses, von der verdickten Wand der Papille noch umgebenes Ulcus abgeben. Will man eine acinöse und eine papilläre Form des Epithelialkrebs unterscheiden, so muss man sie auf die befallenen Organe beziehen, und für die drüsige Form kann man dann auch behaupten, dass die von Schuh sogenannten Acini in diesem Fall nicht selten wirkliche Durchschnitte verlängerter Drüsenschläuche und von faseriger Hülle umgeben sind, oder als reine Epithelialnester durch blindsackige Ausstülpung der inneren Drüsenhaut gebildet sind.

Von dem Patienten unseres Falles habe ich auch die Geschwulst untersucht, welche durch die erste Operation entfernt wurde. Ich begnügte mich damals, sie als Cancroid zu constatiren. Ein besonderer Zufall, oder vielmehr die glückliche Divination von Prof. Langenbeck, der in dieser Geschwulst nicht das gewöhnliche Lippencancroid erkennen wollte, veranlasste mich das Recidiv genauer und nachhaltig zu untersuchen, wodurch ich denn zur Erkenntniss der mitgetheilten Veränderungen kam. Ich bin überzeugt, dass diese Degeneration, ausgehend von der Haarzwiebel, nicht so ganz selten ist, und habe deshalb nicht vermieden, trotz der Längen, ausführlich meinen Befund mitzutheilen.

Es ist seit dieser Untersuchung geraume Zeit verflossen, und die Beobachtung zu einem Abschlusse gediehen. Die Krankheit freilich spielt noch fort. Im Laufe der Heilung und der Nachoperationen hat sich bei dem Patienten abermals und hartnäckig an Ort und Stelle ein Recidiv eingefunden. Interessant ist es nun, den ersten Beginn zu beobachten, und das Uebel in seiner ersten wahrnehmbaren Gestalt sich entwickeln zu sehen. In der Umgebung der Narbe erheben sich schon einzelne grössere, röthlich durchscheinende Knoten. Entfernt davon und von einander getrennt zeigen sich einzelne, stecknadelknopfgrosse Auswüchse, die von jungen Warzen nur durch ihre glatte, weiche Oberfläche sich unterscheiden. Die übrige Haut der Oberlippe, deren Schleimhaut völlig intact ist, erscheint vorzüglich an ihrem unteren Rande oberflächlich übersäet mit dichtstehenden weissen Flecken von rundlicher Form, in deren Mitte ein dunkleres Stigma sich befindet, aus dem oft ein dünnes, blasses Haar hervortritt. Mit der Loupe erkennt man deutlich, wie überall die einzelnen Haarfollikel befallen sind; die infiltrirte Wandung umgieht als weisslich ringförmiger Halo den dunkleren, gelblichen Ausführungsgang, wodurch die Haut das gesprenkelte Aussehen bekommt. Meist sind die Haare ausgefallen, die übrigen sehr fein und wenig gefärbt; manchmal treten isolirt zwei Haare aus einem Follikel. Ohne den weiteren Verlauf abzuwarten, möchte man die Affection für ein Exanthem eigenthümlicher Art halten, bei dem die Dicke der Lippe mehr oder weniger geschwollen und infiltrirt ist. Die ausgezogenen Härchen fanden sich entweder völlig atrophisch und unreif abgestossen, oder sie wurden noch sammt der Zwiebel herausgezogen und erschienen entartet. Die Wurzelscheiden waren breit und weich, die Haarzwiebel ungemein verlängert, mit varicösen Erweiterungen und Einschnürungen. Das ganze Haar verhielt sich fast embryonal: farblos, der Schaft wenig gefasert, die Markhöhle nur leicht angedeutet, die Zwiebel völlig geschlossen, aus einem einfachen Zellenlager bestehend, ohne Spur einer Papille auf ihrem Grunde.

So trägt denn auch dies Recidiv zur Vervollständigung der Untersuchung bei, und macht es möglich, die Affection im Leben zu erkennen. Ein solcher Zusammenhang kann aber auch vorzüglich beim Beginn des Uebels nicht ohne Einfluss auf die einzuschlagende Behandlung bleiben. Sollte der Fall in dieser Beziehung noch etwas ergeben, so werden wir den Verfolg mittheilen.



I. An der Oberfläche der Haut hervorragende Epithelialbüschel (zersplittertes Haar).
II. In die Tiefe dringende, papillenähnliche Epithelialcylinder.
III. Tracheenartige Ausbreitung von Röhrchen, welche die Geschwulst durchsetzten. (Diagramm. Hälfte natürlicher Grösse.)
IV (600 ×). Abschnitt derselben, mit deutlich faseriger Membran.
V. Längsdurchschnitt mit Epithelialauskleidung (möglicher Weise die Wurzelscheide eines Haares mit dem gleichfalls verlängerten Keimsäckchen).
VI (200 ×). VII (350 ×). Erkrankung des Haares und seiner Wurzel (VII wächst mit gleichzeitiger Zerfaserung nach einwärts).

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Dem Bat.-Arzte Dr. Bergbauer vom 4. Inf.-Reg. das silberne Militär-Sanitäts-Ehrenzeichen.

Oesterreich. Dem Prof. an der technischen Lehranstalt zu Brünn, Med. Dr. F. Kolenati, das Ritterkreuz des k. sächs. Albrecht-Ordens; dem Unterarzte P. Antony vom 18. Inf.-Reg. das silberne Verdienstkreuz mit der Krone.

Preussen. Professor Dr. Romberg in Berlin ist zum Geheimen Medicinalrathe und der Sanitätsrath und Kreisphysikus Dr. Eitner in

Ohlau zum Regierungs- und Medicinalrathe bei der Regierung in Oppeln ernannt worden. Der Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jüngken ist zum Dekan der hiesigen medicinischen Facultät erwählt worden. Dem Dr. Lange, dirigirenden Arzte des städtischen Krankenhauses zu Königsberg, dem Med.-Assessor Apotheker Dähne in Posen, dem Garnison-Stabsarzte Dr. Schulz in Pillau, den Oberärzten Müller und Hartwig, und dem Ober-Wundarzte Ramschüssel in Trakehnen der Rothe Adler-Orden 4. Kl., sowie dem Stadtwundarzte Gerner in Osterode und den Unterärzten Gehrs und Bock das Allgemeine Ehrenzeichen.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt: Dr. Ehrensberger zum Unterarzte bei der Commandantschaft München. Versetzt: Dr. Buchhofer, prakt. Arzt in Neukirchen, nach Tilling.

Freie Städte. Dr. Hoffmann, prakt. Arzt in Frankfurt a. M., ist zum Arzte des Irrenhauses daselbst ernannt worden.

Nassau. Versetzt: Med.-Access. Dr. Trägel von Wehen nach Reichelsheim.

Oesterreich. Ernannt: Kreisarzt Dr. Chrobak in Troppau zum Kreis-Med.-Rath für das Kronland Schlesien; zu Bezirksärzten: die DD. E. Czeike, Stadtgerichtsarzt in Troppau, F. Kubin, Berg- u. Hüttenarzt in Freudenthal, V. Röckel, substit. Kreisarzt in Teschen, Oehl, prov. Bezirksarzt in Jägerndorf, Wondraczek, Stadtphysikus in Weidenau, Passagnoli, k. k. Oberarzt, und D. Stahala. Kreisarzt Dr. L. v. Nagy in Laibach zum Kreis-Med.-Rath für das Krouland Krain; zu Bezirksärzten: Kreisarzt Dr. Vessel, die Districtsärzte DD. Bakesch, Napreth, Zoff, Potornik, Müller, Papesch, Zbesnik, die prakt. Aerzte DD. Edeskuty u. Beschek. Zu Kreis-Med.-Räthen im Kronland Steyermark: die Kreisärzte DD. v. Vest für Gratz, Verle für Bruck a. d. Mur, Dolar für Marburg; zu Bezirksärzten: die Kreisärzte DD. Kicker und Tschesnig, bisher. Bezirksarzt Dr. v. Stur, die Districtsärzte DD. Pilz, Adler, v. Haydegg, Jenko, Macher, Mezler v. Andelberg, Friedrich, v. Scherer, Steiner, Kotschevar, Waltner, Dettelbach, Senior, die prakt. Aerzte DD. Gubatta, Streinz und Tengler.

Preussen. Versetzt: Kreisphysikus Dr. Jehn zu Beckum in den Kreis Hamm und Kreiswundarzt Münzer zu Grottkau in den Kreis Namslau. Niederlassungen: Die prakt. Aerzte DD. A. A. Levi, Badt, Franque, Göschen, S. Schlesinger und Natanson, sowie der Zahnarzt Bock haben sich in Berlin und der prakt. Arzt, Operateur und Geburtshelfer Dr. W. A. Sack in Bonn niedergelassen. Der Thierarzt 1. Kl. Grünberg ist von Sellnow nach Lippehne gezogen.

Würtemberg. Befördert: Unteramtsarzt Dr. Manrer in Löwenstein zum Oberamtsarzt in Weinsberg. Ernannt: Dr. Finkh in Urach zum Oberamtsarzte daselbst; Unterarzt Dr. Walser in Roth zum Oberamtsarzte in Leutkirch.

Todesfälle. Baiern. DD. Fröhlich, prakt. Arzt in Mainburg; Lang, quiesc. Stadtphysikus in Dinkelsbühl, 77 J.; A. Arnold, Reg.-Arzt im Invalidenhause zu Fürstenfeld.

Hannover. Hofrath u. Stadtphys. Dr. Münchmeyer in Lüneburg.

Oesterreich. Dr. Reyer, Secundararzt im allgemeinen Krankenhause zu Wien; Dr. Kovacs in Pesth, 89 J.; Dr. Baratta in Mailand.

Preussen. Kreiswundarzt Dubois in Mühlheim a. Rh.; Wundarzt Künnen in Wesel.

Sachsen. Dr. Kretschmar in Dresden, Reg.-Arzt a. D.

Würtemberg. Stabsarzt v. Koch zu Heilbronn, 71 J. alt.

Frankreich. Dr. Baudelocque, Arzt beim Kinderspitale und einer der ersten Geburtshelfer in Paris.

Russland. Staatsrath Dr. Hunnius in Hapsal; Dr. Schöler, prakt. Arzt in Pernau.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes.

12. Specielle Pathologie und Therapie.

a. Krankheiten des Nervensystems.

(S. No. 20.)

Aldis, Fall von Paralyse der rechten und Chorea der linken Seite. Med. Times, März.
— Ueber einen Fall von Paralyse und Chorea. Lancet, Febr.
v. Basedow, Melkerkrampf. Casper's Wochenschr. 32.
— Stabilitätsneurose. Ibid. 33.
Browne, Fälle von Chorea, erfolgreiche Behandlung derselben mit kohlensaurem Eisenoxydul. Prov. Journ., März.
Cabaret, *Neuralgia lumbo-abdominalis* in Folge eines Neuroms. Gaz. méd. de Montp. 12.
Cerise, Briefe über Neurosen. L'Union 22. 40. 47.
Cruveilhier, Ueber Para-Hemiplegie. Gaz. des hôp. 17.
Desterne, Ueber die Wirkungen des Katheterismus der Paukenhöhle bei Neuralgien. L'Union 45. 46.
Fauconneau-Dufresne, Neue Beweise für die Existenz einer Leberneuralgie. L'Union 52.
Fleury, Alte hartnäckige Ischias durch kalte Douchen und starken Schweiss geheilt. Ibid. 22.
Fux, Starrkrampf und Aethernarkose. Ungar. Zeitschr. I. 33.
Gaussail, Ueber die Beziehungen der Chorea zum Rheumatismus und zu Herzkrankheiten. Journ. de Toul., April.
Günsburg, Bemerkungen über *Delir. potatorum.* Dessen Ztschr. II. 4.
— Blasenwürmer des Gehirns. Ibid. IV. 4.
Guibout, Ueber Hepatalgie. L'Union 38. 39.
Harle, Seltener Fall von Apoplexie. Lancet, Febr.
Hann, Klonische Krämpfe in einzelnen antagonistischen Muskeln der Arme. Pr. Vereins-Ztg. 19.
Heyfelder, Ueber das *Delirium nervosum* nach Operationen und Verwundungen. Vierordt's Archiv, 3. Heft.
Helfft, Von der fortschreitenden Muskelatrophie mit Immobilität. Deutsche Klinik 15.
Hoffmann, Organische Gehirnkrankheiten der Irren. Günsburg's Zeitschr. II. 3.
Keateven, Ueber Cerebralgeschwülste. Lond Gaz., April.
Lange, Drei Fälle von organischer Gehirnkrankheit. Med. Centr.-Ztg. 40.
Meningitis, Behandlung derselben durch wiederholte Aderlässe. Gaz. des hôp. 19.
Molas, Beobachtungen über Chorea. Journ. de Toul., April.
Radcliffe, Ueber convulsive Krankheiten. Med. Times, März.
Rau, Chorea. Casper's Wochenschr. 29.
Rawitz, Pathologische Beobachtungen. Ibid. 28. 29.
Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. 2. Aufl. Berlin.
Sandras, Allgemeine Paralyse. L'Union 37.
Sémanas, Betrachtungen über die Seekrankheit. Gaz. de Paris 6.
Servais, Fall von acuter Encephalitis. Presse méd. 18.
Stäger, *Arachnitis purulenta.* Rigaer Beitr. I. 2.
Vogel, Fälle von *Meningitis spinalis.* Deutsche Klinik 23. 24. 28.
Zipperle, Ueber Spinalirritation und ihre Behandlung mit Chinin nach der endermatischen Methode. Nordam. Monatsschr., Jan.

Sonnabend, № 35. 30. August 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Geh. Med.-Rath Professor Dr. B. Langenbeck in Berlin.

Von

Dr. Wagner, Assistenz-Arzt.

Neurom des *N. ulnaris*. Exstirpation. Obliteration der Lymphgefässe (?) auf dem Rücken des Penis. Exstirpation der dadurch gebildeten Geschwulst. Heilung.

C. K., ein Knabe von 15 Jahren, war bis in sein 6. Jahr vollkommen gesund. Dann entstanden vorübergehende Anschwellungen der Lymphdrüsen in der Unterkiefergegend, und gleichzeitig bildeten sich an dem Rücken des Penis und am Perinäum kleine harte, nicht schmerzhafte Knötchen, welche seitdem in stetigem langsamem Wachsthum begriffen, einander sehr nahe gerückt und mit einander verschmolzen sind. Die dadurch gebildete Geschwulst hat, ausser Unbequemlichkeit beim Sitzen und Gehen, den Kranken nicht belästigt. Eine ohne bekannte Veranlassung allmälig entstandene Phimose wurde operirt.

Vor etwa 3 Jahren zeigte sich eine kleine verschiebbare Anschwellung in der linken Achselhöhle, die nur bei erhobenem Arme fühlbar war, bei gesenktem Arme verschwand, allmälig wuchs, aber bis vor einem halben Jahre keinerlei Beschwerden verursachte. Da bemerkte der Knabe, dass Druck auf die damals etwa hühnereigrosse Geschwulst schmerzhaft sei, und dass sich die Schmerzen längs der innern Seite des Armes bis in die Finger erstreckten. Spontan sind die Schmerzen nie aufgetreten.

Am 3. Juli d. J., dem Tage des Eintritts des Pat. in die Klinik, fand sich hinter dem vom *Musc. pectoralis maj.* gebildeten vordern Rande der Achselhöhle eine etwa gänseeigrosse, gleichmässig harte Geschwulst von glatter Oberfläche. Dieselbe lag mit ihrem Längsdurchmesser in dem Längsdurchmesser der Achselhöhle, war leicht unter der normalen Haut verschiebbar, zeigte an keiner Stelle Fluctuation oder Pulsation. Das angelegte Ohr vernahm keinerlei Geräusch in derselben. Druck war äusserst schmerzhaft; die Schmerzen schossen nach der Aussage des Kranken längs der Volarseite des ganzen Armes herab und erstreckten sich durch den Handteller in den Daumen und Zeigefinger, besonders heftig aber in den Mittelfinger. Theils durch die heftigen Schmerzen bei Bewegungen, welche die Geschwulst einem Druck aussetzten, theils durch die Grösse und den Sitz derselben war der Kranke sehr gequält und an dem freien Gebrauch des Armes sehr behindert.

Unter der stark pigmentirten Haut des Rumpfes fanden sich viele kirschen- bis bohnengrosse, festweiche, leicht verschiebbare, glatte, bei Druck nicht schmerzhafte Geschwülste. In der Mitte der sie bedeckenden Haut sah man bei mehreren ein schwarzes vertieftes Pünktchen: Druck auf die Geschwulst entleerte nichts aus derselben. Ausserdem sind eine grosse Menge theils erbsengrosser Knötchen, theils regenwurmförmiger, etwa $\frac{1}{4}$ Zoll langer, harter, leicht verschiebbarer, nicht schmerzhafter Stränge über den ganzen Rumpf, besonders die unteren Partien der Bauchdecken, zerstreut.

Der Schaamberg ist mit dichten starken Haaren besetzt. Der Penis ist im Zustande der Erschlaffung von der Grösse eines starken erigirten Penis eines Erwachsenen. Die ihn umgebende Haut ist verdickt, teigig anzufühlen. Die Eichel ist nicht bedeckt, von der dem Alter des Knaben entsprechenden normalen Grösse. Die *Corona glandis* ist verwischt, geht unmittelbar in die dicke Haut des Penis über. Auf der Rückenfläche des Penis fühlt man unter der Haut ein die ganze Fläche einnehmendes, etwa $\frac{1}{2}$ Zoll dickes Packet vielfach gewundener, regenwurmstarker, harter Stränge, welche, unter einander wenig beweglich, in ihrer Totalität unter der Haut ziemlich leicht verschiebbar sind. Von

Feuilleton.

Aus Nordamerika.

Auch unter den Deutschen in Nordamerika rührt sich mehr und mehr der wissenschaftliche Geist und dadurch bedingt der Wunsch und das Bedürfniss nach Austausch der Ideen in der Schrift. So haben seit Mitte des vorigen Jahres zwei ausgezeichnete Aerzte, Dr. Keller, vielen jüngeren Collegen wohl aus der Gesellschaft deutscher Aerzte in Paris noch erinnerlich und bekannt, und Dr. Tiedemann, der aus politischen Rücksichten sein Vaterland Baden verlassen musste, in Philadelphia ein medicinisches Blatt gegründet:

Nordamerikanischer Monatsbericht für Natur- und Heilkunde, redigirt von Dr. W. Keller und Dr. H. Tiedemann, unter Mitwirkung mehrerer Aerzte. Verlag von John Weik's Buchhandlung.

In Deutschland ist diese schätzenswerthe Zeitschrift, die theils Originalien aus der Feder nordamerikanischer Aerzte, darunter äusserst gediegene der Redactoren, theils Auszüge aus europäischen Zeitungen bringt, durch die Buchhandlung von E. F. Steinacker in Leipzig zu beziehen, und fordert der Verleger alle medicinische, pharmaceutische und naturwissenschaftliche Journale, die gegen den nordamerikanischen Monatsbericht tauschen wollen, auf, sich in Deutschland deshalb an diese Handlung zu wenden. Seit dem März dieses Jahres ist der Verlag in die Hände des Hrn. Christern übergegangen. Der Preis des Jahrgangs beträgt 4 Shill., und das Heft bietet in sehr guter Ausstattung 3 Bogen grossen Octavformats. Am Ende jedes Heftes bringt die Zeitung Miscellen, von denen manche auch für die deutschen Auswanderer von Interesse sind, so z. B. die folgende:

Bericht der Sanitäts-Commission von Massachusetts. 1850. 544 Seiten. 8. — Aus einer Vergleichung der Berichte von den Landdistricten von Massachusetts der letzten 7 Jahre mit den Sterbelisten von Boston der letzten 10 Jahre geht hervor, dass auf dem Lande der Sommer, in der Stadt der Herbst gesünder ist, und dass in der Stadt im August und September die meisten sterben wegen grösseren Vorherrschens von Krankheiten der Verdauungsorgane, auf dem Lande dagegen auf September und October die meisten Sterbefälle wegen grösseren Vorherrschens von Fieber kommen.

der Glans aus fühlt man unter dem Packet deutlich den Anfang der nicht veränderten, normal grossen *Corpora cavernosa penis.* Das *Corp. cavernos. urethrae* ist seiner ganzen Länge nach durch die verdickte Haut des Penis undeutlich durchzufühlen. Das Harnlassen ist nicht behindert.

Von der hintern Fläche des sonst normalen Hodensackes, in welchem sich normale Hoden befinden, zieht sich unter verdickter und schwärzlich braun pigmentirter Haut eine mässig feste, teigig anzufühlende, sackförmig herabhängende, gleichmässige Masse über den Damm nach der rechten Gesässfalte hinab, verwischt dieselbe und geht über sie noch einige Zoll nach der rechten Gesässhälfte hinauf, sowie etwa zwei Hände breit an der innern und hintern Fläche des Oberschenkels rechterseits hinab. Die Masse ist in ihrer grössten Dicke etwa 3 Zoll stark und flacht sich nach der Peripherie zu allmälig ab, um unter normaler Haut zu verstreichen. Die Haut scheint mit der Masse verwachsen, ist mit ihr leicht beweglich. Das Ganze erinnert lebhaft an den Fettsteiss der in Persien, China und den Steppen des südlichen Russlands vorkommenden Schafe. Der Knabe hat davon nur Unbequemlichkeit beim Gehen und Sitzen, welche bei dem allmäligen Wachsen der Masse etwas zugenommen hat. Er ist für sein Alter ziemlich gut entwickelt, mässig gut genährt, alle seine Functionen sind normal; die Geschlechtsreife scheint nach den Antworten des Pat. auf darauf bezügliche Fragen noch nicht vollkommen zu sein; seine Stimme ist eine durchaus kindliche.

Die Entfernung der Geschwulst in der Achselhöhle wurde am dringendsten gewünscht. Die Diagnose konnte nach dem angegebenen Befunde nur auf dem Gebiete der Neubildungen schwanken, und von diesem mit höchster Wahrscheinlichkeit Krebs und Tuberkel (der Lymphdrüsen) ausschliessen. Man musste annehmen, dass die Geschwulst mit dem *N. medianus* in solcher Berührung sei, dass Druck auf dieselbe sich dem Nerven sogleich mittheile, und konnte dann an eine Hypertrophie der Lymphdrüsen denken. Man konnte dies um so eher, als die Geschwulst auf dem Rücken des Penis wahrscheinlich auch auf einer krankhaften Veränderung der Lymphgefässe beruhte, wurde aber doch durch die physikalische Beschaffenheit der Geschwulst in der Achselhöhle und das seltene Vorkommen von Hypertrophie nur einer Lymphdrüse vielmehr darauf geführt, anzunehmen, dass die Geschwulst von fibröser Textur sei, dass sie dem *N. medianus* entweder unmittelbar anliege, oder dass das Neurilem selbst vielleicht den Sitz derselben abgebe und sie den sogenannten Neuromen zugezählt werden müsse. Wenn sich dies bestätigte, so konnte es zur Exstirpation nothwendig werden, den *N. medianus* ober- und unterhalb der Geschwulst zu durchschneiden, und dann war zu fürchten, dass der Gebrauch des Armes vielleicht ein unvollkommnerer werden möchte, als vor der Operation. Nur dann durfte man hoffen, den Nerven schonen zu können, wenn derselbe in der Geschwulst so eingebettet lag, dass man ihn aus derselben wie aus einer Kapsel herausschälen konnte, oder wenn nur einzelne Fasern des Stammes in die Geschwulst hineingezogen waren, der Hauptstamm jedoch an der Peripherie der Geschwulst verlief. Einen Fall der ersten Art, welcher den *N. peronaeus* betraf, hat Bonnet (Gaz. méd. de Paris 1850, No. 40) kurz beschrieben, einen anderen noch gesehen; Fälle der zweiten Art sind, wie bekannt, nicht sehr selten.

Der Kranke scheute die schlimmste Eventualität nicht, um von seinen Schmerzen befreit zu werden, und die Operation wurde am 3. Juli in der Klinik vorgenommen.

Nachdem die Chloroformnarkose vollständig eingetreten war, wurde die Haut über der Geschwulst nach dem Längsdurchmesser derselben gespalten und möglichst abpräparirt. Nachdem die Geschwulst in ihrem grössten Umfange freigelegt worden, sieht man einen starken Nerven in sie hinein- und aus ihr heraustreten; der Versuch, denselben auszuschälen oder über die Geschwulst hinweg zu verfolgen, misslingt, und die Durchschneidung des Stammes muss gemacht werden. Zuckungen in Muskeln des Armes sind dabei nicht zu bemerken; Schmerz wird bei der vollkommenen Narkose nicht geäussert. Eine grosse Vene muss bei der Entfernung der Geschwulst umstochen, unterbunden und durchschnitten werden; andere Nervenstämme oder die *A. axillaris* kommen nicht zum Vorschein; zahlreiche kleinere und grössere Arterienäste werden jedoch durchschnitten und unterbunden. Die Wundhöhle wird locker mit Charpie gefüllt und ein leichter Compressivverband angelegt.

Nachdem Pat. aus der Chloroformnarkose erwacht, ist die Bewegung der Finger und des Vorderarmes vollkommen frei; Anästhesie an der Ulnarseite der Hand, des vierten Fingers und an dem fünften Finger vorhanden. Kein Zweifel, dass der *N. ulnaris* durchschnitten, dass der *N. medianus* intact war. Hatte Pat. nun die Gegend, nach welcher der Schmerz von der Geschwulst ausstrahlte, irrthümlich angegeben, oder wie soll man es erklären, dass er das Gebiet des *N. medianus* als schmerzhaft bezeichnete, während der *N. ulnaris* durch die Geschwulst afficirt war? Kann man annehmen, dass das Neurom an der Stelle des gemeinschaftlichen Ursprunges der innern Wurzel des *N. medianus,* des *N. ulnaris* und *N. cutaneus brachii med.* gesessen, und dass die Anästhesie sich in dem Bereiche des durchschnittenen *N. ulnaris* gezeigt, während der *N. medianus* durch seinen äusseren Wurzelstrang noch mit dem Centralorgane in Verbindung stand? Anästhesie im Bereich des *N. cutaneus brachii med.* war nicht bemerkbar. Sie ist vielleicht schwer zu ermitteln, da die anderen Hautnerven vielfache Zweige auch in das Gebiet des *N. cutan. med.* entsenden, giebt sich doch aber oft deutlich genug zu erkennen, wenn nur kleinere Aeste des Nerven bei dem Aderlass an der *Vena mediana basilica* verletzt sind. Ausserdem war in dem Bereiche des *N. medianus* keine Spur einer Veränderung, weder der Sensibilität, noch der Motilität, zu entdecken, was doch hätte der Fall sein müssen, wenn mit der Durchschneidung der einen Wurzel etwa in der Hälfte der Fasern die Verbindung mit dem Centralorgan unterbrochen wäre. Ferner musste es auffallen, dass, wäre der Sitz der Geschwulst der bezeichnete gewesen, bei der Exstirpation derselben die zwischen den beiden Wurzeln des *N. medianus* liegende *A. axillaris* nicht zum Vorschein gekommen war. — Wenn man weiter annehmen wollte, dass die Geschwulst so in der Nähe des *N. medianus* gelegen, dass schon leiser Druck der Geschwulst sich auf den Nerven fortgepflanzt habe, so wird auch dies dadurch unwahrscheinlich, dass man in der Operationswunde keinen andern Nervenstamm, als den durchschnittenen, zu Gesicht bekommen hatte. Es bleibt also nur übrig, entweder an eine irrthümliche Angabe des Pat. zu glauben, oder die Schmerzen im Bereich des *N. medianus* als Mitempfindungen zu erklären.

Nachdem während einiger Tage nach der Operation ziemlich lebhaftes Fieber bestanden hatte, dasselbe dann vollständig verschwunden war, geht unter guter, mässig reichlicher Eiterung und üppiger Granulationsbildung der Verschluss und die Benarbung der Wunde schnell von Statten. Kein unangenehmes Ereigniss stört den Verlauf der Heilung; ödematöse Anschwellung des Armes, welche nach Umstechung und Unterbindung der grossen Vene in der Achselhöhle zu erwarten war, trat nicht auf. Am 19. Juli ist Pat. vollkommen hergestellt.

Die exstirpirte Geschwulst hat ungefähr die Grösse und Gestalt eines Gänseeies. Sie ist von einer starken fibrösen Hülle umgeben,

---

In der Stadt scheinen mehr an Epidemien und an Krankheiten der Verdauungs- und Geschlechtsorgane, auf dem Lande mehr an Lungenkrankheiten und an Altersschwäche zu sterben.

Eine Zusammenstellung aller Todesfälle von Männern, die über 20 Jahre alt, aus den 7jährigen Landberichten von Massachusetts, giebt für die verschiedenen Erwerbszweige folgendes Durchschnittsalter. Bei:

	Jahre.		Jahre.
4737 Landbauern	64,89	55 Advocaten	55,47
39 Hutmachern	58,79	137 Aerzten	55,00
110 Küfern	57,39	17 Papiermachern	44,29
287 Hufschmieden	54,49	902 Schuhmachern	43,41
213 Zimmerleuten	51,16	1609 Taglöhnern	42,79
323 Kaufleuten	50,73	1061 Seeleuten	42,47
65 Loh- u. Weissgerbern	49,90	110 Malern	42,36
135 Maurern	48,55	138 Fischern	41,63
213 Kleinkramern	46,79	115 Fabrikanten	40,48
46 Bäckern	46,69	73 Steinmetzen	44,46
81 Tischlern	44,80	34 Buchdruckern	36,91
114 Geistlichen	56,64		

Unter 10,000 Todesfällen starben an:

	Auf dem Lande.	In der Stadt.		Auf dem Lande.	In der Stadt.
Typhus	909	645	Wasserkopf	212	367
Lungenentzündung	441	634	Krebs	123	56
Schwindsucht	2389	1471	Zahnen	42	219
Darmentzündung	155	205	Schlagfluss	102	73
Cholera	52	281	Lähmung	166	79
Ruhr	420	370	Atrophie	36	201
Kolik	26	5	Schwäche	28	103
Keuchhusten	89	138	Nach Entbindung	104	151
Blattern	19	134	An Altersschwäche	768	246
Masern	73	228	Ertrunkene	142	84

Wünschen wir dem jungen Unternehmen, das unter so rüstigen Händen sein Leben begonnen, recht guten Fortgang, und möge es den wissenschaftlichen Verkehr zwischen Europa und Nordamerika recht lebhaft vermitteln!

welche durch spärliches, ziemlich straffes Bindegewebe angeheftet, sich ziemlich leicht von derselben loslösen lässt, und nirgend Septa in die Geschwulst einsenkt; sie ist fest, derb, ziemlich elastisch, fast nicht zerreisslich, auf dem Durchschnitt atlasglänzend, weissgelblich, ganz gleichmässig, ohne mit dem blossen Auge wahrzunehmendes faseriges Gefüge. Hier und da finden sich auf Durchschnitten in derselben stärker gelb gefärbte, leicht körnige Massen von weicherer Consistenz. Der etwa rabenkielstarke Nerv, welcher in der Nähe des einen Endes des Längsdurchmessers der Geschwulst eintritt, spaltet sich sofort in mehrere dünnere Aeste, von denen einige ihre Fasern strahlenförmig zerstreut und auf eine kurze Strecke mit blossem Auge wahrnehmbar in die Geschwulst einsenken, die meisten jedoch theils zwischen der fibrösen Hülle, zum Theil von derselben eingeschlossen, und der Geschwulst, theils in dem oberflächlichsten Theile der einen Hälfte der Geschwulst zu dem andern Ende des Längsdurchmessers derselben verlaufen, um daselbst in mehreren durch Bindegewebe locker zusammengehaltenen Stämmen wieder auszutreten. Unter dem Mikroskop zeigt der Haupttheil der Geschwulst eine amorph faserige Masse, hier und da dem Bindegewebe ähnliche deutlichere Faserzüge, welche vielfach einander kreuzen. Durch Behandlung mit Essigsäure wird die Masse hell und durchsichtig, und zahlreiche, theils nach der Richtung der Fasern, theils gruppenförmig zusammenliegende, zugespitzte Zellkerne kommen zum Vorschein. Die gelben feinkörnigen Massen an einzelnen Stellen der Geschwulst sind durch reichliche Ablagerung von Fettkörnchen ausgezeichnet, welche durch Aether verschwinden, während Fetttropfen von verschiedener Grösse zum Vorschein kommen. Nur in den Theilen, in welchen die Verbreitung der Nerven schon mit blossem Auge bemerkbar war, ist es möglich, die Nervenfasern mit dem Mikroskope aufzufinden. Sie liegen theils in der amorph faserigen Masse, theils in den deutlicheren Faserzügen eingebettet und von denselben umsponnen. Sie sind an ihrem fast geraden Verlauf, ihren scharfen, etwas dunklen, nach Wasserzusatz doppelten Contouren erkennbar. Durch Behandlung des Präparats mit Essigsäure treten sie deutlicher hervor, ihr geronnener Inhalt wird deutlich sichtbar.

Am 24. Juli werden in der Klinik durch einen etwa 2 Zoll langen Hautschnitt auf dem Rücken des Penis die wurmförmigen Massen exstirpirt. Sie liegen dicht unter der Haut, lassen sich aber schwer und an einzelnen Stellen gar nicht von den *Corpp. cavernosa penis* trennen, welche sich mit ihnen aus der Schnittwunde herausdrängen. Die Exstirpation wird mit der Scheere gemacht, wobei die *Corpp. cavernosa* an zwei Stellen eingeschnitten werden. Die heftige Blutung aus denselben steht, nachdem die kleinen Schnittwunden durch Knopfnähte sofort wieder vereinigt sind. Nach der vollständigen Entfernung der Massen werden zahlreiche kleine Arterien unterbunden, die Hautwunde durch Suturen vereinigt, der Penis mit einer schmalen, nassen, leinenen Binde eingewickelt und eine Eisblase darauf gelegt.

Am folgenden Morgen hat der Kranke ziemlich lebhaftes Fieber, klagt über Beklemmung auf der Brust und Stiche in der linken Seite. Die Respirationsbewegungen sind vollkommen normal, bei tiefen Inspirationen werden die Stiche in der Seite etwas heftiger, doch hindern sie die Athembewegung nicht. Husten ist nicht vorhanden; Druck auf die Intercostalräume ist nicht schmerzhaft, Auscultation und Percussion ergeben nichts Abnormes. Gegen Abend haben sich die Beschwerden schon ermässigt und sind bis zum folgenden Morgen verschwunden. Das Fieber dauert mehrere Tage ziemlich lebhaft an, verschwindet dann allmälig. Die anfangs ödematösen weichen Bedeckungen schwellen stark an, werden sehr schmerzhaft bei Druck, stark gespannt und geröthet. Reichliche, etwas dünne, anfangs bräunlich gefärbte Eiterung stellt sich ein. Der starken Spannung wegen und weil sie bei beginnender Eiterung durchzuschneiden anfangen, werden die Suturen entfernt. Unter fortdauernder Anwendung warmer Cataplasmen nimmt die Anschwellung der Weichtheile allmälig ab, in der ziemlich stark klaffenden Wunde schiessen bald gute, üppige Granulationen auf, und die Benarbung geht schnell von Statten, nachdem sämmtliche Ligaturen sich gelöst haben. An der linken Seite des Penis bildete sich ein Abscess, welcher geöffnet reichliche Mengen Eiters entleerte, bis mit demselben die eine der durch die Wunde der *Corpp. cavernosa penis* gelegten Suturen herausgefördert war. Am 8. August ist die Benarbung der Wunde auf dem Rücken des Penis fast vollendet, die Abscesshöhle vollkommen verheilt, die Anschwellung der Weichtheile des Penis hat sich, bis auf geringes Oedem, fast ganz verloren; derselbe ist etwa von der Grösse eines starken männlichen erschlafften Penis. Der Knabe befindet sich vollkommen wohl, verlässt das Bett und am 13. August die Klinik. Die Anästhesie in dem Bereiche des *N. ulnaris* besteht unverändert fort, die Bewegungen der Finger, der Hand und des Armes sind vollkommen unbehindert.

Die exstirpirten Massen sind von ziemlich straffem, festem Bindegewebe bedeckt. Unter demselben finden sich schneeweisse, mattglänzende solide Stränge von bedeutender Festigkeit, welche wenig elastisch, schwer zerreissbar, von dem Umfange eines mässig starken Regenwurmes, vielfach gewunden, zum Theil verästelt und unter einander verschlungen sind. Die einzelnen Windungen hängen durch Bindegewebe, welches mit dem die allgemeine Decke bildenden in Verbindung steht, unter einander zusammen. Jeder einzelne Strang ist von einer ziemlich festen, mattweissen, glashellen Membran umgeben, welche sich leicht ablösen lässt, und besteht im Uebrigen aus einem schneeweissen Cylinder, welchen man mit einiger Mühe in mehr oder weniger deutlich längsfaserige Stücke zerreissen kann. Unter dem Mikroskop zeigen sich sowohl in der Hülle als dem Inhalt nur Fasern von verschiedener Stärke, meist leicht geschlängelt neben einander liegend.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der k. rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1849 bis Ende September 1850 vorgekommenen Ereignisse.

Von
Geh. Med.-Rath C. W. Wutzer,
Director der Anstalt.

(Fortsetzung aus No. 31.)

II. Urethrotomie.

Wir lesen jetzt an vielen Orten von der neuen Entdeckung, dass man rebellische Harnröhrenverengerungen durch Spaltung des kranken Kanals heilen könne. Bisher wussten wir nur, dass man ausserhalb Deutschland mitunter eine Operation zum zweiten Male erfinden könne; dies geschah z. B. dem *Catheterismus rectilineus*, obgleich die Griechen und Römer wahrscheinlich keinen andern als ihn gekannt hatten; die Staphyloraphie musste sich Aehnliches gefallen lassen, und ihre zweite Entdeckung folgte der ersten noch näher auf dem Fusse. Dass aber ein solches Verfahren bei deutschen Aerzten Beifall finden könne, mag zu anderen unerfreulichen Errungenschaften gezählt werden, mit denen wir in der jüngsten Zeit beschenkt worden sind. Der treffliche Syme, dem wegen seiner Amputationsmethode im Fussgelenke so eben hier die wohlverdiente Anerkennung gezollt worden ist, dürfte, seinen berühmten Vorgängern und Landsleuten John Hunter, Astley Cooper und Charles Bell gegenüber, auch kaum selbst die Originalität seines Harnröhrenschnittes in Anspruch genommen haben. Was an diesem neu ist, beschränkt sich allein auf die Vorschrift, dass man den Schnitt auch zur Heilung solcher Stricturen anwenden solle, die durch Kerzen bereits hinlänglich erweitert, „nachdem man die Behandlung eingestellt", stets wieder Recidive machen. Nun giebt es allerdings hartnäckige Harnröhrenverengerungen, die, in jene Kategorie gehörend, das ganze übrige Leben hindurch von Zeit zu Zeit, mindestens alle 8 oder 14 Tage einmal die Einführung eines Bougies fordern, wenn nicht Rückfälle folgen sollen. Die letztere Anforderung ist indessen meines Erachtens keine so schwer zu befriedigende, dass sich ihr ein verständiger Mann, nach kurzer Ueberwindung, nicht sollte fügen können. Freilich finden sich Individuen, bei denen die wohlgemeintesten Vorstellungen nichts fruchten, die jede Vorsichtsmassregel, sobald sie sich von lästigen Empfindungen beim Harnen frei fühlen, zur Stelle fortwerfen, um sich derselben Lebensweise hinzugeben, welche das Uebel ursprünglich hervorrief. Sie werden endlich Candidaten für den Harnröhrenschnitt. Diejenigen aber, welche den Rathschlägen eines in diesen Dingen erfahrenen Arztes willig Folge leisten, werden ihn nicht leicht nöthig haben, sobald die Erweiterung nur einmal gründlich gelungen ist. Ich behaupte nicht, dass es keine Fälle gebe, in denen selbst bei folgsamen Kranken eine solche Hülfe nicht nöthig werden könnte; ich sage nur, dass mir in einer 40jährigen Hospitalpraxis ein solcher Fall nicht vorgekommen ist, und dass ich mich daher für berechtigt halte anzunehmen, er müsse, wenigstens bei deutscher Lebensweise, selten sein. Das wirklich Neue an Syme's Vorschlägen dürfte daher der Verpflanzung auf deutschen Boden nicht so dringend bedürfen. Ich finde, dass unter den englischen Aerzten Lizars eine ähnliche Ansicht vertritt; doch überschreitet sein Widerstreben gegen den Harnröhrenschnitt das rechte Maass.

Am hartnäckigsten widersetzen sich den Heilversuchen die durch mechanische Gewalt, Zerreissungen u. dgl. entstandenen Verengerungen, indem diese durch ein festes Narbengewebe entstehen, welches mitunter eben so wenig dem mechanischen Drucke der Kerzen, als der zersetzenden Einwirkung der Aetzmittel auf die Dauer weicht; sie erfordern am häufigsten operative Hülfe. Die letztere muss aber so eingerichtet werden, dass mit möglichster Sicherheit radicale Heilung ein-

trete. Deshalb ist bei Harnverhaltungen, die, aus jenen entstanden, keine Katheteranwendung mehr zulassen, nicht die palliative Hülfe indicirt, welche durch den Blasenstich erzielt wird, sondern der Harnröhrenschnitt, durch welchen nicht bloss der dringenden Noth für den Augenblick abgeholfen, sondern auch die gründliche Beseitigung des dieselbe veranlassenden Localleidens zweckmässig eingeleitet wird. Dieser Lehre bin ich seit langen Jahren gefolgt, ohne jemals einen Anspruch auf Neuheit der Erfindung darauf gegründet zu haben. Zwei meiner Schüler haben indessen eine Reihe derartiger in Bonn ausgeführter Operationen veröffentlicht, nämlich Dr. Salomon Hertz, *de fistulis urethrae virilis. Diss. inaug. Bonnae*, 1836, und P. H. Becker, *de urethrotomia*, 1850.

Es lässt sich nicht leugnen, dass die älteren Chirurgen der Mehrzahl nach die Urethrotomie nur, um Steine oder andere fremde Körper auszuziehen, verrichteten. Man sieht dies noch bei Sabatier und Zang. Doch nicht alle benutzten sie so beschränkt. Petrus de Marchettis[1]) übte sie unzweifelhaft wegen Fisteln nach Stricturen, die aus Gonorrhöen entstanden waren. *„Sanata Gonorrhoea ulceri incumbendum primo; nisi enim sanetur, caro ex ipso luxuriat, unde affectio, quae sarcoma Graecis, vulgo carnositas."* Weiterhin folgt nun: *„Si vero pars urethrae scroto opposita fistula laboraverit etc. expiato prius corpore, exhibito decocto Guajaci cum sudore, fluxioni sistendae, statim accedo ad partem ipsam laesam, quae si multiplex fuerit, omnes fistulas seco, et per candelam propositam omnem operam in sananda urethra adhibeo; cum alia ratione fistulae scroti non omnino sint sanabiles, nisi cura palliativa, qua denuo recrudescunt."* Ist in diesen wenigen Worten nicht ungefähr, kurz zwar, aber bündig, die „neue" Erfindung beschrieben? — Viel klarer und genauer beschreibt unsere Operation aber der Mann, der durch die ihm eigene umfassende Verbindung der Physiologie mit der Chirurgie bisher noch immer unerreicht dastehen dürfte, John Hunter[2]), und zwar ist dies in solchem Maasse der Fall, dass ich nicht zu irren glaube, wenn ich ihn den wissenschaftlichen Begründer des Harnröhrenschnittes bei Stricturen nenne. — Doch, da es heutigen Tages Aerzte giebt, welche versichern, dass die alte Medicin zuvor vollständig über Bord geworfen werden müsse, ehe es möglich sein werde, die neue nach ihrer Art zu bauen, so möge es erlaubt sein, zu einem neueren Manne fortzuschreiten, den die älteren Mitglieder der gegenwärtigen Generation der Aerzte noch mit Stolz den Ihrigen nennen durften, zu Astley Cooper, der zu schwer wiegt, als dass die Chirurgen ihn jemals werden „über Bord werfen" können. Dieser nun sagt[3]): „Bei der Operation (gegen Harnverhaltung), welcher ich den Vorrang zuerkenne, wird bloss die Urethra geöffnet und nicht die Blase punctirt, was ich beim männlichen Geschlechte kaum jemals nöthig erachte." Ferner: „Was die Schwierigkeit in der Ausführung dieser Operation betrifft, so würde ich jedem, der eine dabei finden sollte, sagen: Führe einen Katheter oder eine Steinsonde bis zur Strictur ein, mache, von ihrer Spitze geleitet, einen Einschnitt und verlängere ihn in einer Linie mit dem Ende dieses Führers 1 Zoll weit nach hinten, so wird jede Schwierigkeit gehoben sein." — „Durch die von mir angegebene Methode ist die Gefahr bei Urinverhaltung fast gänzlich entfernt, denn die Eröffnung der Urethra wird selten üble Folgen haben." Seine Vorschriften haben mich geleitet, und es hat mir zur besondern Genugthuung gereicht, als ich für sie und manche andere Belehrung jüngst noch den Manen des trefflichen Mannes vor seiner Statue in St. Paul's Kirche die Huldigung meiner Dankbarkeit darbringen konnte. — Cooper's Vorschriften ganz ähnlich sind auch die von Charles Bell[4]) gegebenen; beide folgten ihrem Vorbilde J. Hunter. Das 1826 von Eckström in Stockholm veröffentlichte Verfahren[5]) ist den Vorschriften jener völlig nachgebildet. — Prof. Blasius[6]) in Halle hat ausserdem 1848 den Harnröhrenverengerungen und der Urethrotomie eine ausführliche Arbeit gewidmet, die von keinem Arzte unbenutzt bleiben sollte, der sich mit dergleichen Dingen praktisch zu beschäftigen gedenkt. Namentlich behandelt er gründlich die so nöthige Feststellung der verschiedenen Formen der Harnröhrenverengerungen, und sucht den einzelnen Heilweisen dieser den ihnen gebührenden Platz anzuweisen, indem er seine Aussprüche sachgemäss mit Fällen aus der eigenen Erfahrung belegt. Von diesen Heilweisen bediene ich mich der Cauterisation selten, der Sprengung der Stricturen nie. Ich gestehe indessen frei, dass mir über die letztere kein praktisches Urtheil zusteht, weil ich sie nicht geübt habe; die Unglücksfälle, welche sie durch die Hand ihres ersten und eifrigsten Vertheidigers, des verstorbenen Mayor aus Lausanne, in den Pariser Hospitälern angerichtet hat, waren nicht geeignet, mich zur Nachahmung anzulocken. Dass dies in Paris eben so wenig der Fall gewesen ist, beweist der folgende Ausspruch Malgaigne's[1]) über Mayor's *Dilatation forcée: „Des revers assez nombreux, des déchirures de l'urètre, suivies des accidents les plus graves, ont fait voir, qu'elle ne s'applique qu'à certains cas où le rétrécissement est facile à vaincre, et qu'il y aurait danger à l'employer exclusivement."* Perrève hat ein sehr sinnreiches Verfahren angegeben, die Gefahr der *Dilatation forcée* zu vermindern; und dennoch sagt Malgaigne[2]) auch von dieser Art derselben: *„Déjà elle a amené chez un sujet une mort presque foudroyante."* — Von der Urethrotomie bei rebellischen Stricturen — der *„Incision externe ou boutonnière"* — heisst es ferner bei Malgaigne: *„Peu usitée en France depuis l'arrêt porté contre elle par Desault, elle a toutefois été renouvelée à notre époque en Allemagne, en Angleterre et en Amérique."* In Paris weiss man also, dass die deutschen Chirurgen die „Boutonnière" üben; in Deutschland fehlt es dagegen nicht an Dorteren, die es nicht wissen. In Frankreich scheint übrigens gegenwärtig Amussat der einzige kräftige Vertheidiger dieses Verfahrens zu sein.

Ich wiederhole kurz, dass, meiner Erfahrung zufolge, die Heilung der Harnröhrenverengerungen durch die vorsichtige und mit Ausdauer fortgesetzte Anwendung allmälig ausdehnender Kerzen (aus Wachs oder aus Kautschuk) vor allen Dingen zu fördern, wo diese aber in keiner Weise ausreicht, zweckmässiger durch die Urethrotomie, als durch andere, in der Regel gefahrvollere Methoden, zu beschaffen ist, und lasse jetzt eine Reihe von Fällen der letzteren folgen, welche der in dem hier zu besprechenden Schuljahre vorgekommene schliessen soll.

1) 1833. Johann S . . . . . . s aus Kruft bei Andernach wurde, 33 Jahr alt, am 12. November 1833 wegen Urinfisteln, die durch Harnröhrenverengerung veranlasst worden waren, in die Klinik zu Bonn aufgenommen. Er war im fünften Lebensjahre von einer rheumatischen Entzündung des rechten Kniegelenkes befallen worden; ein hinzugerufener Quacksalber erklärte die Geschwulst für die Folge einer Verrenkung, und erzeugte durch gewaltsame Manipulationen eine unheilbare Anchylose und Contractur. In Folge dieser Misshandlung war die rechte Unterextremität auf der damaligen Entwicklungsstufe fast stehen und durchaus unbrauchbar geblieben; der Mann vermochte daher nur auf Krücken zu gehen. Vom 13. Lebensjahre ab ergab sich der Unglückliche der Masturbation fast alltäglich mehrmals. Hierdurch brachte er es allmälig dahin, dass der Urin stets mit vielem Schleim, endlich auch mit Blut gemischt, abging; das Glied schwoll an, eine Phimosis erzeugte sich, und eine Leistendrüsengeschwulst kam auf der rechten Seite hinzu. Zwei Jahre darauf entstand endlich unter vielen Schmerzen auch eine harte Geschwulst im Mittelfleische, die durch warme Breiumschläge erweicht, nach 15 Tagen an mehreren Orten aufbrach und nun einen mit Schleim und Blut gemengten Urin ergoss. Sechs Jahre lang hatte des Kranken ursprünglich ungemein kräftige Constitution diese ihr muthwillig bereiteten Leiden ertragen, als er endlich gegen sie zu Bonn Hülfe suchte. Der Mann zeigte jetzt eine fahle Farbe der Haut, die häufig mit klebrigem Schweisse bedeckt war; das Kniegelenk des kurzen und dünnen rechten Beines war, in beinahe rechtem Winkel gekrümmt, vollkommen, das rechte Hüftgelenk fast unbeweglich. In der rechten Leistengegend zwei breite Narben, in der linken einige geschwollene Leistendrüsen. Die zu enge Vorhaut zeigte zwischen ihren beiden Platten eine Anzahl knorpelartig harter Knoten; unter ihr empfand der Kranke in der stets bedeckten Eichel ein höchst lästiges Jucken und Brennen. Das Scrotum, schlaff herabhängend und stark geröthet, enthielt nur den rechten Hoden allein. Aus der Harnröhre drang ein zäher graugelber Schleim hervor. Im Damme hinter dem Scrotum mehrere Narben von ehemaligen Fisteln, von knorpelartig erhärteten Hautringen umgeben. Ungefähr einen Viertelzoll zur linken Seite der Dammnaht sah man eine Oeffnung, durch welche eine dünne Sonde nur mühsam nach innen und oben eingebracht werden konnte; dieselbe Oeffnung führte in einen unter der Haut liegenden Sinus von anderthalb Zoll Länge. Fast ununterbrochen tröpfelte hier ammoniakalisch riechender Urin, hier und da mit Blut und Harngries gemengt, aus. Ein von der vordern Harnröhrenmündung aus eingeführter Katheter bereitete in mehreren engen Stellen bedeutenden Schm[illegible] über die Strictur in der *Pars membranacea* liess er sich durchaus [illegible]ht hinwegschieben.

Die Kur wurde mit lauwarmen Bädern und Breiumschlägen begonnen. Die Hoffnung, nach gehöriger Vorbereitung allmälig mit feinen Darmsaiten oder dünnen Kerzen durch die vor der Fistelöffnung liegende Verengerung dringen zu können, wurde indessen getäuscht; sie bogen sich dort vor callösem Gewebe stets um. Die forcirten Injec-

[1]) *Observationum medico-chirurgicarum Sylloge.* Patavii, 1664. pag. 164. 166.
[2]) *The works of John Hunter. Edited by James Palmer.* Vol. II. London, 1835. pag. 260.
[3]) A. Cooper's Vorlesungen über Chirurgie. A. d. Engl. von Schütte. 1. Bd. Leipzig, 1837. S. 443 u. f.
[4]) Abhandlung über die Krankheiten der Harnröhre, der Harnblase und des Mastdarms. S. die chirurg. Handbibliothek. 2. Bd. Weimar, 1821. S. 239.
[5]) Vergl. Gerson und Julius Magazin der ausländischen Literatur der Heilkunde. 14. Bd. Hamburg, 1827. S. 129.
[6]) Beiträge zur praktischen Chirurgie. Berlin, 1848. S. 252 u. f.

[1]) *Manuel de Médecine opératoire.* 5. édit. Paris, 1849. pag. 599.
[2]) l. c. pag. 605.

tionen Amussat's scheinen einigemal durchzudringen; späterhin blieben sie ohne allen Erfolg. — Nach vielen vergeblichen Versuchen dieser und ähnlicher Art wurde endlich zum Harnröhrenschnitt geschritten, bei welchem die Herren DD. M. Bressler, Th. Schreiber u. A. assistirten. Die Ausführung dieses wurde dadurch besonders erschwert, dass die Schwerbeweglichkeit des rechten Hüftgelenks keine zweckmässige Lagerung des Beckens gestattete; namentlich konnte der rechte Oberschenkel nicht genügend abducirt werden. Es gelang indessen dennoch, die dünne gerinnte Sonde bis an die Strictur einzuschieben, in welcher Stellung ein Gehülfe sie festhielt. Ich stach dann ein schmales spitziges Scalpell vor der Strictur bis in die Rinne der Sonde ein, spaltete zunächst einen kleinen Theil der Harnröhre, führte hierauf durch die Spalte eine feine gerinnte Sonde (aus dem Apparate für die Thränenfisteloperation) gegen die Strictur, und gelangte, nach mehrfachen vergeblichen Versuchen, dahin, mit ihr in letztere einzudringen. Die Strictur wurde nun gespalten, mit ihr zugleich die angränzende Partie des häutigen Theils der Harnröhre. Der Urin drang sogleich frei durch die Schnittöffnung hervor, und dennoch liess sich kein Katheter von der Wunde aus in die Blase schieben. Ich begnügte mich vorläufig, eine Kerze von vornher in die Harnröhre ein- und durch die Dammwunde heraus zu führen. Nach dem häufigen Gebrauche erweichender Sitzbäder drang der Katheter endlich auch in die Blase ein. Die seit Jahren im Blasenhalse vorhanden gewesene chronische Schleimhautentzündung hatte jedoch eine solche Empfindlichkeit erzeugt, dass die Einführung jederzeit von Schmerzen begleitet war und sich der Kranke ihr nur widerstrebend fügte. Ausserdem ergab sich der wohlbegründete Verdacht, dass er seiner verderblichen Neigung, trotz aller Warnungen, auch jetzt noch nicht völlig entsagt hatte und also das ihm zugewendete Heilstreben stets wieder störte. So wurde er denn am 23. Mai 1834 entlassen, insofern gebessert, als die unter der Haut befindlichen sinuösen Aushöhlungen geheilt, und nur eine einzelne, durch stark zusammengezogenes Narbengewebe direct mit der äussern Haut in Verbindung stehende Fistelöffnung im Damme übrig geblieben war, durch welche beim Harnen nur wenige Tropfen ausflossen, indem der grössere Theil des Urins dem hinlänglich erweiterten normalen Wege folgte.

2) 1834. Peter Weber aus Oberwambach bei Altenkirchen hatte, als er sich im 8. Lebensjahre befand, indem er mit andern Knaben spielte, einen Faden um die Wurzel seines Gliedes gebunden. Dieses schwoll bald, unter heftigen Schmerzen, an. Zu Hause angekommen suchte er den Faden zu durchschneiden, benahm sich aber dabei so ungeschickt, dass er dem Gliede eine tiefe Wunde beibrachte, aus welcher hernach der Urin ausfloss. Ausserdem hatte aber der Faden auch lange genug gelegen, um Brand hervorzubringen; durch ihn entstanden noch zwei andere Fistelöffnungen in der Harnröhre. Zwei Jahre später schwollen der Hodensack und die untere Seite des Gliedes plötzlich stark an und wurden zugleich roth, — durch Erkältung, wie er glaubte, wahrscheinlicher durch Urininfiltration. Unter der Anwendung von Kalkwasserumschlägen brach bald der Hodensack an seiner linken Seite auf, indem sich eine Menge übelriechenden Eiters ergoss; später floss auch durch diese neuentstandenen Oeffnungen der Urin.

Als er, 11 Jahre alt, im December 1834 in die Klinik aufgenommen wurde, wählte ein Theil des Urins den vorderen normalen Ausgang nur bei einer warmen Temperatur; sobald den Knaben Kälte traf, ging er allein durch die Fistelöffnungen ab. Die Untersuchung ergab zuvörderst eine so starke Phimose, dass der Eingang zur Harnröhre nur schwer gefunden werden konnte; in letztere liess sich die Sonde 1¼ Zoll tief einbringen, worauf sie an die Strictur anstiess, welche sich auf keine Weise überwinden liess. Diese Strictur entsprach genau dem Orte, wo vor 3 Jahren die Schnur umgelegt worden war. Zwei feste Narben, eine auf der linken, die andere auf der untern Seite des Penis, zeigten auf ehemalige Wundöffnungen hin, aus denen sonst Urin ausfloss. Aus einer unten und etwas rechts gelegenen Fistelöffnung der Harnröhre entleerte sich der bei weitem grössere Theil des Harns, indem er gleichzeitig aus der vordern normalen Oeffnung nur tropfenweise hervordrang. Auf der linken Seite des Hodensacks fand sich unter der Haut ein Sinus mit zwei Fistelgeschwüren, welche hier und da gleichfalls etwas Urin ausfliessen liessen. Im Damme, nahe dem After, bemerkte man endlich noch zwei warzenförmige Erhabenheiten, deren jede in der Mitte eine kleine Oeffnung zeigt, aus der jetzt blos Eiter hervortrat, mit dem ehedem aber während der Faecalentleerung zugleich Harn ergossen worden sein soll. Alle diese verschiedenen Fistelkanäle waren so eng, dass keine Sonde durch sie bis in die Harnröhre hineingebracht werden konnte.

Am 24. December wurde die Operation unter Beihülfe der Herren DD. Bressler, Schreiber und J. W. Rademaker, auf folgende Weise ausgeführt. Die unten und rechts gelegene Harnfistel wurde zuvörderst mittelst des Scalpells trichterförmig so erweitert, dass eine feine gerinnte Anel'sche Sonde durch sie in die sackförmig hinter der Strictur erweiterte Harnröhre, und von hier aus, nach einigen vergeblichen Versuchen, in der Richtung von hinten nach vorn durch die verengerte Stelle der Urethra hindurchgebracht werden konnte. Nachdem dieser schwierige Act gelungen, war es leicht, die Strictur selbst auf der Rinne der Hohlsonde zu spalten. Hierauf floss der Urin nun in vollem Strahle frei durch die neuangelegte Wunde. — Der ungeberdige Knabe hatte sich bemüht, der Unternehmung Hindernisse in den Weg zu legen; acht Gehülfen waren kaum im Stande, sein Becken in der hier unentbehrlichen geraden Richtung unverrückt zu erhalten. — Man liess ihn hiernach mehrere Tage ruhig liegen, indem nur häufige lauwarme Sitzbäder angeordnet wurden. Sodann wurde der Kanal der Harnröhre von der vordern Mündung aus durch elastische Kerzen allmälig erweitert und am 29. zuerst ein dünner Katheter von vornher bis jenseit der Wunde hindurchgeführt. Hierauf bildete sich aber am 30. ein entzündliches Fieber aus, dem am 31. Symptome der Blasenentzündung folgten; Blutegel, einige Gaben Calomel und allgemeine lauwarme Bäder beschwichtigten indessen den Sturm bald. Während dieser Zeit ergossen die in der Nähe der Afteröffnung gelegenen Fistelgeschwüre eine Menge Eiters. — Am 10. Januar 1835 wurde eine elastische Kerze in die Harnröhre von vorn her ein- und durch die Wunde wieder herausgeführt, damit sich die Verengerung nicht erneuere. Am 14. sollte der erste Versuch gemacht werden, eine Kerze von der Wunde aus in die Blase zu bringen; als der ängstliche Knabe sehr bat, ihn selbst den Versuch ausführen zu lassen, wurde ihm dies gestattet, und er war in der That geschickt genug, hiermit zum Ziele zu kommen. Von jetzt an wurde der Katheter häufig, mit Ausnahme einzelner Tage, auf dieselbe Weise, endlich auch von der vordern Mündung aus in die Blase gelegt. Diese Katheter blieben von 12 Stunden bis zu 4 Tagen permanent liegen, indem ihr Kaliber allmälig etwas gesteigert wurde. Von Zeit zu Zeit wurden hierbei die Fistelöffnungen roth, hart und schmerzhaft, warme Breiumschläge zertheilten dann aber die Entzündung wieder. — So hatte man bis zum 18. Februar darauf gewartet, dass sich die Operationswunde allmälig über dem Katheter mit Granulationen füllen und endlich schliessen sollte, jedoch vergebens. Immer noch ergoss sich mitunter der Urin in einzelnen Tropfen neben dem Katheter, oder er drang, wenn letzterer herausgelassen werden musste, in vollem Strahle durch die Wunde. Der Knabe bekam aber, so oft er glaubte, ahnen zu dürfen, dass man nochmals operiren wolle, gastrische Erscheinungen und Erbrechen; Es wurde daher versucht, die Füllung der Wunde durch Bepinseln mit Cantharidentinctur zu fördern, — doch gleichfalls umsonst. Am 28. Februar wurden deshalb nach Einbringung eines elastischen Katheters, die Ränder der Fistel mit dem Scalpell wund gemacht und darauf durch zwei Knopfnähte geheftet. Einige Tage hindurch dauerten in Folge dessen entzündliche Erscheinungen an; auch floss mit dem Urin zugleich viel Schleim aus der Blase. Am 3. März hatte ein Faden auf einer Seite durchgeschnitten und musste also herausgenommen werden; bald darauf folgte der zweite. Die Fistel klaffte wieder, jedoch mit viel engerer Oeffnung, als zuvor. Häufiger Genuss der freien Luft trug zur baldigen Erholung von diesen Eingriffen wesentlich bei, so dass, mit Ausnahme der Operationswunde, die übrigen Fistelöffnungen sich bald schlossen. Jene aber blieb hartnäckig offen; ein zweiter im April vorgenommener Operationsversuch, dem ersteren ähnlich, fruchtete eben so wenig. Unter abermaliger Anwendung von Cantharidentinctur verkleinerte sich die Wunde indessen jetzt bis zur Grösse eines Nadelknopfs. Leider entstand nun aber eine schmerzhafte Geschwulst im Mittelfleische, welche späterhin aufbrach und darauf während des Harnens wieder einige Tropfen Urin ausfliessen liess. Einige spätere Rückfälle von Entzündung verzögerten die Kur, bis sich der Knabe am 11. Juli so vollkommen wohl befand, dass man hoffen durfte, mit einer dritten Operation jetzt glücklicher zu sein, als mit beiden vorhergehenden. Nach Wundmachung der Fistelränder genügte an diesem Tage eine Knopfnaht, die kleine Oeffnung zu schliessen. Drei Tage danach musste der Faden entfernt werden. Die Fistelöffnung war jetzt so verkleinert, dass es schwer hielt, sie noch zu sehen; ein leichter Druck mit der Fingerspitze war hinreichend, während des Harnens jedes Hervordringen von Flüssigkeit durch sie zu verhindern. Lohebäder und Umschläge von *Plumbum tannicum* zogen sie noch mehr und zuletzt so zusammen, dass, als der Operirte am 28. August in die Heimath entlassen wurde, seit mehreren Tagen keine Spur von Urin mehr ausgeflossen war. Unvorsichtigkeiten haben es späterhin, durch die Güte des Herrn Dr. Arnoldi in Altenkirchen jüngst eingegangenen Nachrichten zufolge, wieder dahin gebracht, dass von Zeit zu Zeit, namentlich nach Erkältungen, während des Harnens noch einige Tropfen Flüssigkeit durchdringen; alle andere Beschwerden sind aber verschwunden, und der damalige Knabe ist jetzt (1851) zu einem kräftigen Manne herangewachsen.

3) 1836. Der 29jährige Schuhmachergeselle J. W. S.........n aus Strahlen wurde am 3. November 1836 mit einer Urinfistel aufge-

nommen, die schon im Sommer vorher vergebens operirt worden war. Ihre äussere Oeffnung fand sich an der untern Seite des schwammigen Körpers der Harnröhre, links neben dem Frenulum, 3 Linien hinter der *Corona glandis*, vor. Sie war die Folge eines syphilitischen Geschwürs, welches, mit Tripper zugleich, vor 2 Jahren nach einem unreinen Beischlafe entstanden war. Diese Uebel wurden von ihm Anfangs vernachlässigt und hernach zweckwidrig behandelt, so, dass das von der geschwollenen Vorhaut verdeckte Geschwür sich ungehindert in die Tiefe ausbreiten und endlich die Harnröhre durchbrechen konnte. Von der Syphilis war er gegenwärtig zwar befreit; dagegen hatte er die Krätze mitgebracht, von der er während der Einleitung des operativen Verfahrens geheilt werden musste. — Der Fistelkanal war durch die frühere Operation ungemein eng geworden, sie zeigte sich jetzt schräg und geschlängelt verlaufend, so dass es, nach mehreren vergeblichen Versuchen, selbst mit Einschneiden der äusseren Oeffnung, erst am 9. gelang, durch sie eine feine Sonde von aussen bis in die Harnröhre selbst einzuführen. Eben deshalb war auch das Quantum des durch die Fistel bei jedem Harnen auströpfelnden Urins gering; der Pat. versicherte jedoch, diesen Fehler so tief und nachtheilig zu empfinden, dass er um jeden Preis von ihm befreit sein wolle und die zweite Operation deshalb nicht scheue.

Am 12. Nov. wurde nun die Operation, unter Assistenz der Hrn. DD. Fr. Lamberz, Paggen u. A. in folgender Weise ausgeführt. — Dem auf dem Rande eines Tisches sitzenden Manne wurde eine gerinnte Steinsonde in die Harnröhre geschoben und dort von dem ersten Gehülfen so festgehalten, dass die Fistelöffnung dem Operateur gegenüberstand. Ich brachte hierauf eine möglichst feine Sonde in den abnormen Kanal; beide Sonden trafen 6''' hinter dem *Ostium cutaneum* zusammen. Indem ich auf der feinen Sonde ein spitzes schmales Scalpell bis in die Rinne der Steinsonde vorwärts schob, spaltete ich die Fistel nach auf- und nach abwärts vollständig; hierbei gab ich der Wunde zugleich eine trichterförmige Gestalt. Nachdem die ziemlich starke Blutung gestillt und die Ueberzeugung gewonnen worden war, dass die Wandungen der Fistel allenthalben wund seien, brachte ich Dieffenbach's Schnürnaht in Anwendung, indem der Faden mit zwei Einstichen der krummen Nadel tief eingeführt wurde; sie entsprach hier dem Zwecke vollkommen. Ein elastischer Katheter blieb permanent in der Blase und Harnröhre liegen. Vom 13. ab wurde er indessen jedesmal eingeführt, so oft sich Drang zum Harnen einfand, weil das Liegenlassen Schmerzen erzeugte. Der Faden wurde nach 3 Tagen ausgezogen, da sich einige Eiterung in der Wunde zeigte. Am 22. schien die Wunde äusserlich schon fest vernarbt; dessenungeachtet fuhren wir fort, den Katheter einzubringen. Am 30. floss indessen der Harn ohne Instrument in vollem Strahle aus, und in der Operationsnarbe zeigte sich hierbei keine Spur von Feuchtigkeit. An diesem Tage entlassen, kehrte S.........n am 12. Dec. noch einmal zurück, um für seine vollständige Herstellung Dank zu sagen, wiederholte auch diese Danksagung noch am 3. Juli 1839.

Ich halte den Ausgang des hier erzählten Falles für einen ungewöhnlich glücklichen, indem ich den Ausspruch Dieffenbach's bestätigt fand, nach welchem die Heilung der Fisteln der männlichen Harnröhre um so schwerer fällt, je weiter nach vorn sie liegen. In mehreren Fällen ähnlicher Art, die Dr. Salomon Hertz in der oben angeführten Dissertation ausführlich erzählt, operirte ich ohne allen Erfolg.

4) 1838. Peter F........r aus Erpel am Rhein, ein kräftig gebauter 52jähriger Mann, versicherte ausser dem Schnupfen nie krank gewesen zu sein; doch habe er im 20. Lebensjahre einen durch Ansteckung erzeugten Tripper lange Zeit hindurch vernachlässigt. In Folge dessen blieben Harnbeschwerden zurück, die, vollkommen unbeachtet, zuletzt einen solchen Grad erreichten, dass mitunter eine halbe Stunde Zeit nöthig war, um die Blase genügend zu entleeren. Dessenungeachtet geschah auch jetzt noch lange nichts dagegen. Achtzehn Jahre nach jenem Tripper endlich, als während des sehr rauhen Winters auf einer Reise Erkältung stattgefunden hatte, erfolgte eine totale Harnverhaltung. Die dringende Noth zwang jetzt den hart Leidenden, in der Nacht nach dem Hausarzte zu verlangen. Dieser aber, Herr Kreisphysicus Oberstadt in Remagen, wohnte auf der entgegengesetzten Seite des Rheins, welcher damals, December 1837, mit starken Massen von Treibeis angefüllt war. Es war unmöglich, über den Fluss zu setzen; ein anderer Arzt musste aus der Nähe herbeigeholt werden, welcher sich fruchtlos bemühte, den Katheter einzubringen. Während dieser Zeit hatte der Kranke sich durch gewaltsame Anstrengungen zum Harnlassen bereits auf jeder Seite einen Leistenbruch zugezogen. Bald darauf schwoll auch der Hodensack plötzlich stark an und wurde roth; man begnügte sich, warme Fomente anzuordnen. Wenige Tage nachher brach die Geschwulst im Hodensack durch; aus verschiedenen Oeffnungen ergoss sich jetzt Eiter und Urin, mit Erleichterung, in grosser Menge. Etwas später schlossen sich diese Harnfisteln wieder, und bald darauf kehrte auch die Harnverhaltung zurück. Obgleich nun von Herrn Dr. Oberstadt der Blasenstich oberhalb der Schambeinfuge dreimal ausgeführt wurde, so übte die dadurch bewirkte Entleerung der Blase doch keinen wohlthätigen Einfluss auf die organische Krankheit der Harnröhre selbst. Der normale Weg blieb für den Urin verschlossen, und so füllte sich der Hodensack bald wieder von neuem mit diesem, erreichte nach und nach den Umfang eines Kinderkopfes, wurde vom Brande ergriffen, der einen ansehnlichen Theil desselben zerstörte, und liess fortan den Harn aus fünf Fistelöffnungen ausströmen, indem sich stets nur wenige Tropfen durch die normale Harnröhrenmündung entleerten. Nachdem dieser Zustand beinahe ein halbes Jahr lang unverändert geblieben war, begab sich der Leidende im Sommer 1838 nach Bonn in die Behandlung des Herrn Prof. H. Albers. Als dieser sich vergebens bemüht hatte, die Strictur mit Kerzen zu überwinden, cauterisirte er sie mit Höllenstein, der mittelst Lallemand's Aetzmittelträger eingeführt wurde, ohne jedoch hierdurch Verbesserung zu erzielen. Das früher schon dagewesene hektische Fieber bildete sich vielmehr jetzt deutlicher aus; eine über den Körper sich verbreitende Purpura liess keinen Zweifel darüber, dass die Blutmischung schon gestört sei, und dies bestätigte sich später noch mehr durch eine allgemeine Hautwassersucht. Bereits waren beide Unterextremitäten bis zum Becken hinauf infiltrirt, als sich F—r endlich, in hohem Grade schwach, in das Klinikum tragen liess. Nachdem auch hier ein abermaliger Versuch, eine dünne Sonde durch die Strictur zu führen, ohne Erfolg geblieben war, so schritt ich am 2. Sept. 1838 zur Urethrotomie. Dieser setzte der hohe Grad von Entartung, in welchem sich das Scrotum und das Mittelfleisch vorfanden, so bedeutende Schwierigkeiten entgegen, dass ich ohne die treffliche Beihülfe der Herren Dr. O. Fischer und Prof. H. Albers kaum zum Ziele gekommen sein dürfte. Der Fall bot in dieser Hinsicht entschiedene Aehnlichkeit mit dem von C. Bell [1]) erzählten dar, in welchem dieser dem Matrosen Hüggens die Harnröhre durch den Schnitt öffnete. Durch die stete Berührung mit dem aus 5 Fistelkanälen ausfliessenden Urin war nämlich das Mittelfleisch und ein grosser Theil des Hodensacks zu einer speckartigen, harten, fast homogenen Masse entartet, deren Durchmesser zwischen der Haut und dem häutigen Theile der Harnröhre reichlich 2 Zoll betrug. Bei dem gänzlichen Mangel an Nachgiebigkeit dieser Theile war es unmöglich, die bis zur Strictur eingebrachte gerinnte Metallsonde dort, wo eingeschnitten werden sollte, durchzufühlen; der Schnitt musste aus freier Hand gemacht werden. Zu dem Ende wurde das Becken des in der Steinschnittlage befindlichen Mannes so gerade gerichtet und festgehalten, dass die Raphe vollkommen senkrecht vom Hodensack nach der Afteröffnung herablief. Sie deutete nun dem von aussen nach innen vordringenden convexen Scalpell den von ihm einzuschlagenden Weg an, wobei es von der höchsten Wichtigkeit war, sich von der Medianlinie des Körpers nicht im geringsten zu entfernen. In ihr wurde nun zuerst der hintere Theil des Hodensacks, dann die vordere Hälfte des Dammes gespalten, worauf das convexe Messer vorsichtig eine Lage des speckartigen Gewebes nach der andern trennte. Nachdem es in dieser Richtung $1\frac{3}{4}''$ tief vorgedrungen war, fühlte endlich der in der Wunde sondirende linke Zeigefinger die Rinne des metallenen Instruments hindurch. Ein spitzes Scalpell, in jene Rinne eingestossen, öffnete jetzt die Harnröhre vor der Strictur selbst. Nach wiederholten vergeblichen Versuchen gelang es auch, eine sehr dünne gerinnte Thränenfistelsonde in der Richtung von vorn nach hinten durch die ungewöhnlich enge gewundene Strictur zu leiten. Letztere wurde nun gespalten und zur Beendigung der Operation ein elastischer Katheter durch die Wunde in die Blase gebracht, so dass sich der Urin jetzt mit grosser Leichtigkeit entleerte. Der ursprünglich mit einer vortrefflichen Körperconstitution ausgerüstet gewesene Mann erholte sich hernach unerwartet schnell. Die speckartigen Massen des Dammes verschwanden allmälig durch Resorption; von der Hautwassersucht war schon nach 14 Tagen keine Spur mehr vorhanden, die Esslust kehrte wieder, und bald vermochte der Operirte im Zimmer herumzuwandern. Man hatte nun, sobald die Wundentzündung gemässigt war, einen Katheter von der vordern Harnröhrenmündung aus in die Blase gebracht; Ende Septembers aber nöthigte eine entzündliche Reizung, ihn eine Woche lang fortzulassen. Da sich während dieser Zeit die Operationswunde beträchtlich verkleinert, auch das Wohlbefinden überhaupt gesteigert hatte, so verweigerte F—r die erneuerte Einführung der Sonde hartnäckig: er stützte sich hierbei auf eine häufige, aber übel verstandene Lectüre populärer ärztlicher Schriften. So musste er am 8. Oct., noch ungeheilt, in die Heimath entlassen werden. Dort gelang es ihm indessen wirklich, selbst eine Sonde in die Blase zu führen, über welcher die Strictur und die Wunde zugleich schon nach einem Vierteljahre heilten. Im Sommer 1839 stellte er sich mir vollkommen gesund und

[1]) A. a. O. S. 245.

rüstig vor; er versicherte, den Urin ohne alle Beschwerden zu entleeren. Die Urethrotomie hatte also ihren hohen Werth hier bethätigt.

Erst im Sommer 1847 fing F—r wieder an zu kränkeln, weigerte sich jedoch, zu abermaliger Untersuchung nach Bonn zu kommen. Aus nachträglich von mir durch die Güte des Herrn Kreisphysicus Oberstadt eingezogenen Nachrichten erfuhr ich, dass er über heftige Schmerzen im Rücken, und namentlich in der Lumbalgegend geklagt habe, die mit innerer Hitze während der Nacht verbunden waren. Von jener Zeit an schwanden allmälig die geistigen Kräfte des Mannes, namentlich sein Gedächtniss, auffallend; sämmtliche Sinne wurden zugleich stumpf. Er entleerte des Nachts ungewöhnlich vielen Harn mit eitrigem Sediment; sechs Wochen vor dem im April 1848 erfolgten Tode lief derselbe unwillkürlich ab. Anasarca und Hydrothorax beschleunigten das Ende. — Hiernach leidet es keinen Zweifel, dass F—r durch Desorganisation der Nieren und der Blase zu Grunde gegangen ist, die er wahrscheinlich hätte abwenden können, wenn er frühzeitig genug ein energisches rationelles Verfahren gegen die rückfällig gewordenen Harnbeschwerden eingeleitet hätte.

5) 1840. Michael Schmitz, ein 37jähriger Bergmann aus Essen, hatte im Jahre 1837 das Unglück gehabt, dass er während des Einfahrens in einen Schacht abgleitete und, indem er hinabstürzte, auf einer Sprosse der Leiter gleichsam reitend, die Geschlechtstheile gewaltsam quetschte. Er empfand nicht nur sogleich in diesen die heftigsten Schmerzen, sondern sah auch Blut aus der Harnröhre ausfliessen. Den schnell sich entwickelnden Entzündungs-Erscheinungen suchte der herbeigerufene Arzt durch Blutegel, kalte Umschläge, strenge Diät u. s. w. entgegenzutreten; dennoch verschloss die vorschreitende Geschwulst bald die Harnröhre. Der nun eingeführte Katheter entleerte blutigen Urin. Einige Tage später war die Einführung des Instruments nicht mehr möglich; es entstand hinter dem Hodensack brennender Schmerz; eine rothe Geschwulst trat dort mehr und mehr hervor, welche bald brandig wurde, aufbrach und hierauf den Urin ausfliessen liess. Der Katheter konnte fortan nur unter heftigen Schmerzen nicht tiefer als vier Zoll eingeführt werden. Nachdem dieser Zustand ohne Besserung ein Vierteljahr angedauert hatte, versuchte der Arzt, dünne Kerzen einzubringen. Dies gelang allmälig, und nach und nach wurde die Harnröhre bis zu ihrem normalen Durchmesser wieder ausgedehnt, wobei die Fistel im Damme von selbst zuheilte. Jetzt ging Schmitz wieder seinem beschwerlichen Geschäfte nach, vergass bald das ihm anbefohlene zeitweilige Einlegen von Kerzen, die Strictur bildete sich von neuem und es wurde nun keine ärztliche Hülfe mehr in Anspruch genommen, bis der Urin nur noch tropfenweise, unter dem heftigsten Drängen, abging. Endlich zwang den übrigens sehr kräftig constituirten Mann die dringendste Noth, gründliche Hülfe zu suchen, und so erschien er am 2. Mai 1840 in der Klinik. — Die Untersuchung zeigte jetzt nach dem Aufheben des Hodensacks, im Mittelfleische eine flache knorpelartig harte, knotige, höckrige Geschwulst, in welche die dortigen Weichtheile umgewandelt waren. Rechts neben der Raphe, nahe hinter dem Scrotum, fand sich in ihr eine vertiefte Narbe vor, welche dem Sitze der ehemaligen Fistel entsprach. Der Urin ging nur mittelst heftiger Anstrengung tropfenweise ab, wenn der Mann zugleich mit den Fingern einen Druck auf den krankhaft ausgedehnten häutigen Theil der Harnröhre ausübte. Selbst die dünnste elastische Kerze liess sich nicht durch die Strictur hindurchführen; ein ungewöhnlich hoher Grad der Empfindlichkeit der Harnröhre legte hierbei noch mehr Schwierigkeit in den Weg. — Am 4. Mai Abends stellten sich krampfartige Contractionen der Blase ein, indem der Urin kaum noch tropfenweise herausgedrängt werden konnte; muthmasslich mochte hierzu das wiederholte Einführen von Bougies beigetragen haben, durch welches die verengerte Stelle ohne Zweifel gereizt worden war. Am Morgen des 5. Mai war die Harnentleerung vollkommen unmöglich. Man fühlte die stark ausgedehnte Blase bereits oberhalb der Schambeinfuge; auch der häutige Theil der Harnröhre erschien hinter der Strictur merklich ausgedehnt. Da unter diesen Umständen bei längerer Zögerung Brand oder abermalige Ruptur der Harnröhre zu fürchten war, so erschien die Beschleunigung der Operation indicirt. Diese wurde deshalb sogleich unter Assistenz der Herren DD. O. Fischer, C. G. Jaeger u. A. in folgender Art ausgeführt:

Dem in der Lage zum Steinschnitte befindlichen Manne wurde zunächst eine gerinnte Steinsonde bis zur Strictur in die Harnröhre geführt. Ich spaltete hierauf dicht hinter dem Scrotum das Mittelfleisch, genau in der Mittellinie, und indem ich nun die Sondenrinne durchfühlte, stach ich ein spitzes Scalpell bis in die Rinne ein, öffnete so die Harnröhre, und suchte jetzt eine sehr feine Hohlsonde durch die Strictur von vorn nach hinten durchzubringen. Dies gelang endlich; die Strictur wurde gespalten und gleich nach Eröffnung des hinter ihr gelegenen Theils der Harnröhre strömte der Urin durch die künstliche Oeffnung in grosser Menge hervor. Durch die letztere wurde dann ein elastischer Katheter in die Blase geführt und an eine gespaltene T-Binde befestigt, der Operirte hiernach aber auf sein Lager zurückgebracht. Es hatte sich hierbei gefunden, dass die Harnröhre in der Gegend der Verengerung auf eine Länge von mehreren Linien in ein knorpelähnlich hartes fibröses Gewebe umgewandelt war. — Am 7. Mai traten Schmerzen in der Blase ein, die durch Druck zunahmen; es wurde eine Ricinusöl-Emulsion innerlich und Einreibungen von warmem Oel äusserlich angeordnet. Am 8. Nachmittags nahmen die Schmerzen den ganzen Unterleib ein, der aufgetrieben erschien. Der Puls beschleunigt und voll, die Haut heiss. Nach wiederholten fäculenten Stuhlentleerungen mässigten sich diese Erscheinungen zwar. Dennoch fand sich am 9. Morgens ein heftiger Schüttelfrost ein, der drei Viertelstunden lang dauerte, und die Symptome der Cystitis liessen sich nicht mehr verkennen. Der Katheter wurde nun entfernt, ein Aderlass von ℥vij vorgenommen, ein lauwarmes allgemeines Bad angeordnet und erweichende Klystiere wiederholt gesetzt. Da die Wunde im Damme geschwollen und entzündet erschien, so wurden dort zugleich Blutegel angesetzt. Am 11. hatten sich alle Entzündungs-Erscheinungen gemässigt, nur das Glied und die Eichel waren noch bedeutend geschwollen; das Fieber hatte sich fast verloren. Innerlich: Ricinus-Emulsion; äusserlich: lauwarme Breiumschläge auf die Mittelfleischgegend. Später fühlte der Operirte durch fortgesetzte allgemeine und Sitzbäder, ebenso durch Umschlagen von lauem Bleiwasser die Spannung bedeutend gemässigt. Am 15. entleerte sich der bis dahin nur tropfenweise abgegangene Urin durch die Wunde in vollem Strahle, jedoch war er immer noch mit vielem Schleime gemengt; am 19. konnte ein Katheter zum ersten Male von dem *Ostium cutaneum* aus bis in die Blase geführt werden. Man reichte von jetzt an innerlich einen Aufguss von Chinarinde und Rhabarberwurzel mit einer bittern Tinctur. Vom 25. Mai ab ertrug er das tägliche Einbringen einer Kerze auf eine Stunde lang. Beim Harnen entleerte sich der grössere Theil des Urins durch die Urethra, nur des Nachts geschah dies mehr durch die Wunde im Mittelfleische. Obgleich im Laufe des Juni der schleimhaltige Urin immer noch auf einen entzündeten Zustand der Blasenschleimhaut hindeutete, so begann die Wunde im Damme doch schon deutlich zu heilen. Diese Heilung wurde späterhin durch eine Erkältung und deren Folge, eine neue Exacerbation der Blasenentzündung, lange verzögert. Der antiphlogistische Heilapparat musste nochmals in seinem ganzen Umfange zu Hülfe gezogen, die Einführung der Kerzen gleichzeitig fortgelassen werden. Hierbei erweiterte sich die Wunde abermals in merklichem Umfange und liess den grössern Theil des Urins von neuem durch das Mittelfleisch ausfliessen: späthin erst erlaubte die grosse Empfindlichkeit der Blase wieder dünne Kerzen einzubringen, durch deren consequente, oft noch unterbrochene Anwendung man nach geraumer Zeit dahin kam, dem Urin abermals den Weg in der Richtung nach vorn allein anzuweisen. Die Wunde im Damme war bereits seit mehreren Wochen fest vernarbt, ein elastischer Katheter No. 7 liess sich mit Leichtigkeit bis in die Blase führen und der allgemeine Gesundheitszustand des Mannes war völlig hergestellt, als er endlich am 29. December geheilt in die Heimath entlassen werden konnte. Herr Dr. O. Fischer hat sich durch seine unausgesetzten Bemühungen um die Nachbehandlung des Kranken grosses Verdienst um dessen Rettung erworben.

6) 1841. Martin Hülzer, ein 11jähriger Müllersohn in Bonn, war am 20. März 1841 Morgens zu einem Vogelneste hinaufgestiegen, welches sich hoch oben unter dem Dache eines Nebengebäudes befand, als er herabfallend mit seinem Mittelfleisch auf den Rand eines unten stehenden offenen Fasses traf. In dem heftig gequetschten Theile entstanden sogleich brennende Schmerzen, und es war dem Knaben von diesem Augenblicke an unmöglich, den Urin zu lassen. Ein schnell herbeigerufener Arzt ordnete Bleiwasser-Umschläge an, und versicherte, dass die Beschwerden durch diese allmälig gehoben werden würden. Als die Eltern sich aber Abends in dieser Erwartung getäuscht sahen, das schmerzhafte und vergebliche Drängen zum Harnen dagegen bei dem Knaben immer mehr zunahm, so wurde ich um Hülfe ersucht. Ich fand die Harnblase bereits ansehnlich ausgedehnt, oberhalb der Schambeine deutlich fühlbar; ein passender Katheter liess sich durchaus nicht tiefer, als bis in den häutigen Theil der Harnröhre, einführen, die dort offenbar zerrissen war, indem sich bald nach dem Sturze auch Blut vorn entleert hatte. Die Physiognomie des Knaben drückte einen hohen Grad von Angst aus. — Bei dieser Sachlage war offenbar nur die Wahl zwischen der Punction der Blase oder dem Harnröhrenschnitt übrig, wenn nicht Brand, Abscesse und Harnfisteln im Mittelfleische entstehen sollten. Erstere versprach palliative, letzterer radicale Hülfe, und so schwankte ich keinen Augenblick, ihn vorzuziehen, zugleich in der Ueberzeugung, dass, je früher die Operation ausgeführt, je weniger die ursprüngliche Wundentzündung überhand genommen haben würde, um so mehr der Erfolg gesichert sein müsse. Demnach unternahm ich sie noch am Abende des Tages der Verwundung, mit Hülfe der Herren Dr. Bossé und Wundarzt Robert ganz nach der

in den vorigen Fällen näher auseinander gesetzten Weise. Da die zerrissenen Theile hier noch frei von ausgeschwitztem Faserstoff und verhärtetem Gewebe waren, so liess sich die Spaltung der kranken Stelle ungleich leichter ausführen. Nachdem sie geschehen, sprang der Harn in vollem Strahl durch die Wunde hervor; ein elastischer Katheter wurde hierauf von der Wunde aus in die Blase eingelegt. Der von den Ereignissen des Tages erschöpfte Knabe schlief fast die ganze Nacht und befand sich am andern Morgen so gut, dass kaum ein Wundfieber deutlich bemerkbar wurde, auch blieb die örtliche Entzündung sehr mässig. Man begnügte sich deshalb, unter Weglassung aller Arzneien, eine entzündungswidrige Diät und häufiges wässriges Getränk vorzuschreiben. — Am 24. zeigte sich in der Operationswunde schon deutlich eine Neigung zur Narbenbildung. Am 25. war der durch die vordere Harnröhrenmündung eingebrachte Katheter durch Schleim verstopft, der sich auch durch Einspritzungen nicht beseitigen liess. Da nun der Urin neben dem Katheter ausfloss, so wurde dieser entfernt, und man behandelte den Operirten fortan, wie einen Steinschnittkranken, ohne Katheter. Schon am 31. März war die Wunde so verengert, dass der Urin vollständig auf dem normalen Wege ausfloss. Man brachte zwar nachträglich für eine kurze Zeit einen Katheter in die Blase, jedoch nur, um einer etwaigen Verengerung des verwundeten Ortes vorzubauen. Am 7. April war die Heilung beendigt. Der Urin floss in vollem Strahle und ohne alle Beschwerde. Da der Geheilte nach jener Zeit noch zwei Jahre in Bonn verweilte, so erlangte man dadurch um so mehr die Gewissheit, dass in dieser Hinsicht kein Hinderniss irgend einer Art nachgefolgt sei.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik der Universität zu Bonn während dem Sommer-Semester 1851.

Von

Prof. Dr. M. Naumann in Bonn.

Diese Mittheilungen beziehen sich nur auf einige der wichtigeren bisher vorgekommenen Fälle. Ich theile zuvörderst diejenigen mit, welche der stationären Klinik angehören. Manche andere, noch in Behandlung befindliche, so wie verschiedene aus der Poliklinik entlehnte interessantere Krankheitszustände werden später zur Sprache gebracht werden.

Vorläufig will ich nur bemerken, dass in der Poliklinik zwei Beispiele constatirt wurden, die über das gleichzeitige Vorkommen von tuberkulösen und carcinomatösen Affectionen keinen Zweifel übrig lassen.

In der Behandlung der Lungentuberkeln hat sich entschieden am Meisten die combinirte Anwendung des Leberthrans und des Eisens, namentlich in der Form des *Ferrum sulph.*, bewährt [1]. Die Kranken nehmen den Leberthran zu 2 bis zu 4 Esslöffeln täglich, und erhalten dabei das schwefelsaure Eisen zu 2 bis 8 Gran als Taggabe, gewöhnlich in Pillenform. Die Ernährung der Patienten wird möglichst kräftigend und leicht verdaulich eingerichtet, ohne jedoch erregend zu sein. Dass die Armenpraxis in dieser Hinsicht oft auf unübersteigliche Hindernisse stösst, braucht nicht erst erinnert zu werden. Zu localen Blutentziehungen wird nur bei dringenden Indicationen geschritten. Um so häufiger werden Blasenpflaster benutzt, deren Applicationsstellen wohl auch wiederholt gewechselt werden. Weder hektisches Fieber, noch reichliche Sputa, oder colliquative Ausleerungen sind Contraindicationen gegen den Gebrauch des Eisens. Durch grosse, mit gänzlichem Mangel an Esslust verbundene Schwäche, durch pleuritische wie pneumonische Erscheinungen, durch das Zusammentreffen von Brustschmerz, Beklommung und blutigen Auswurf (auch bei mangelnden acustischen Phänomenen) wird das Eisen contraindicirt.

Ich halte das Eisen nicht etwa (wie wohl manche ältere Aerzte) für ein Heilmittel der *Phthisis pulmonalis*. Aber ich bezweifle nicht, dass dasselbe, und zwar in Verbindung mit Leberthran, entschieden dazu beitragen kann, das Leben vieler Phthisiker zu verlängern, und ihren Zustand wesentlich zu verbessern. Fernere Beobachtungen müssen lehren: ob durch die consequente Anwendung dieser Methode in der *Phthisis incipiens* nicht noch grössere Resultate zu erwarten sind. Die Erfahrungen, welche ich seit zwei und drei Monaten bei sieben Studirenden gewonnen habe, die ununterbrochen auf diese Weise behandelt, und dabei wiederholt der genauesten Exploration unterworfen wurden, scheinen zu einigen Hoffnungen zu berechtigen [1].

Unter den poliklinischen Kranken befinden sich mehrere, die mit alten, unzweifelhaften Cavernen versehen sind, bei denen jedoch die örtlichen wie die allgemeinen Functionsstörungen auffallend gebessert, zum Theil ganz beseitigt worden sind, seitdem sie unter der Herrschaft des angegebenen Kurverfahrens sich befinden. Dasselbe ist, mit Unterbrechungen, seit Jahren in Anwendung gezogen worden. Wir vermögen einzelne Individuen vorzustellen, die wieder befähigt worden sind, ihre alten Beschäftigungen und Gewerbe zu treiben, woran vor der Kur nicht zu denken war. Die in die stationäre Klinik aufgenommenen Phthisiker befinden sich in der Regel in einer so vorgerückten Periode ihrer Krankheit, dass sie selten zu gleich erfreulichen Beobachtungen die Veranlassung geben.

Bei anämischen Phthisikern, namentlich bei Kindern, wird bisweilen, statt des *Ferr. sulph.*, die *Tinct. ferri pomata*, das *Ferr. lacticum*, selbst das *Ferr. jodatum* benutzt. Einigemal gelang es, durch *Plumbum* die dem Gebrauche des Eisens entgegengesetzten Hindernisse zu beseitigen.

Ich hoffe, später auf diesen Gegenstand ausführlicher zurückzukommen. Jetzt gehe ich zur kurzen Darstellung einiger nicht unwichtigen klinischen Fälle über.

I. Ungenügende Diagnose. Anschwellung der Leber. Lungenabscesse mit Erguss in das *Mediastinum posticum*. Exulceration des carcinomatös degenerirten Oesophagus.

Joh. Karthaus, gegen 60 Jahr alt, früher dem Trunk ergeben, hat immer unter Kummer und Sorgen gelebt. Am 3. Mai d. J. sah ich ihn zuerst. Bereits seit längerer Zeit befand er sich in klinischer Behandlung. Die Untersuchung ergab als vorläufige diagnostische Folgerung: Anschwellung und Verhärtung der Leber, Verengung der Cardia, mit dem Verdacht von Geschwüren daselbst; chronische Bronchitis, mit muthmasslicher Bronchiektasie in verschiedenen Gegenden der Lungen. Ord.: *Kali acet.* ʒjß *solve in Decoct.* ℥viij *ex Rad. taraxaci* ℥j, *Rad. rhei* ʒj; — Blasenpflaster auf die vordere Brustfläche, ölige Einreibungen in die Lebergegend.

Den 9. Mai. Klagen über lästigen Schmerz in der rechten Schulter, so wie über schmerzhaften Druck, der von der Herzgrube ausgehend linkerseits bis gegen den Rücken sich verbreitet.

Den 14. Mai. Die Arznei war ohne Erfolg bis zum heutigen Tage gebraucht worden. Nur der Schmerz in der linken Seite hatte (bei der Anwendung von *Aq. amygdalar. amar.*) bedeutend abgenommen. Die Hauptklagen beziehen sich auf quälenden Husten und auf Schmerz im rechten Hypochondrium, der durch Druck kaum vermehrt wird. Obigem Decoct wird, statt des *Kali acet.*, *Spir. sulphurico-aethereus* (ʒj) zugesetzt.

Den 17. Mai. Da Schmerz beim Genusse der Nahrungsmittel eingetreten ist, der bisher sehr erträglich war, und da zugleich der Appetit bedeutend abnimmt, so wird der *Spir. sulph. aeth.* aus der Arznei entfernt.

Den 18. Mai. Die genauere Untersuchung scheint über die Gegenwart der Lebergeschwulst keinen Zweifel zu gestatten. Der Percussionston ist rechterseits bis zur 4. *Costa vera* leer und matt; in diesem ganzen Raume fehlt jedes respiratorische Geräusch; oberhalb der 4. Rippe ist bronchiales Athmen wahrzunehmen. Der linke Leberlappen scheint an der Vergrösserung Antheil zu nehmen.

Den 25. Mai. Bis zum heutigen Tage Decoct von Taraxacum (℥j) und Rheum (ʒij) ohne sonderlichen Erfolg. Nur der Appetit war besser geworden; die Darmausleerungen erforderten häufig die Beihülfe von Klystieren; Fiebersymptome fehlen, wie bisher, gänzlich. — Es wird beschlossen, den Magen möglichst mit Arzneimitteln zu verschonen, dagegen die nitro-muriatischen Fussbäder anzuwenden. Zweimal täglich nimmt Pat. ein solches Fussbad.

Den 28. Mai. Klagen über klemmenden Schmerz in der Gegend der Cardia beim Hinabschlingen der Speisen. Pat. behauptet, deutlich zu fühlen, wie der Bissen erst nach längerem Verweilen daselbst in den Magen gelangt; Regurgitation des Bissens und Erbrechen fehlen, obgleich Brechneigung nach der Mahlzeit gewöhnlich ist.

Den 30. Mai. Die verstärkten nitro-muriatischen Fussbäder fangen an eine günstige Einwirkung zu äussern. Der Kranke sieht besser

[1] Diese vom sel. Nasse, unter Berücksichtigung strengen Individualisirens, geschätzte Methode ist besonders durch Hrn. Dr. Hermann Weber, bisher erstem Assistenzarzte des Instituts, gegenwärtig Arzte des deutschen Hospitals zu London, mit grossem Fleisse geprüft und ausgebildet worden.

[1] Auf hiesiger Universität findet die löbliche Einrichtung statt, dass jedem Studirenden freigestellt wird, dem „akademischen Krankenvereine" beizutreten. Das Abonnement beträgt für das Semester 15 Sgr. Für diesen geringen Beitrag wird den Theilnehmenden in vorkommenden Fällen (versteht sich, unentgeltliche) ärztliche wie auch wundärztliche Pflege und Behandlung gewährt. Die Zahl der in diesem Semester der medicinischen, resp. der chirurgischen Klinik überwiesenen Studirenden beträgt 302.

aus, fühlt sich bei und nach dem Essen weniger belästigt. Die Lebergegend scheint an Völle zu verlieren.

Den 31. Mai. Nachdem Pat. so unvorsichtig gewesen war, ein kaltes Fussbad zu nehmen, war nicht allein der heftigste Husten eingetreten, sondern es hatte überdies am linken Knie eine rheumatische, mit starker Ausschwitzung verbundene Entzündung sich gebildet. Aeusserst empfindlicher Schmerz, der beim Druck gegen die Kniekehle unerträglich wird; Anschwellung und Spannung der Haut über dem Kniegelenke, auf welcher zahlreiche Gefässnetze sichtbar werden; das Bein kann nur flectirt gehalten werden. — Ord.: 10 Schröpfköpfe in der Umgebung der Kniegeschwulst; Salpeterüberschläge auf dieselbe.

Den 1. Juni. Einige Besserung der Localaffection. Da der empfindliche Schmerz auf eine kleine Stelle unterhalb und rechts von der Patella sich beschränkt, so werden daselbst 6 Blutegel applicirt.

Den 8. Juni. Der Schmerz in der fast unverändert bleibenden Kniegeschwulst hatte wiederholt einen solchen Grad von Intensität erreicht, dass Blutentziehungen nothwendig geworden waren. — Einreibungen von Mercurialsalbe, mit Kampher und Jodkali; später Jodsalbe allein; ein Vesicans oberhalb des Knies. Appetit erhält sich leidlich; Fieber ist nicht zugegen. Zum innerlichen Gebrauche Aconit mit Guajak.

Den 10. Juni. Keine wesentliche Besserung. Eine sehr empfindliche Stelle der Kniegeschwulst erfordert abermals die Anwendung von 4 Blutegeln. Das Vesicans wird unterhalb des Knies verlegt. Hartnäckiger Husten. Am Abend *Pulv. Doweri.*

Den 14. Juni. Allen Mitteln zum Trotze nehmen die Schmerzen zu, die Kniegeschwulst wird bedeutender, die überdeckende Haut ist geröthet. Wiederum 4 Blutegel; darauf wird die Geschwulst mit einem Cicutapflaster bedeckt.

Den 15. Juni. Die Entzündung in der Umgebung des Knies ist fortwährend im Zunehmen begriffen; der Appetit verliert sich; mässiges Fieber. Pat. erhält ein Chinadecoct mit Schwefelsäure; 8 Blutegel an das Knie; am Abend eine Dosis Opium.

Den 16. Juni. Pat. hat eine bessere Nacht gehabt. Am Morgen erfolgte unerwartet, mit einem heftigen Hustenanfalle, der Auswurf von etwa 2 Unzen Blut. Auch am Tage wirft er *Sputa sanguinolenta* aus. Dabei kein Fieber; weder Brustschmerz noch Beklemmung; die genaue Exploration der Brust giebt keine Aufschlüsse. — Fortgebrauch der China; Umwickelung des Knies mit Watte; Verlegung des Vesicans auf die innere Seite der Kniegeschwulst.

Den 17. Juni. Der Blutauswurf hat sich nicht wiederholt. Die Kniegeschwulst scheint etwas abgenommen zu haben, und ist weniger empfindlich.

Den 18. Juni. Abnahme des Hustens bei dem ununterbrochenen Gebrauche der China mit Schwefelsäure. Geringerer Knieschmerz. Da der ganze Unterschenkel ödematös ist, so wird das Bein, von unten beginnend, vorsichtig und mit Vermeidung stärkeren Druckes umwickelt.

Den 21. Juni. Der Husten wird häufiger und quälender; Pat. ist hinfällig, aber durchaus fieberlos. Fortgebrauch der China; Abends ein Hypnoticum. Kniegeschwulst unverändert; die durch das zuletzt gelegte Vesicator wund gemachte Hautstelle wird in Eiterung erhalten; das Knie bleibt in Watte gehüllt.

Den 22. Juni. Abermalige Abnahme des Knieschmerzes. Da Pat. an grosser Flatulenz leidet, so wird der China, statt der Säure, *Spir. sulph. aeth.* zugesetzt.

Den 23. Juni. Der Kranke hat wieder etwas Blut ausgehustet, fiebert jedoch nicht im Geringsten. Die Kniegeschwulst scheint immer mehr die Beschaffenheit des *Tumor albus* anzunehmen. Die Empfindlichkeit besteht nur noch auf einer beschränkten Stelle in der Nähe des *Condylus internus.* Diese Stelle wird mit einem neuen Blasenpflaster bedeckt. Das Knie soll allmälig mehr gestreckt werden.

Den 24. Juni. Der Husten dauert fort, jedoch ohne allen Blutauswurf. Die China ist dem Kranken zuwider und raubt ihm den Appetit. Sie wird endlich ausgesetzt, dagegen ein Altheadecoct mit Hyoscyamusextract verordnet.

Den 26. Juni. Allgemeinbefinden besser, Husten geringer, kein Fieber. Es wird die Bepinselung des Knies mit verdünnter Jodtinctur begonnen, welche täglich wiederholt werden soll. Der Unterschenkel ist immer noch etwas ödematös und kann nicht extendirt werden.

Den 30. Juni. Langsam fortschreitende Besserung.

Den 3. Juli. Der Kranke giebt sich der Hoffnung hin. Er vermag das rechte Bein wieder auszustrecken, wenn auch mit Mühe und Anstrengung. Am Abend dieses Tages wird Pat. von Unruhe, Bangigkeit, Beklommenheit und Husten befallen.

Den 5. Juli. Die Wendung zum Schlimmen ist entschieden: Zunehmende Hinfälligkeit. Der Kranke klagt über grenzenlose Mattigkeit, wird gedächtnissschwach und verfällt ab und zu in einen subdelirirenden Zustand; Puls mässig beschleunigt, klein und leer. Auf der linken Seite des Rückens vernimmt man consonirende Respiration und kleinblasigen Rhonchus, bei gedämpfter Resonanz; auf der vordern Brustfläche supplementäre Respiration, bei hellem, zugleich ziemlich vollem Percussionston. Verordnung: *Inf. Rad. Senegae et Liquirit. cum Liq. Ammon. anisati*, einige Schröpfköpfe auf dem Rücken, Blasenpflaster auf der Brust.

Den 8. Juli. Täglich wird der Zustand hoffnungsloser. Respiration mühsam, ängstlich, beschleunigt, Husten selten, Puls sehr klein; Entkräftung und Verfall überaus gross; gänzlicher Verlust des Appetits; grosse Apathie, in der Nacht mussitirendes Delirium. Die Untersuchung des Thorax zeigt am ganzen Rücken, vorzüglich links, gedämpfte Resonanz und consonirendes Athmen; unterhalb der Schulterblätter ist die Resonanz matt und leer; auf der vorderen Brustfläche ist die Resonanz hell und voll; das Athmen theils consonirend, theils pueril. — Diagnose: hypostatische Pneumonie, theilweise Hepatisation, vielleicht ausserdem Exsudat. — Verordnung: *Inf. Flor. Arnicae c. Liq. Ammon. anisat.*; etwas Wein. Die schlechteste Prognose.

Den 9. Juli. Pat. hatte den Tag über comatös, mit thränenden Augen gelegen, und starb sanft am Abend gegen 10 Uhr. — Die Leiche erhielt alsbald eine Bauchlage.

Section den 11. Juli, Vormittags 10 Uhr. Der ganze untere Lobus der linken Lunge hepatisirt; Bronchien erweitert; der obere Lobus zum Theil noch respirationsfähig, zum Theil emphysematisch oder ödematös infiltrirt. Im rechten Pleurasacke an 16 Unzen eines purulent-saniösen Extravasates; Lungenpleura in weitem Umfange mit fibrinösen Ablagerungen bedeckt; Lungensubstanz zum Theil splenisirt; im unteren Lobus der rechten Lunge mehrere mit einander in Verbindung stehende Abscesse, doch ohne deutlich ausgesprochene tuberkulöse Affection in der Umgebung. Diese Abscesse hatten die rechte Lunge perforirt und communicirten mit einem jauchigen Eiterdepot im *Mediastinum posticum*, durch welches die äussere Oberfläche des Oesophagus exulcerirt, jedoch nicht durchbrochen worden war; mit derselben hingen mehrere drüsenartige Massen vom Umfange einer Erbse bis Wallnuss zusammen. Die innere Fläche des Oesophagus war in einer bedeutenden Strecke mit knotigen Auswüchsen bedeckt, welche sämmtlich exulcerirt waren, zwischen diesen Massen hatte ein gangbarer Kanal sich erhalten. — Herz ziemlich normal. — Leber mässig vergrössert, hauptsächlich im Dickedurchmesser, derb, von bleichrother Farbe, wenig Blut enthaltend; am *Lobulus Spigelii* befanden sich, ausserhalb der Leber, zwischen ihr und der Serosa, festweiche, drüsige Massen, von denen die eine den Umfang einer Kastanie besass. — Milz derb, nicht vergrössert, arm an Blut. — Magen und Darmkanal gesund.

Die krebsartigen Tumoren enthielten, wie die mikroskopische Untersuchung nachwies, zahlreiche spindelförmige Zellen.

2. Colliquative Diarrhöe bei einem Phthisiker, die nur durch Wachsmixtur beschwichtigt werden konnte.

H. Ritzfeld, Färbergesell, litt bereits seit mehreren Monaten an Husten, ohne jedoch den gewohnten Branntweingenuss aufzugeben. Nachdem er drei Wochen an einem schmerzlosen, aber heftigen und äusserst entkräftenden Durchfall gelitten hatte, wurde er am 31. Mai in die Klinik aufgenommen. Der Appetit ist äusserst gering.

Bei der Untersuchung ergab sich Folgendes: Bauch weder aufgetrieben noch schmerzhaft; Zunge sehr roth, etwas trocken; geringer Durst; weder Kopfschmerz, noch andere Fiebersymptome. Der Kranke klagt über grosse Mattigkeit, spricht aber wenig, klagt auch nicht und ist überhaupt wenig mittheilbar. Seine Hauptbeschwerden beziehen sich auf empfindlichen Schmerz in den Zehen, der bis zum Fussrücken sich fortsetzt und besonders durch das Gehen hervorgerufen wird. Diese Theile bieten übrigens nichts Krankhaftes dar und schmerzen nicht bei der Berührung. In den Nächten wird Pat., seiner Aussage nach, durch Husten viel gequält.

Die Untersuchung der Brust ergiebt matte Resonanz in der Subclaviculargegend auf beiden Seiten, vorzüglich rechterseits, und bronchiale Respiration, welche in der rechten Mammalgegend einen *Rhonchus mucosus* erreicht. Am obern Theile der hintern Thoraxfläche ist die Respiration gleichfalls bronchial; in der *Regio infrascapularis* auf beiden Seiten pueriles Athmen.

Bis zum 23. Juni nahm die Behandlung des Durchfalles alle Aufmerksamkeit in Anspruch. Derselbe schien gar nicht gebändigt werden zu können. Wenn es auch gelang, ihn für ganze oder halbe Tage zu beseitigen, so traten dann wieder bei der nämlichen Behandlung 10 bis 12 Ausleerungen täglich ein. Der Reihe nach wurden Ipecacuanha, Opium, Columbo, Cascarilla, Alaun, Blei, mannigfach verbunden, in nicht geringen Gaben in Anwendung gezogen. Stärkeklystiere mit Opium, Sublimat, Blei blieben nicht unbenutzt; in der Ileocöcalgegend wurde mehrere Wochen lang eine eiternde Fläche unterhalten, obgleich weder Anschwellung noch die geringste Empfindlichkeit daselbst zu constatiren war.

Während dieser Zeit traten nur selten deutliche Fiebererscheinungen auf; Puls im Allgemeinen wenig beschleunigt; Zunge meist sehr roth, selten belegt; der Schlaf wurde durch den in der Nacht besonders lästigen Husten gestört; ziemlich bedeutender, eiteriger Auswurf; geringer Schweiss. Der Schmerz in den Beinen hatte schon in den ersten Tagen sich völlig verloren.

Nachdem in der schlaflos hingebrachten Nacht vom 23. zum 24. Juni zwölf flüssige Darmausleerungen erfolgt waren, erhielt Pat. eine Wachsmixtur mit Opium, von der er allstündlich 1 Esslöffel nahm. Die eiternde Fläche in der Ileocöcalgegend wurde unterhalten.

Da der Durchfall vollkommen steht und der Constipation gewichen ist, so wird vom 26. Juni an die Wachsmixtur nur zweistündlich genommen. Bis zum 28. Juni geht alles gut. — Am 29. Juni einige flüssige Stühle. – Am 30. Juni. Da die Entkräftung sehr rasch zunimmt, so wird abwechselnd mit der Wachsmixtur, Malaga (zu 1 Esslöffel alle 2 St.) gereicht. — Bis zum 6. Juli erträgliches Befinden, bessere Nächte, mässiger Durchfall.

8. Juli. Es wird der Versuch gemacht, statt der Wachsmixtur und dem Weine, die bisher erzielten Erfolge durch ein saturirtes Decoct von Columbo, mit Cascarilla und Hyoscyamus zu erhalten. Die Hoffnung wurde getäuscht. Der Durchfall kehrte mit ungemeiner Heftigkeit zurück. Grosse Schwäche; sehr kleiner Puls: somnolent-apathischer Zustand; grosse Schwerhörigkeit.

10. Juli. Wachsmixtur und Stärkeklystiere mit Opium; worauf Ermässigung des Durchfalles eintrat. Bauch weder aufgetrieben noch schmerzhaft.

14. Juli. Da die Wachsmixtur sich nicht, wie früher, bewährt, so wurde, jedoch ohne Erfolg, das salpetersaure Wismuthoxyd in grossen Dosen gereicht. Rascher Verfall; öfteres Delirium, mühsamer Husten mit Schleimrasseln. Am Nachmittage des 15. Juli heftige Aufregung. Der delirirende Kranke war, seiner Schwäche zum Trotz, kaum im Bette zurückzuhalten und verlangte mit Ungestüm nach der Heimath Nachdem diese *Deliria anxia* die Nacht angehalten hatten, entstand am Morgen des 16. Juli Bewusstlosigkeit. Um 2 Uhr Nachmittags sanfter Tod.

Section den 17. Juli, Nachmittags 6 Uhr. Beide obere Lungenlappen mit erweichten Tuberkeln und mit kleinen Höhlen erfüllt. Untere Lobi fast gesund. Schleimhaut des Magens erweicht; im *Saccus coecus* waren alle Magenhäute so erweicht, dass sie dem Fingerdrucke nachgaben. Dünndarm an vier verschiedenen Stellen, in der Ausdehnung von 6—12 Zoll, sehr stark injicirt und seiner Schleimhaut beraubt. Diese Entzündungsröthe verbreitete sich auf das Mesenterium, dessen Drüsen nur wenig geschwollen, aber nicht erweicht waren. Nur im untern Theile des Ileum wurde ein einziges, nicht sehr umfängliches Geschwür angetroffen, in dessen Umgebung entzündliche Stase stattfand. Schleimhaut des Dickdarms erweicht, theilweise ganz verschwunden; keine Entzündung. Leber ziemlich gross, derb, von gelblicher Farbe; Milz sehr vergrössert, hyperämisch, erweicht.

3. Unerwarteter Tod eines Diabetikers.

Fr. Moldhaupt, 34 Jahre alt, aus dem Bergischen. Schon seit mehreren Jahren leidet derselbe an Diabetes. Im vorigen Semester war er längere Zeit, ohne sonderlichen Erfolg, mit Opium und Eisen behandelt worden. Zuletzt hatte Geh. Med.-Rath Nasse ihn 6 Wochen ausschliesslich, ohne Arzneigebrauch, mit kalten Einwickelungen behandelt. Das Resultat war nicht günstig, obgleich die Einwickelungen reichlichen Schweiss bewirkten. Die Harnmenge erhält sich durchschnittlich auf 19 Pfd. täglich. Der Zuckergehalt betrug durchschnittlich 40 auf 1000 Theile Harn [1]). Appetit gut; Verstopfung hartnäckig; Pat. sieht noch gut genährt aus.

Nachdem der Kranke mehrere Tage Gegenstand der Beobachtung gewesen war, wurde die neue Behandlung durch ein Purgirmittel eingeleitet, indem die Gedärme mit Fäcalmassen angefüllt waren. Vom 12. bis zum 26. Mai nahm der Kranke Perubalsam (*Bals. peruv.* ℥j, *Aether. sulphur.* ℥ij. Viermal täglich von 20 bis zu 35 gtt.). Der Zuckergehalt stieg allmälig bis auf 00,57; die Harnmenge schwankte zwischen 22 und 18 Pfund. Der Kranke beklagt sich oft über Wallungen und Flatulenzbeschwerden; Puls 90; grosser Durst. Er bittet, ihn mit Klystieren und Purgirmitteln möglichst zu verschonen, indem er bei stattfindender Verstopfung sich besser befinde.

Den 27. Mai. Der von Neumann empfohlene Perubalsam hatte nicht den geringsten Erfolg gehabt. Der Genuss vegetabilischer Nahrungsmittel wird noch mehr beschränkt, als es bisher der Fall gewesen war. Pat. erhält reichliche Fleischmahlzeiten, Eier, Käse, und dabei täglich 3 Gran Opium mit 1 Drachme Magnesia. — Den 31. Mai. Er behauptet, sich besser zu befinden. Schlaf sehr gut, auch am Tage grosse Schläfrigkeit, Haut öfters feucht, kein Kopfschmerz, kein Schwindel, Stuhlgang ist eingetreten.

Den 5. Juni. Der Zuckergehalt war auf 44 hinabgegangen. Da über grosse Schläfrigkeit, Taumel und Kopfschmerz mit Hitze geklagt wird, so erhält Pat. nur 2 Gr. Opium pro Tag. — Den 8. Juni. Puls beschleunigt, Gesicht roth, Temperatur der Haut erhöht, Eingenommenheit des Kopfes; unruhige, beinahe schlaflose Nächte; grosser Durst; täglich eine mässige Darmausleerung. Das Opium wird vorläufig ganz ausgesetzt; dafür sollen täglich von der Magnesia $1\frac{1}{2}$ Drachmen genommen werden.

Den 10. Juni. Die Kopfsymptome haben sich verloren. Dagegen erhält sich die Pulsfrequenz. Grosses Ermüdungsgefühl; weniger gute Nächte. Unbestimmte, schmerzhafte Empfindungen in der Brust; öfterer Husten. Die Untersuchung giebt nur auf der linken Seite von der *Regio subclavicularis* bis zur *R. mammaria* gedämpften Ton und theils bronchiales, theils unbestimmtes Athmen. Dieses Verhältniss war bereits bei der ersten Untersuchung constatirt worden. Es machte die Gegenwart von tuberkulösen Ablagerungen sehr wahrscheinlich.

Den 12. Juni. Es wird beschlossen, dass der Kranke, nach der Methode von Ronander, mit *Morphium aceticum* behandelt werden soll (gr. vj *in Aq. destill.* ℥ij. Morgens und Abends 5 gtt.). Den 15. Juni. Pat. fühlt sich sehr hinfällig; sein Appetit hat abgenommen; Husten mässig, mit geringem Auswurf von gelben Sputis; vage, nicht beträchtliche Schmerzen in der Brust. Die Untersuchung der Brust bietet keine Resultate dar. — Den 17. Juni. Keine wesentliche Veränderung; etwas Schmerz in der Milzgegend, wahrscheinlich von der Ueberfüllung des Colon herrührend. Von der Solution des Morphium ist die Dosis bis auf 7 Tropfen erhöht worden. — Den 18. Juni. Husten und Schmerzhaftigkeit in der Brust werden lästiger; Appetit besser; Darmausleerungen ziemlich in Ordnung; Puls 80 bis 85. Quantität des Harns vermindert (15 Pfd.), nicht so der Zuckergehalt (00,51).

Den 21. Juni. Herumziehender Schmerz in der Brust, leichte Beklemmung, vermehrter Husten mit schleimig-eiterartigem Auswurf; Appetit und Schlaf besser; Harn bis zu 12 Pfd. vermindert. Die Gabe des Morphium wird auf 8 Tropfen erhöht. — Den 22. Juni. Husten und Brustschmerz nehmen zu; etwas Schwindel. Gabe von 9 Tropfen. Bis zum heutigen Tage und an demselben hatte Pat. die Tagesstunden immer ausserhalb dem Bette zugebracht.

Den 23. Juni. Der Schwindel wird so bedeutend, dass das Morphium ganz ausgesetzt werden muss. Verengung der Pupillen ist nicht zugegen. Schmerz und Beklemmung der Brust haben in der Nacht bedeutend zugenommen: lebhafter Husten mit grünlichem, zähem, eiterhaltigem Auswurf; am ganzen obern Theile des Thorax, vorzüglich vorn, hört man theils bronchiale Respiration, theils schleimigen Rhonchus; Puls beschleunigt; mangelnder Appetit, aber auch geringer Durst; verhältnissmässig sparsame Harnabsonderung. — Grosses Blasenpflaster auf die vordere Brustfläche.

Den 24. Juni. Am Morgen war Pat., nach einer grossentheils schlaflos hingebrachten Nacht, sehr aufgeregt und ängstlich. Er klagte, bei mässigem Husten und bei äusserst beschleunigtem, aber weichem Pulse, über empfindlichen Schmerz der vom obern Theile des Sternum nach hinten sich verbreitete, und über einen eben so peinlichen Schmerz in der Tiefe der rechten Seite der Brust. Die Exploration führte zu keinem bestimmten Ergebnisse. Am unteren Rande des Thorax rechterseits wurden 8 Schröpfköpfe applicirt. — Mittags 12 Uhr. Pat. ist ausser sich wegen des heftigen Schmerzes in der rechten Seite; grosse Angst: geringer Husten, der einige blutige Sputa ausbringt; Puls 130. Der stark gedämpfte Percussionston am untern Theile der rechten Thoraxhälfte berechtigt kaum zur Annahme eines bereits vorhandenen pleuritischen Exsudats. Indessen wurden 8 Blutegel angewendet und Blei mit Opium verordnet. — Um $2\frac{1}{2}$ verlor sich der Schmerz; dafür treten die Symptome von beginnender Lungenlähmung auf; Pat. betäubt und zugleich halb verwirrt, giebt unpassende Antworten, verräth dabei die heftigste Angst; Hände kühl, Puls klein und sehr beschleunigt. Ord.: Essigklystiere, Blasenpflaster, Kampher. — Um 7 Uhr Abends glich Pat. einem Sterbenden. Binnen kurzer Zeit wurde dem Bewusstlosen 1 Drachme *Liq. Amm. caust.* mit Wein eingeflösst; die Brust mit einem grossen Sinapismus bedeckt. Darauf fand sich für einige Zeit der verschwundene Puls wieder ein. Ein ätherhaltiges Klystier konnte nicht beigebracht werden. Fruchtlos wurde 1 Drachme Ipecacuanha mit Schwefeläther in den Magen gebracht. Gegen 12 in der Nacht erfolgte der Tod.

Section den 25. Juni, Nachmittags 6 Uhr. Nach Eröffnung der Brusthöhle geringes aber frisches, faserstoffiges Exsudat auf der wenig injicirten Pleura des unteren Lobus der rechten Lunge; im Pleurasacke daselbst gegen 15 Unzen einer röthlichen, trüben, nicht flockigen Flüssigkeit; in der Lungenspitze dieser Seite einige Tuberkel; vergrösserte, harte Bronchialdrüsen am rechten Bronchus; übri-

[1]) Die quantitativen Bestimmungen rühren von Hrn. Kreisphysikus Dr. Böcker her, welcher dieselben zu ermitteln die Güte hatte.

gens ist die rechte, etwas emphysematische Lunge kaum hyperämisch zu nennen. Im linken Pleurasacke keine Flüssigkeit; dagegen war der ganze obere Lobus dieser Seite theils splenisirt, theils hepatisirt; in der Lungenspitze befand sich ein abgegrenzter Abscess von dem Umfange einer Wallnuss, der von kleinen, vereinzelten Tuberkeln umgeben war, die übrigens vermisst wurden; der untere Lobus dieser Seite emphysematisch. — Herz klein, welk, bleich. — Magen mässig gross; dessen Schleimhaut fest und derb, bleich, an einzelnen Stellen dunkel marmorirt. — Gedärme ziemlich ausgedehnt. Dickdarm mit harten Kothmassen angefüllt. — Leber vergrössert, sehr blutreich, derb; Milz klein, wenig Blut enthaltend. — Nieren nicht vergrössert; nur linkerseits etwas hyperämisch; Nierenbecken nicht ausgedehnt. — Blut und Muskeln waren normal gefärbt. — In dem Exsudate weist die mikroskopische Untersuchung viel Blut- und Eiterkörperchen nach.

4. Nützliche Anwendung des *Kali aceticum* bei einer harten, mit habituellem Ikterus verbundenen Lebergeschwulst.

Seit mehr als 3 Jahren leidet der Kranke, in Folge eines intermittirenden Fiebers, an einer bedeutenden Geschwulst der Leber. Eben so lange ist er mit Ikterus behaftet. Die Gelbsucht ist ununterbrochen zugegen. Sie erreicht jedoch in unregelmässigen Perioden, je nach 5 — 8 Wochen einen sehr hohen Grad, so dass dann mehrere Wochen ein dunkel broncefarbiges, ins Grünliche spielendes Colorit vorherrschend wird. Die derbe, hart anzufühlende Leber ragt $^3/_4$ Zoll unter dem *Limbus costarum* hervor, und ausserdem kann die Lebergeschwulst bis zur 3. wahren Rippe constatirt werden. Die Percussion der vorderen Lebergegend verursacht bloss geringen Schmerz; wird dagegen die Percussion am Rücken ausgeübt, so empfindet Pat. einen ziemlich lebhaften Schmerz vorn im rechten Hypochondrium. Auch ein mässiger Grad von Milzgeschwulst wird durch die Untersuchung constatirt. Gedärme durch Gas sehr ausgedehnt. Dem obern Theile des Thorax auf der rechten Seite entspricht ziemlich leere, oben helle Resonanz; links ist der Ton voller, das vesiculäre Athmen ebendaselbst pueril; einige Dyspnöe; bisweilen kurzer Husten. Appetit recht gut, Durst gross, Darmausleerungen zögernd, hart, seit einiger Zeit etwas gallig gefärbt. Hautjucken; kein Gallenpigment im Harne; Puls zwischen 50 und 70 schwankend; Nächte unruhig, durch ängstliche Träume meist schlaflos gemacht.

Die Behandlung wurde am 3. Mai eröffnet. Pat. bekam Rhabarber mit kohlensaurem Natron. — Am 7. Mai. Es wird beschlossen, täglich 2 Drachmen essigsaures Kali in Auflösung, ohne allen Zusatz nehmen zu lassen. Zugleich wird ein Setaceum an das rechte Hypochondrium applicirt. — Diese Behandlung wurde mit Unterbrechung von 4 Tagen, an denen alle Arznei wegblieb, bis zum 31. Mai fortgesetzt. Der Erfolg war ein überaus günstiger. Bereits nach 8 Tagen fanden sich reichliche, stark mit Galle tingirte, breiige Darmausleerungen ein, die zwei- bis dreimal täglich sich wiederholten. Die Gelbsucht nahm täglich ab, die Lebergeschwulst begann an Volumen zu verlieren, der Schlaf in den Nächten blieb bald ganz ungestört; Lebenslust und Lebenskraft hoben sich täglich.

Vom 31. Mai bis zum 9. Juni nahm Pat. *Ol. terebinthinae* (ʒj *ad Decoct. Alth.* ℥vj; dreistündlich 1 Esslöffel) mit gleich günstigem Erfolge. Die Besserung war unzweifelhaft. Keine Functionsstörung fand mehr statt, so dass der Kranke, obgleich noch immer mit deutlich ikterischem Colorit und mit nur wenig verminderter Lebergeschwulst, am 10. Juni entlassen werden konnte, um seinen ländlichen Beschäftigungen obzuliegen.

(Fortsetzung folgt.)

Zwei hartnäckige Krankheitsfälle versteckter unscheinbarer Veranlassung, endlich erkannt und geheilt.

Von

Dr. Gerh. v. Breuning,

Regimentsarzt in Wien.

Obgleich es bei manchen Krankheiten eben nicht so sehr darauf ankommt, welcher besondern Ursache sie ihr Auftreten verdanken, oder doch die Vermuthung, unbeschadet der Therapie, im Gebiete der ätiologischen Forschung, innerhalb ziemlich weiter Grenzen sich bewegen darf, erfordert der einzuschlagende Heilplan für die Mehrzahl der Krankheitsfälle die genaueste Ermittelung der Grundursache. Nur ein unmittelbar nach dieser nächsten Ursache der Krankheit gerichtetes Heilverfahren wird in solchen Fällen Heilung schaffen, und zwar oft mit dem geringsten Aufwand von Mitteln, während natürlich die ganze übrige Apotheke im blossen Symptomengefechte nutzlos und zeitraubend, wenn nicht gar schadenbringend, vergeudet wird.

Ist es nun in vielen Krankheitsfällen eben keine besondere Kunst, bei einigermaassen praktischem Blicke die nächste Ursache der Krankheit zu erkennen und danach den Heilplan festzustellen, so giebt es doch, nur zu sehr bekanntlicherweise, Fälle von ganz ähnlichen, ja gleichen Krankheitserscheinungen, deren Ursache beileibe nicht die gewöhnliche, oftmals erfahrene, sondern eine gar sehr versteckte ist, nichts desto weniger aber behufs richtiger Therapie dennoch vorerst richtig erforscht sein will.

In dieser Beziehung erlaube ich mir, zwei ganz gewöhnliche Krankheitsfälle aus meiner Praxis anzuführen, deren ganz besondere Veranlassungen zu ermitteln, mir nicht geringe Schwierigkeit gekostet hat. Der eine betraf einen Schmerz längs der linken unteren Extremität bei einer Frau, der andere einen Kopfschmerz bei einem jungen Manne.

Fall I. Die Frau A. S., 40 Jahre alt, hatte mich 6 Jahre zuvor wegen eines reissenden Schmerzes im linken Knie, das einer mehrmonatlichen homöopathischen Behandlung hartnäckig widerstanden hatte, rufen lassen. Nachdem ich das Leiden für ein chronisch-rheumatisches erkannt hatte, gab ich *Jamespowders* gr. j, *Extr. aconiti* gr. iij, *Sulph. Chinae* gr. vj, mit 1 Drachme Zucker in 6 Theile getheilt, und dreistündlich, mit Vorzug der Remissionszeit, ein Pulver zu nehmen, ausserdem Wergeinwickelung des Beines, — und binnen einer halben Woche war der Schmerz beseitigt. — Ein wiederholtes Auftauchen desselben Uebels nach Verlauf von zwei Jahren wich denselben Pulvern. — Vier Jahre später kam das Jahr 1848 mit seinen Barrikaden, Nationalgarden, Proletariern und sonstigen Schrecknissen für diese Frau, und das Leiden, das die ganze Zeit hindurch spurlos verschwunden war, trat wieder auf. In dem sichern Dafürhalten, dass es abermals der alten Natur wäre, verschrieb ich dieselbe Pulvermischung, deren Einwirkung zugleich durch Senfteige, dann durch Blasenpflaster unterstützend, und dachte so sicher an hierdurch zu erzielende Besserung, dass ich mich um die Kranke nicht weiter kümmerte, um so mehr, als ich Wien auch bald zu verlassen hatte.

Ein viermonatlicher Spitalsdienst, 2 Meilen von Wien entfernt, und gleich danach eine sechsmonatliche Reise nach dem Orient hielten mich fern von Wien, und, da die Kranke sich diesmal durchaus nicht besser fühlte, berieth sie während dieser Zeit einen hiesigen Professor der Medicin, der ihr die verschiedensten alterirenden und calmirenden Mittel hinter einander reichte, doch eben so fruchtlos. Im Spätherbst 1849, heimgekehrt, setzte ich abermals ausgebreitete Vesicantien, endermatisch Morphium, und, ausser ableitenden inneren Mitteln, ihrer vorherrschenden Plethora halber auch einen Aderlass in Gebrauch. Alles ohne Erfolg für das örtliche Leiden. Die Kranke ward der Behandlung überdrüssig und unterwarf sich der zweimonatlichen Behandlung des hierorts magnetisirenden Dr. Schoder, welcher ihr sagte: „dass ein länger fortgesetzter Arzneigebrauch ihr unwiederbringlich geschadet haben würde.“

Das Leiden blieb dasselbe, ja steigerte sich noch, und als nach zwei Monaten ich wieder gerufen ward, hiess es noch immer: der Schmerz nagt beständig im dicken Fleische des Oberschenkels, und bei den zeitweiligen (alltäglichen) heftigeren Anfällen erstreckt er sich, zur Unerträglichkeit anwachsend, bis in den Vorfuss und in die Weiche hinauf.

Ich suchte nun den Unterleib mit Vorzug zu reinigen, und benützte eine geringfügige Appetitlosigkeit zur Darreichung eines Brech- und danach folgenden Abführungsmittels, versuchte dann, der bestehenden, wenn auch ungleichmässigen Periodicität halber, durch Chinin zu wirken, und zwar in grossen Gaben, dann durch Chinin in Verbindung mit Brechweinstein, auch mit Morphium, so zwar, dass 24stündige Betäubungen folgten, mit Goldschwefel und Aconit; Alles erfolglos.

Endlich erzählte mir die Kranke, dass es ihr schiene, als ob die Schmerzen und deren Steigerung im Zusammenhang stünden mit der Belästigung durch Unterleibsblähungen, an welchen sie seit dem Jahre 1848, in Folge eines damals eine Zeitlang vielfach gepflogenen Genusses von Bohnen, leide. Diese Vermuthung gewann in etwas an Glaubwürdigkeit, insofern die Schmerzen im Fusse, wenn sie im höherem Grade hervortraten, auch in der entsprechenden Weise von einem Gefühl krampfhafter Zusammenschnürung begleitet wurden.

Müde der stärkeren Mittel, schrieb ich lediglich 2 Drachm. *Eleosacch. foenic.* auf, und liess davon jede zweite Stunde eine Pulverabtheilung von 10 Gran nehmen. Und siehe da: *Parturiunt montes et nascitur — mus;* einer erstaunlichen Masse von, nach auf- und abwärts sich lösenden, Blähungen folgte unmittelbar Aufhören alles Schmerzes, der auch bis jetzt (nach $1^1/_2$ Jahr) noch nicht wiedergekehrt ist.

Fall II. Hr. F., Tapezierer, 25 Jahre alt, den Dieffenbach im Jahre 1840 in Wien am Schielen operirt, und welcher behufs ärztlichen Rathes seitdem immer an mich sich gewendet hatte, kam im Sommer 1850 wegen heftiger Kopfschmerzen in der Stirngegend zu

mir. Alle Forschungen nach einer besonderen Veranlassung dieses Leidens blieben unbefriedigt; keine Verkühlung, kein Magen- oder Unterleibsleiden, kein zurückgetretener Fuss- oder sonstiger Schweiss, nicht rheumatische, nicht hämorrhoidale Natur des Schmerzes konnte erhoben werden, u. s. f.

Ich konnte nur auf Nervenschmerz schliessen, und da sich deutliche Remissionen zeigten, gab ich ausser örtlicher Opiateinreibung und ein Paar Blasenpflastern am Nacken und der Stirn, Chinin in steigenden Gaben, und erzielte auch wirklich zeitweilige Intermission; doch mit erneuerter Heftigkeit kehrte das Leiden wieder. So waren bei 14 Tage vergangen. Ich recapitulirte alle anamnestischen Fragen zu wiederholten Malen, und endlich, als ich eindringlichst auf der Frage wegen etwa einmal bestandener Krätze oder sonstigen Ausschlages beharrte, verneinte zwar der Leidende das jemalige Bestehen eines Ausschlages, sprach jedoch anderen Tages wieder bei mir vor, mir mittheilend: dass er, nach reiflichem Nachsinnen, sich erinnere, alljährig im Mai in den Ellenbogenbügen ein kaum merkbares Jucken verspürt zu haben, das ihn zum Kratzen veranlasst. In diesem Jahre habe er es noch nicht wahrgenommen, und auch bisher es nicht von Belang erachtet, davon als Ausschlag nur zu sprechen.

Doch ich hielt an dieser einzigen anamnestischen Erscheinung fest, wohl eingedenk, dass oftmals die unscheinbarste Secretion, wenn nicht hervorbrechend, oder zurückgetrieben, die schwersten Zufälle erregt, liess demnach, der Homogenität des Ausschlages wegen, in beiden Ellenbogenbügen Crotonöl einreiben, und, was ich kaum zu hoffen wagte, geschah: mit nur wenig erscheinendem künstlichen Ausschlage schwand der Kopfschmerz für immer.

Ich glaube diesen Fall als besonders interessant und maassgebend hervorheben zu müssen, insofern manche Aerzte neuerer Zeit die Krankheitszustände an der Haut, ohne Bedenken, oder Rücksicht auf irgend einen wesentlichen Zusammenhang mit dem übrigen Organismus, lediglich als örtliches Leiden betrachtet und behandelt wissen wollen. — Dennoch bleibt die grosse Anzahl von Irrsinnserkrankungen der neuesten Zeit, trotz aller Versicherungen solcher Herren, verdächtig.

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Oesterreich. Oberarzt Dr. Hauschka von Schwarzenberg Inf. erhielt das goldene Verdienstkreuz.

Personalveränderungen. Baiern. Versetzt: Bat.-Aerzte DD. Guttenhöfer vom 6. Jäger-Bataillon zum 5. Chevauxleg.-Reg., Schröder von diesem zu jenem. Charakterisirt: Der pens. Bat.-Arzt Dr. Wänner als Reg.-Arzt.

Nassau. Ernannt: Med.-Assist. Kauth zum Med.-Rath in Dillenburg; Med.-Access. Dr. Kett von Reichelsheim zum Med.-Assist. in Nassau. Versetzt: Med.-Assist. Elbert von Nassau nach Grenzhausen.

Oesterreich. Ernannt: Zu Kreis-Med.-Räthen: Protomedicus Dr. v. Vest in Triest für das Küstenland; Kreisarzt Dr. v. Andrioli in Görz für Görz und Gradiska; Kreisarzt Dr. Schott zu Pisino für Istrien. Zu Bezirksärzten in den genannten Kronländern: Die bisherigen Districtsärzte DD. Perka, Cornet, Sandrini, v. Mazoni, Lion, Vlach und Ziegler; ferner die Districtschirurgen DD. Klausberger und Maurovich, endlich Dr. Brunetti.

Preussen. Befördert: Der ausserord. Prof. Dr. med. Münter in Greifswald zum ordentlichen Prof. der Botanik und Zoologie daselbst. Versetzt: Kreisphysicus Dr. Becker zu Friedeberg in gleicher Eigenschaft nach Ruppin.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

12. Specielle Pathologie und Therapie.

b. Blutkrankheiten.

(S. No. 21.)

Bailly, Ueber die Anwendung grosser Dosen Opiums beim *Typhus cerebro-spinalis.* Rev. méd.-chirurg., April.

Brochard, *Du Mode de la propagation du Choléra et de la nature contagieuse de cette maladie; relation médicale de l'épidémie du Choléra, qui a regné pendant l'année* 1849 *à Nogent-le-Rotrou; mémoire présenté à l'Académie nationale de médecine, dans sa séance du* 13. *Août* 1850. Paris, 1851. 1 vol. in-8. Prix 4 Fr.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Bennett, Ueber Leucocythemie. Monthly Journ., Aug.

Bierbaum, Das krankmachende Princip des Sumpfmiasma. Rheinische Monatsschr., Febr.

Delpierre, Fall von Quartanfieber. Gaz. des hôp. 22.

Deutsch, Bemerkungen über Cyanosis. Günsburg's Zeitschr. II. 2.

Duchassaing, Ueber den Gang der Cholera in Amerika und über die Ansteckungsfähigkeit dieser Krankheit. Gaz. de Paris 8.

Durand, Schutzmittel gegen Recidive der Wechselfieber. Ibid. 10. 11.

Ebers, Die Cholera-Epidemie in Breslau in den Jahren 1848 u. 1849. Günsburg's Zeitschr. II. 2. 3.

Finger, Die *Cholera epidemica* nach Beobachtungen auf der Abtheilung des Prof. Dr. Jaksch, mit Bemerkungen über Prof. Hamernjk's Werk: „*Cholera epidemica.*" Leipzig.

Gairdner, Fall von *Aneurysma aortae.* Monthly Journ., Aug.

Gallwey, Ueber dyskrasische Entzündung. Lond. Gaz., März.

Gendrin, Ueber den Typhus. Gaz. des hôp. 29. 35. 38. 49.

Glatter, Ueber Tuberkulose. Ungar. Zeitschr. I. 34.

Hameau, Ueber die specifische Behandlung der Cholera. Rev. méd., Febr.

Heyfelder, Kurze Notiz über die Behandlung der Wechselfiber mit grossen Dosen Chinin. Deutsche Klinik 24.

Jenner, Ueber Typhus, Typhoid, Febricula etc. Med. Times, März.

Küchenmeister, Offener Brief an Hrn. Groas in Petersburg, Verfasser einer lateinischen „*Epistola de Cholera epidemica*", nebst einigen Worten über Santonin. Günsburg's Zeitschr. II. 3.

Lagae, Ueber den Typhus, der 1841 und 1848 im westlichen Flandern herrschte. Ann. de Bruges XII. 1.

Landerer, Ueber die Fieberepidemie in Griechenland und über die verschiedenen Formen der Anwendung des Chinins. Buchner's Repert. VIII. 2.

Lecomte, Ueber den Einfluss der Sumpfluft auf die Behandlung des typhoiden und Puerperalfiebers. L'Union 36.

Louis, Doppelt dreitägiges Wechselfieber. L'Union 47.

Martin, Bemerkungen über die Bluterkrankheit. Jen. Annal. II. 3.

Meinel, Beiträge zur Geschichte der Hämophilie. Ibid.

Paterson, Ueber Ursprung und Wesen des gelben Fiebers. Lond. Gaz., März.

Pruner-Bey, Die Weltseuche Cholera oder die Polizei der Natur. Erlangen, 1851.

Roche, Briefe über die Cholera. L'Union 23.

Sandras, Ueber Chlorose. Ibid. 24.

Siebert, Milzanschwellung und Fieberkachexie. Deutsche Klinik 22. 23.

Stratton, Geschichte der Cholera-Epidemie in Chatham, Rochester, Strood im Jahre 1849. Edinb. Journ., April.

Taylor, Ueber die Verbreitung etc. der Cholera. Med. Times, März.

Ullmann, Ein bemerkenswerther Fall von Decubitus nach Typhus. Ungar. Zeitschr. I. 44.

Ulrich, *Typhus abdominalis.* Deutsche Klinik 25.

Valleix, Sind das typhoide und das typhöse Fieber in England zwei verschiedene Krankheiten? L'Union 30. 31.

Vogel, Ein Fall von Leukämie mit Vergrösserung der Milz und Leber. Virch. u. Reinh., Arch. III. 3.

Wachsmuth, Aus Prof. Fuchs Klinik. (Ein Fall von wahrscheinlicher Rotzvergiftung.) Deutsche Klinik 27.

Berichtigungen.

S. 353 rechts Z. 16 v. u. lies: Aran statt: Arcin

S. 354 links Z. 36 v. o. lies: Bereitungsart statt: Einreibungsart

Briefkasten.

Dr. F. zu T. Ich würde bitten, mir gefälligst das Manuscript einzusenden und mir danach die Entscheidung vorbehalten.

Sonnabend, № 36. 6. September 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Uroskopische Beiträge.

von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 34.)

Fall V. Christian Kirchmann, 37 Jahre alt, wird am 13. Juli 1850 in das Hospital gebracht. Pat. ist seit Monaten krank, und ist seine Hauptklage die seit 9 Monaten vorhandene Hydropsie, welche in den letzten 4 Wochen so zugenommen hat, dass Pat. nicht im Stande ist, seit dieser Zeit das Bett zu verlassen. Pat. schreibt die Krankheitsursache deprimirenden Affecten und schlechter Kost zu. Früher will er immer gesund gewesen sein. Kopf frei, Zunge halb trocken, Geschmack schlecht, sehr vermehrter Durst und geringer Appetit. Schon seit 3 Jahren will er Husten und wechselnden Auswurf gehabt haben. Respiration ist frei, hie und da feuchtes Schleimrasseln hörbar. Pat. hat viele Purganzen genommen und bis zum Missbrauch sich bei jeder Gelegenheit der Abführmittel in reicher Quantität bedient. Der ganze Körper ist bedeutend geschwollen. Ascites, *Oedema pedum et scroti* am bedeutendsten. Urin sickert fast beständig ab. Oeffnung sehr wechselnd. Schmerzen gering. Pat. lag in einem sehr schlechten Quartier und war bisher in jeder Beziehung vernachlässigt. *Sol. Liq.; Salm.; Vin. Antim.* ää ℥ij.

15. Juli. Pat. kann schon eher den Urin halten und hat circa 2 Schoppen trüben Urins entleert. — Starkes Schleimsediment, welches unter dem Mikroskop betrachtet, aus Schleim, Eiter, Epithelium, Blut und Faserstoff-Coaguls besteht. Der kaum gelassene Urin reagirt alkalisch und ist von geringem specifischem Gewicht, hässlichem Geruch und gelbgrau schmutziger Farbe. Harnsäure in ziemlicher Menge vorhanden, was um so auffallender ist, als der kaum gelassene Urin dennoch deutlich alkalisch reagirt. Die Alkalescenz muss daher entweder durch den reichlich beigemischten Eiter bedingt werden, oder hat derselbe eine rasche Zersetzung und Ammoniakbildung vielleicht schon in der Blase bedingt. — Der Urin enthält ausserdem noch deutlich freies Fett und reichlich Albumin, welches bei Erhitzung in grossen dichten Flocken fällt, durch Zusatz von etwas Salpetersäure seine Quantität aber noch um das Doppelte vermehrt. (Es muss überhaupt aufmerksam gemacht werden, dass bei dem ammoniakalischen Harn, der zugleich Eiter, Blut und Eiweiss enthält, diese Substanzen selbst bei starker Erhitzung theilweise sich im Ammoniak gelöst erhalten können, weshalb es immer besser ist, noch etwas Salpetersäure zuzusetzen.) Durst sehr heftig. Zunge belegt und halbtrocken. Heftiger Husten und purulenter tuberkulöser Auswurf.

16. Juli. Urinmenge geringer, Sediment geringer wie gestern und weniger dicht. Besteht grösstentheils aus phosphorsauren Salzen, Reaction schwach alkalisch. Urin enthält Fett, Eiter und Albumen, Epithelium in Fetzen. Pat. hat ziemlich gut geschlafen. Abends muss wegen Urinverhaltung mit beständigem Drang der Katheter angelegt werden. — Der Zustand des Pat. bleibt mit geringen Schwankungen so bis zum 24., wo der Urin reichlicher gelassen wird, schwach sauer reagirt und etwas weniger Albumen und Eiter enthält. Zugleich hat Pat. reichliche Stühle, und der Hydrops beginnt zu fallen. Husten und Auswurf viel geringer, überhaupt der ganze Zustand des Pat. erträglicher. Zunge mehr belegt, hie und da exulcerirt und mit weissen dicken Auflagerungen bedeckt. Die fortdauernde Diarrhöe beginnt jedoch den Kranken noch mehr zu entkräften, obschon der Hydrops etwas weicht. Opium, Schleim- und Stärkemehl-Clysmata mindern die Stühle.

Am 1. Aug. steigern sich wieder alle schlimmen Symptome. Urin gering, ganz trüb und missfarbig, enthält viel Eiter und Fett, freies Blut und Albumen in reichlicher Quantität, Harnsäure und Harnstoff äusserst gering. Ueberhaupt der Salzgehalt sehr unbedeutend. Urin geht wieder beständig unwillkürlich ab und können nur geringe Mengen mit Mühe zur Untersuchung gebracht werden. Zunge dick fleckig belegt. Kein Appetit mehr, viel Durst nach eiskalten Getränken. Expectoration erschwert, viel Husten, Oppression und Leibschmerzen. Gewöhnlich in 24 Stunden 5—7 Stühle mit unverdauten Speiseresten. Sehr unruhig mit dem noch beweglichen Oberkörper, der ganze untere Körper zu einer unförmlichen Masse geschwollen. — *Collapsus faciei*, Puls elend und aussetzend, Herzschlag kaum vernehmbar.

Am 4. u. 6. Aug. zeigen die Urinuntersuchungen noch folgendes Resultat: Urinmenge kann, da der Harn beständig absickert, nicht genau bestimmt werden, doch ist dieselbe jedenfalls abnorm gering. In dem aufgefangenen alkalisch reagirenden Urin zeigt sich viel freies Blut und Eiter, auch einzelne Epithelumfetzen und Phosphate. — Fett zeigt sich in mikroskopischen Tröpfchen in beträchtlicher Menge. Chlornatrium kaum eine Spur und Harnstoff und Harnsäure kaum merklich. Der Urin sieht nach zweimal 24 Stunden dicker aus und hat eine ganz eigenthümliche seifenbrüheartige Beschaffenheit angenommen. Weder Geruch noch Farbe erinnert an Harn.

Pat. stirbt am 7. Aug. im Zustand höchster Schwäche durch eingetretene Lungenherzlähmung um 2 Uhr Morgens.

Section, 8. Aug. Morgens 10 Uhr. Sehr bedeutender *Hydrops universalis.* Gehirn hyperämisch, besonders die Sinus. Die Substanz mässig weich. Die Ventrikel normal. Die linke Pleura stellenweise filamentös mit dem Thorax verwachsen. Die rechte *Pleura pulmonalis,* mit der Costalis dagegen von oben bis unten fest verwachsen. Linke Lunge gesund, im untern Lappen die Ränder etwas emphysematös geschwollen. In der Spitze eine haselnussgrosse härtliche Stelle durch verkreidete Tuberkel verödet. In der rechten Lunge dagegen unzählige tuberkulöse Ablagerungen, der ganze obere Lappen cavernös und mit geschmolzenen Tuberkel-Ablagerungen vollgepfropft. In der Spitze eine grosse Vomica mit zerfressenen, nicht überhäuteten Wänden. Im linken *Cavum Pleurae* geringer Wassererguss. Herzbeutel leer, Herz klein, bedeutend atrophisch. Ventrikel klein, Substanz hart und fest. Klappen gesund. In der Höhle des Abdomens mehrere Maass nur eiweissstoffigen Serums, das nach der Untersuchung Harnstoff enthält und bei Erhitzung gelatinös coagulirt. Leber hypertrophisch und blutreich. Substanz fest, fast steinhart unter dem Messer knirschend. Parenchym ganz homogen, Acini nicht hervorspringend. Gallenblase klein und verschrumpft, enthält eine helle, nussfarbige, etwas zähe Galle. Die Wände verdickt und faltig. — Milz hart und derb, blass, aber von normaler Grösse. Nieren etwa um die Hälfte vergrössert wie im Normalzustand, hypertrophisch mit eingesprengter Fettablagerung. Stellenweise ganz verödet und granulirt. Durch Compression von interstitieller Fettablagerung scheinen einige Stellen der Nieren impermeabel und nicht durch primäre Entzündung. Nieren eher blass, auch die verödeten Stellen keineswegs hyperämisch. Gewebe elastisch und weich beim Durchschneiden.

Fall VI. Philipp Offenwasser, 39 Jahre alt, Steinmetz, wird am 6. Mai 1850 in das Hospital gebracht. Pat. giebt an, seit 3 Monaten krank zu sein. Das erste Unwohlsein spürte er, nachdem er

etwa vor $\frac{1}{4}$ Jahr in das Wasser gefallen war. Ungefähr 4—5 Wochen nach diesem Vorfall war bei leichtem Unwohlsein *Oedema pedum et scroti* entstanden, und Pat. musste seitdem meistens das Bett hüten. Pat. fühlt sich nicht besonders erkrankt, Kopf frei, weder Kopfschmerz noch Schwindel. Keine Schmerzen im Rücken, Brust frei, Leib etwas aufgetrieben. Gesicht blass aber etwas gedunsen. Zunge rein, Geschmack gut. Appetit mässig. Oeffnung täglich, normal. Puls ruhig (74). — Früher will Pat. immer gesund gewesen sein, vor 2 Jahren eine leichte Brustaffection (?) ausgenommen, wo er jedoch mehrere Tage hindurch das Bett hüten musste. In den letzten Tagen, wo Pat. bettlägerig war, brauchte er verschiedene Diuretica, Juniperus, Digitalis, *Tart. tart.*, *Spir. Nitr. dulc.* etc.

Den 7. Mai. Keine Oeffnung, Zunge rein, Urin dunkel, schmutzig, bräunlich, circa 2 Schoppen. Enthält viel Albumen, wenig Salze. Cucurb. No. XII. in *Ren. reg. Calom.* gr. xij. *Sacch. alb.* ℨij. Divid. in No. XII. 3mal tägl. 1 Pulver., Leinsaamen-Cataplasmata in *Ren. reg.*

Den 9. Mai. Pat. schwitzt viel und hat 1 Schoppen etwas helleren Urin von derselben Beschaffenheit gelassen. Zunge belegt, Geschmack gut. Beim Urinlassen etwas Schmerz und Drang. Pat. muss lange drücken, bis der Harn beginnt tropfenweise, dann strahlförmig dünn zu fliessen. Beine und Scrotum ziemlich ödematös geschwollen. Puls 72. Oeffnung träge.

Schon am 14. Mai hören die Schweisse auf, und es stellt sich ein heftiger Husten mit reichlichem schleimigem Auswurf ein. Zeitweise Oppression der Brust. Die Arme beginnen anzuschwellen, ebenso die Hände und das Gesicht. Urin schmutzig-grau, von derselben Beschaffenheit. Pat. nimmt Calomel fort und beginnt mit dem 23. Mai ein über den andern Tag warm zu baden.

Den 24. Mai. Der rechte Thorax und die rechte Seite des Leibes mehr geschwollen, ebenso das Scrotum und der Rücken. Seitenstechen, Husten und Auswurf von hellem, wenig zähem Schleim. Urin $1\frac{1}{2}$ Schoppen, albuminös wie immer. Pat. hat mehrmals erbrochen und fühlt sich übel. *Natr. bicarb.* ℨij, *Aq. meliss.* ℥vj, *Syr. cort. aur.* ℥j. — Dieser Zustand ändert sich nun beständig, indem bald die hydropischen Anschwellungen zu-, bald abnehmen, und der Eiweissgehalt des Urins übrigens constant mit der schmutzig-bräunlichen, bald wieder grauen Farbe bleibt. Die Salze sind sehr vermindert, und ganz besonders fehlt Chlornatrium und Harnsäure. Harnstoff dagegen manchmal, wenn auch nicht gerade vermehrt, doch in normaler Quantität zugegen.

Am 2. Juni untersuche ich den Urin zum erstenmale mikroskopisch, und finde ausser freiem Blut und Schleim weiter nichts, als hin und wieder einzelne Phosphate, kein Epithelium, keine Faserstoffcoagula. Pat. leidet zeitweise an *Obstructio alvi*, schwitzt wieder etwas, fühlt sich aber sehr unbehaglich; auch steigen die hydropischen Anschwellungen merklich. *Pulv. Rad. Jalap.* ℨβ. *Crem. tart.*, *Tart. tartarisat.* āā ℨij. Divid. in VI., 3mal 1 Pulver.

Den 4. Juni. Pat. muss noch immer oft uriniren, 9—12 Mal von $1\frac{1}{2}$ Schoppen Urin, der trüb, schmutzig-grau gefärbt und wolkig ist. Eiweissgehalt eher zu als abnehmend, obgleich der Urin etwas heller erscheint, wie in den letzten Tagen. Mit den vermehrten Stühlen sinkt die Urinquantität, und die hydropischen Anschwellungen mässigen sich sehr, so dass Pat. am 14. sich schon so bedeutend erleichtert fühlt, dass er wünscht, das Bett auf einige Stunden verlassen zu dürfen. Die Pulver werden fortgegeben, und Pat. bessert sich zusehends, obgleich der Urin in seiner Beschaffenheit sich nicht verändert. Die Besserung ist jedoch von sehr kurzer Dauer, und schon am 25. der Zustand des Pat. ganz wieder der alte. Oeffnung meistens dünn, 1—3mal täglich. 3 Schoppen trüben Urins, der sehr viel Albumen und kaum eine Spur Chlornatrium, wenig Harnsäure und sehr wenig Harnstoff enthält. Kein Blut, kein Epithelium, nur etwas Schleim in dem Harn bemerkbar. Pat. klagt jetzt öfter reissende Schmerzen in den Beinen und manchmal auch in den Armen und dem Rücken. Beine sind von oben bis unten noch immer gleich stark ödematös geschwollen. Ebenso das Scrotum. Leib weniger wie bisher. Sonst nirgends hydropische Anschwellungen. Viel Schweiss. Appetit, Zunge rein, Schlaf gut. Kein Husten, kein Auswurf mehr. Puls 86. Pulver werden fortgegeben, und ebenso die Bäder regelmässig fortgesetzt.

So bleibt der Zustand des Pat. bis zum 7. Juli ungefähr derselbe. Ascites bedeutend zunehmend, ebenso Oppression. Urin enthält mehr Albumen wie in den letzten Tagen, und vermindert sich die in 24 Stunden gelassene Quantität so, dass sie bis zu $\frac{1}{4}$ Schoppen trüben graubräunlichen Harns herunterfällt. Urin von sehr geringem spec. Gewicht, Harnsäure, Harnstoff und Chlornatrium beständig in äusserst geringer Quantität vorhanden. Kein Epithelium, kein Blut im Urin. Pat. nimmt nun bis zum 24. *Tinct. Digit.* täglich 4mal 15 gtt. Urinmenge nimmt nicht zu, und die Beschaffenheit bleibt constant dieselbe. Geschwulst nimmt zu, besonders der Arme und Hände. Dabei Schmerz in den Gelenken. Gesicht nur leicht gedunsen. Dagegen die Füsse und Beine wieder sehr dick geschwollen, so dass sie die Fingereindrücke lange tief stehen lassen. Haut blass und anämisch. Oeffnung täglich normal. Appetit gut. Kein Schweiss. Puls immer zwischen 76 u. 86.

Vom 25—31. Juli nimmt der Salzgehalt im Urin zu, ohne dass sich jedoch das Albumen vermindert. Urin röthlich gefärbt und wenig trüb, in 24 Stunden circa $2\frac{1}{2}$ Schoppen. Kein Blut, kein Epithelium in demselben. Pat. nimmt vom 27. Juli bis 9. Aug. täglich *Extr. Taraxac.* ℨβ, *Tart. dep.* ℨij, *Aq. petroselin.* ℥vj, *Oxym. squill.* ℥j. Dazwischen wegen öfterem Erbrechen seiner Fleischkost manchmal einige Tropfen Laudanum. Die Fleischkost, welche er am 25. erhalten hatte, muss jedoch am 9. Aug. wegen Appetitlosigkeit und allgemeiner Verschlimmerung wieder entfernt werden. Vesic. at nuch.

Den 9. Aug. Pat. ist seit gestern gänzlich bewusstlos, schreit sehr viel und wälzt seinen geschwollenen Körper mit Mühe im Bett herum. Schlägt beständig um sich und schüttelt bald mit dem Kopf, bald macht er einseitig bohrende Bewegungen gegen das Kopfkissen. Pat. hört auf nichts und liegt wie in tiefem Schlaf. Hat viele dünne Stühle und viel Urin unter sich gehen lassen. Temperatur gut. Puls 80.

Den 10. Aug. Pat. hat grünliches Abweichen und Urin unter sich gehen lassen. Ist jetzt wieder bei sich. Leibschmerzen, sehr starker Hydrops, Leib gespannt. Puls 76, kräftig. In der Nacht hat Pat. Krämpfe der oberen Extremitäten gehabt. — Irrsinn, Sopor und heftige Delirien wechseln, und der Hydrops steigt fast täglich, wobei sich ein leichter, ganz oberflächlicher Decubitus auf dem Kreuz zeigt. Pat. lässt alles unter sich gehen. Urin kann keiner zur Untersuchung gebracht werden. Im Gesicht zeigen sich Ecchymosen, und Pat. ist fast beständig irr. Dieser Zustand, der seit dem 14. täglich, ja fast stündlich mit dem Tode zu enden droht, wird erst am 29. Nachts $12\frac{1}{4}$ Uhr beendet.

Section, 30. Aug. 10 Uhr Morgens. Körper sehr geschwollen, insbesondere die unteren Extremitäten. Im Uebrigen ein kräftiger, noch genährter Körper. Todtenflecke im Gesicht, auf Hals und Rücken. Geringer Rigor. Der Hydrops ist im Allgemeinen geringer als bei Lebzeiten des Pat., wie denn auch in den letzten Tagen die Anschwellungen zu sinken begannen. Haut blass und sehr blutleer. Gehirn ziemlich blutleer und weich. Kein Wasser in den Ventrikeln. In beiden Pleurahöhlen mehrere Schoppen hellen Wassers; ebenso im Abdomen mehrere Maass. In beiden Pleurahöhlen alte Adhäsionen. Lungen comprimirt, schlaff, wenig Luft enthaltend. Auf der *Pleura pulmonalis* rechts eine Pseudomembran. In beiden Höhlen faserstoffiger Niederschlag, der die Lungen überspinnt, ebenso im Abdomen den *Tractus intestinalis* überziehend. Lungen stark ödematös, sonst gesund. Pericardium gesund, ebenso das etwas kleine Herz, dessen Klappen aber alle normal sind. Milz klein, blass und fest. Leber ziemlich gesund, etwas blutreich, aber ohne Texturveränderung. Linke Niere hypertrophisch und hart, knirscht unter dem Messer. Pyramiden verödet, hart und fest granulirt, nirgends eine Spur von Harnkanälchen in den verödeten Stellen sichtbar. Keine Fettumbildung des Parenchyms. Rechte Niere atrophisch, blutleer, ebenso indurirt und marmorirt auf der Oberfläche. Die ganze Niere zu einer gleichförmig festen Masse verwandelt. Das Mikroskop zeigt auf der Schnittfläche sogenannte Gluge'sche Entzündungskugeln in Menge und keine Harnkanälchen, die durch Druck und Erguss geschwunden scheinen. Nierenkelche mit Serum gefüllt. Auf der Spitze der rechten Niere eine mit Serum gefüllte Cyste. (Fortsetzung folgt.)

Ueber das „Fieber" der Ruhrkranken.

Von

Dr. Zimmermann in Hamm.

Die Dysenterie ist ein acuter Process, von dem es in den Krankengeschichten und Lehrbüchern heisst, dass er von mehr oder weniger heftigem „Fieber" begleitet sei. Da keine thermometrischen Angaben dafür vorliegen, so stützt sich diese Angabe unbedenklich nur auf die Untersuchung des Pulses, die aber in dem Symptomencomplexe „Fieber" ein unwesentliches ist. Wesentlich darin ist nur die Hitze, die Temperatur-Erhöhung der Kranken; setzen wir daher „Fieber" = Eigenwärme-Zunahme, so ist klar, dass das stärkste „Fieber" da ist, wo das Thermometer am höchsten steigt.

Ich habe nun zwei Ruhrkranke unlängst auf ihre Temperatur untersucht und gefunden, dass sie entweder gar kein oder ein nur sehr geringes „Fieber" haben. Der eine Fall war ein sehr intensiver und rapid mit dem Tode endigender; der andere mild und in Genesung übergehend. Ich kann sie als die ersten, welche mit dem Thermometer verfolgt sind, nicht als Ausnahmen von der Regel betrachten, da dies einestheils gegen das Gesetz der Wahrscheinlichkeit verstossen würde,

anderntheils aber auch in dem Wesen des dyseuterischen Processes Grund genug zu liegen scheint, dass die Temperatur der Kranken sich entweder im oder nur wenig über dem Normal bewegt.

Da man in neuester Zeit eingesehen zu haben scheint, dass die Untersuchungen über die Eigenwärme der Kranken zu den Desideraten klinischer Beobachtung gehören, so wird man es in der Ordnung finden, wenn ich die Geschichte der beiden Kranken, an denen ich meine Beobachtungen gemacht, in der Kürze mittheile.

Fall 1. Ein ziemlich robuster Schneider mit schwarzen Haaren, schmutzig grauem Teint (abdomineller Habitus), sonst gesund, ass am Tage der Sonnenfinsterniss Kirschen, westphälische grosse Bohnen, und trank darauf 4 Gläser Bier. Abends Kopfschmerzen und Unwohlsein: deshalb Spaziergang. Am 29. Juli Kollern und Schmerzen im Leibe, Brechneigung, Drang zum Stuhl, der sich häufig wiederholt und bald Blut zu Tage fördert. Vorläufig Versuch, sich mit Hausmitteln zu helfen: am 30. Nachmittags Aufnahme in das Lazareth.

Status praesens: Haut warm; guter Turgor; kein Schweiss. Puls 100 Schläge machend, gross, voll, kräftig, schnell. Wenig kräftiger Herzimpuls zwischen der 5. und 6. Rippe in der linken Mammillarlinie; Herztöne etwas gedämpft; Carotistöne ziemlich stark. — Die Percussion ergiebt für die Lungen überall einen hellen Schall; Respirationsgeräusch etwas scharf; 16 Inspirationen.

Der Kranke klagt über Kopfschmerz und Schwindel; andere nervöse Symptome fehlen. — Zunge gelblich belegt, feucht; Brechneigung; schlechter Geschmack. Viel Durst. — Leib weich, nicht aufgetrieben, spontan und noch mehr durch Druck überall schmerzhaft. Heftiger Tenesmus: sehr häufiger Stuhlgang, alle 5—10 Minuten. — Spinalschmerz fehlt: subjective Kreuzschmerzen. Beim Druck auf beide *Region. lumbal.* (Nieren?) Schmerz.

Die Stühle sehen frisch hellroth aus, wie arterielles Blut; sie sind eine dickliche, fadenziehende Flüssigkeit, in der weissröthliche Flocken schwimmen. Sie sind ohne Geruch; Fäcalmaterien fehlen: Galle scheinen sie sehr wenig zu enthalten. 1000 Gr. hinterlassen eingetrocknet 63,8 Gr. feste Substanz. Das Mikroskop weist in ihnen nach: 1) Gefärbte Blutkörperchen. Viele sind gut erhalten, biconcav und liegen sogar in Rollenverbänden; andere sind platt und gesternt, andere kuglig zusammengeschrumpft, andere sind aufgequollen und entfärbt. 2) Epithelien. 3) Farblose Blutzellen: viele sind gut erhalten, kuglig, mit Molekülen im undurchsichtigen Inhalt, und einfachem runden oder gelapptem Kern; viele sind in Zerstörung begriffen, ihre Membran gefaltet, geschrumpft, durchlöchert, oft ganz zerstört, so dass sie wie Körnerhaufen aussehen. Einige enthalten Fetttröpfchen (Körnchenzellen). Die weissröthlichen Flocken, die wie Inseln in der rothen Flüssigkeit schwimmen, bestehen ganz und gar aus diesen farblosen Blutzellen, jungen, noch ungefärbten Bluthläschen und einigen freien Kernen. Ob sie durch geronnenen Faserstoff zusammengehalten werden, ist nicht wahrscheinlich: mindestens fehlen darin die dem eigentlichen Faserstoff zukommenden charakteristischen verfilzten Fasern. 4) Fetttropfen. Die flüssige Exsudat-Extravasatmasse filtrirt, erscheint roth; sie ist alkalisch. Essigsäure coagulirt sie sofort in unzähligen Körnchen mit Molekularbewegung: mit Wasser verdünnt bleibt sie klar und flüssig. Noch ungeronnener Faserstoff fehlte also wirklich. Mit destillirtem Wasser verdünnt und gekocht, opalisirt sie bloss, mit Brunnenwasser gerinnt sie in Flocken.

Der Harn wird in sehr geringer Menge bei jedem Stuhl gelassen: er ist klar, sauer, gelb.

Kleine Venäsection: in 1000 Gr. Blut 3,1 Gr. Faserstoff. Das Blut war anfangs dunkel, später hellroth. Keine Faserhaut. — Serum honiggelb, klar, alkalisch, keinen Gallenfarbstoff enthaltend; 1000 Th. hinterliessen 92,0 feste Substanz. — Die gefärbten Blutbläschen sind zum grössten Theil biconcav, glatt, rund; nach 24 Stunden haben sie ihr Vermögen zur Rollenbildung verloren. Viele sind platt und gesternt, einige dunkelgelb und kuglig. Die farblosen Blutzellen sind zahlreich.

Behandlung: Emulsion mit *Natr. nitr.*; vierte Diätform; schleimiges Getränk.

Am 31.: Kein Schlaf, kein Schweiss. Die Stühle so zahlreich und so beschaffen wie gestern. Jetzt, um 10 Uhr Morgens: Haut überall warm, gut turgescirend, aber trocken. — Keine Cephalie mehr, aber Schwindel. — Zunge sehr belegt, gelblich; Uebelkeit; Durst. — Leib wie gestern, aber weniger schmerzhaft. — Brustorgane wie gestern.

Der Puls macht 112 Schläge: er ist gross, voll, schnell und härtlich, also „fieberhaft“.

Wie verhielt sich dagegen die Temperatur des Kranken? Im Munde fand ich nur 37°,0 C., also so viel wie ein Gesunder um diese Tageszeit besitzt! Da ich durch diesen Befund frappirt war, und glaubte, es könne bei den Ruhrkranken ähnlich sein, wie bei den Cholerakranken im *Stad. algid.*, wo ich im Munde eine sehr niedrige, im Rectum dagegen eine bedeutend erhöhte Temperatur gefunden hatte (s. mein Archiv für Pathologie und Therapie, Heft 1. S. 155), so legte ich das Thermometer auch in das Rectum. Hier, als dem Hauptsitze des ganzen pathologischen Processes, vermuthete ich eine sehr hohe Temperatur zu finden.

Sie betrug aber nur 37°,5 C., also nur 0°,5 mehr als im Munde!

Puls 112, „fieberhaft“ nach dem alten Sprachgebrauch, und normale Temperatur der inneren, hyperämischen Theile, welch' gewaltige Disharmonie! Was ist da „Fieber“? muss man fragen! —

Am Abend: Wie heute früh; das Gesicht etwas verfallen und Bemerkbarwerden von Schwäche. — Bei 16 Inspirationen ist der Puls auf 124 heraufgegangen: er ist celer, ziemlich gross und härtlich.

Unter der Zunge fand ich (6 Uhr Abends) nur 37°,5 C. und im Rectum 38°,25 C. Es hatte also eine Exacerbation statt: die Temperatur war aber unbedeutend, um 1° C. erhöht, das „Fieber“ hiernach nur sehr gering. — Ob im Munde die Temperatur des Blutes um etwa 0°,75 C. abgekühlt, oder ob sie im Rectum durch den örtlichen Process um etwa eben so viel erhöht war, könnte man nur dann entscheiden, wenn man die Eigenwärme des aus dem linken Ventrikel strömenden Blutes gekannt hätte.

Harn wird ungemein wenig gelassen; er ist klar, gelb, sauer. Salzsäure trübt ihn nicht, die harnsauren Salze sind also in 1000 Th. nicht vermehrt. Salpetersäure trübt ihn auch nicht und färbt ihn nur braun. Beim Kochen bleibt er ebenfalls klar.

Die Emulsion mit *Natr. nitr.* weiter.

Am 1. August. Kein Schlaf, kein Schweiss, viele Stühle: Beschaffenheit wie früher, nur dass Reste der Suppen, des Getränks u. s. w. darin sind. Farbe immer blutroth. — Mehr Collapsus im Gesicht: grosse Mattigkeit. Schwindel und Ohrensausen. Zunge weniger belegt; keine Brechneigung mehr; weniger Durst. — Leib weich, nicht aufgetrieben, mehr schmerzhaft. — Als sehr böses Zeichen macht sich von Zeit zu Zeit ein sehr quälender Singultus bemerkbar. — Haut überall warm, aber nie schwitzend. Turgor immer gut; nirgend Cyanose. — Der Puls macht 120 Schläge, ist weich, klein und schwächlich. Der Herzstoss nicht zu fühlen; die Herztöne ungemein matt und gedämpft; die in der Carotis deutlicher. — Die Percussion ergiebt grösseren Umfang des Herzens nach rechts und unten; für die Lungen überall hellen Percussionsschall. Sechszehn Inspirationen; Respirationsgeräusch etwas scharf.

Im Munde fand ich zwischen 11 und 12 Uhr Morgens 37°,75 C. und im Rectum 38°,0 C.

Harn wie gestern. — Statt der Emulsion ein *Decoct. Cascarill.* mit Salzsäure. — Klystiere von Amylum mit Opiumtinctur.

Am Abend wie heute früh: Singultus länger und stärker andauernd, sehr quälend. — *Pulv. Doweri.*

Am 2. August. Kein Schlaf, kein Schweiss. Viele blutige Stühle. *Pulv. Doweri* ausgebrochen.

Zwischen 11 und 12 Uhr Morgens: Haut überall warm; Gesicht mehr verfallen; dunkle Ringe um die tiefliegenden Augen. Apathische Lage. Zunehmen der Kraftlosigkeit. Schwindel, Ohrensausen. — Viel Singultus. Zunge fast rein und feucht. Leib weich, schmerzhaft: Milz und Leber als vergrössert zu constatiren, nicht schmerzhaft beim Druck. Der Puls macht 124 Schläge, er ist etwas kräftiger als gestern Abend: Herz und Lungen unverändert. Jugulargeräusch nicht zu hören. — Im Munde fand ich nur 36°,5 C. und im Rectum, aber erst nach 15 Minuten, 38°,25 C. Das Quecksilber stieg heute im Thermometer auffallend langsam. — Die Stühle wie sonst.

Harn: wenig an Quantität; gelbbräunlich, klar, sauer. Salzsäure trübt ihn nicht; beim Kochen bleibt er klar: Salpetersäure färbt ihn aber grün, er enthält also Gallenfarbstoff.

Decoct. Cascarill. mit Salzsäure weiter; Amylumklystiere; warmes Bad.

Weniger Stühle am Tage. Nach dem Bade etwas feuchte Haut. — Am Abend 7 Uhr: 120 Pulse, wie früh; Temperatur im Rectum 38°,25 C. Wegen des heftigen Singultus ist sie im Munde nicht zu untersuchen; mitunter dabei Erbrechen von wenig Mageninhalt.

Am 3. August. Kein Schlaf, kein Schweiss. Stühle immer zahlreich und blutig. — Um 10 Uhr Morgens: Haut warm, mit Ausnahme der Füsse. Kraftlosigkeit grösser; doch steht der Kranke auf, um zu Stuhl zu gehen, da er auf dem Steckbecken nichts entleeren kann. Abmagerung nicht erheblich; keine Cyanose. — Gesicht verfällt immer mehr; Sensorium frei. Schwindel. Zunge nicht belegt, feucht; weniger Durst. Sehr quälender Singultus; zuweilen Zusammenschnüren der Präcordien. — Der Puls ist auf 100 Schläge herabgegangen; aber er ist sehr klein und schwach geworden. Herzschlag nicht zu fühlen; die Herztöne sehr schwach und in einander gezogen. Achtzehn Inspirationen; Lungen wie gestern. — Leib ebenso.

Der Harn ist nicht ganz klar, bräunlich, sauer. Salpetersäure färbt ihn wieder grün; beim Kochen keine Trübung oder Flockenbildung. Bei der mikroskopischen Untersuchung fallen jedoch sofort die bekannten Faserstoffgerinnungen aus den Nierenkanälchen in die Augen: sie sind sehr blass und äusserst zart contourirt; in einigen Moleküle

und Kernzellen. Ausserdem schwimmen im Harn Kernzellen, oft mit von selbst durchscheinendem Kern. Gefärbte Blutbläschen nicht zu entdecken.

Temperatur im Munde nur 36°,85 C., im Rectum dagegen 37°,75.

Frühere Verordnung weiter; ausserdem *Nux vomica* mit Opium. Warmes Bad.

Auf die *Nux vomica* sofort Erbrechen; Singultus stärker. Stühle wie sonst. — Am Abend: Sinapismus auf den Leib und Terpenthinfomentationen; *Morph. acet.* zur Nacht.

Am 4. August. In der Nacht wirklich mitunter Schlaf; keine Delirien; Stühle weniger zahlreich; kein Schweiss.

10 Uhr Morgens: Haut warm; guter Turgor. Wenig Abmagerung; grössere Schwäche. Gesicht mehr verfallen; Augen tiefer. Backen bläulich-geröthet. — Schwindel, Ohrensausen. — Zunge feucht, rein, rothbläulich. Wenig Durst. — Leib weich, nicht aufgetrieben, schmerzhaft; Milz und Leber vergrössert. — Tenesmus heftiger: kaum ist der Kranke zu Stuhl gewesen, so hat er schon wieder Drang. — Singultus sehr quälend, nicht zu beseitigen. — Der Puls ist auf 88 Schläge herabgegangen und etwas kräftiger. Herzschlag zwischen der 5. und 6. Rippe sehr schwach zu fühlen. Herztöne undeutlich, sehr gedämpft. Sonst wie gestern.

Temperatur im Rectum nur 37°,0 C., wie bei einem Gesunden um diese Tageszeit.

Harn sehr sparsam, wie gestern.

Am Abend: Extremitäten und Gesicht kalt; hier kalter Schweiss. *Facies hippocratica* stärker; die Augen fast wie gebrochen. Sensorium nicht erheblich getrübt: apathische Lage, Schlummern. Sehr heftiger Singultus. — Zunge feucht, mit einem bläulichen Strich in der Mitte. Stühle immer blutig-flockig, oft unwillkürlich.

Der Puls ist auf 72 Schläge gesunken, kaum zu fühlen. Herztöne kaum zu hören. — Später kalter Schweiss über den ganzen Körper.

Sinapismen: Moschus mit *Ammon. carbonicum.*

Am 5. August. In der Nacht blande Delirien: *Secessus inscii.* — Um 10 Uhr: Apathische Rückenlage; Augen wie gebrochen. Haut warm, schwitzend. Singultus; Puls 80, klein, schwach. Auf Fragen giebt der Kranke Antwort. — *Secessus involuntarii.*

Temperatur im Rectum 37°,85 C.

Um 12 Uhr Mittags kalte Extremitäten, kalter Schweiss. Nach einer halben Stunde Tod.

Section am 6. August: Todtenstarre lässt nach; Abmagerung nicht beträchtlich; nur an den hinteren Theilen geringe Cyanose. — Obgleich es in der Nacht kalt gewesen war, so doch vorgeschrittene Fäulniss: der Leib ist durch Gase aufgetrieben; vor dem Munde röthlicher Schaum.

Gehirn und Rückenmark nicht untersucht. — Brusthöhle: Die Lungen ohne Adhäsionen, von normalem Aussehen, wenig collabirt, gut lufthaltig, aber blutleer. Trockenes, zähes Gewebe. — Bronchialschleimhaut dunkelroth imbibirt. — Im Herzbeutel etwa $1\frac{1}{2}$ Unzen röthliche seröse Flüssigkeit; das ganze rechte Atrium und der rechte Ventrikel sehr ausgedehnt. In jenem viel schwarzes, in diesem etwa $1\frac{1}{2}$ Unzen theils röthliches, theils weissgelbliches, ziemlich derbes Faserstoffcoagulum. — Die grossen Venen sehr ausgedehnt, voll flüssigen schwarzen Blutes. — Der linke Ventrikel und das linke Atrium leer, von normaler Beschaffenheit. — Das Muskelgewebe röthlich-bläulich, nicht sehr derb. Klappen gesund. — In der *Aorta descend.* ein langes, derbes, faserstoffig-zelliges Coagulum: in dem sehr schönen Faserstofffilzwerk eine Unsumme farbloser Blutzellen; rothe fehlen fast ganz.

Bauchhöhle: Im leeren Magen nichts Bemerkenswerthes. — Dünndarm lufthaltig, von aussen röthlich-bläulich-schieferfarben; Peritonäalüberzug wenig glänzend; nirgend Exsudat. Dünndarmschleimhaut hier und da injicirt, mit dunkelgrünem, schmierigem Schleim (Galle) bedeckt. — Der ganze Dickdarm von der Bauhinischen Klappe abwärts mit Luft erfüllt, von aussen dunkel blau-roth durchscheinend; der Inhalt schwärzlich-roth, cadaverös; die innere Darmfläche schmutzig bläulich-schwärzlich, uneben, hügelig, gewulstet; Gewebe verdickt. Die Drüsen bläulich-schwarz intumescirt; die Schleimhaut namentlich zwischen den parallelen Protuberencen fehlend. Ueberall die stärkste Hyperämie; nirgend aber plastisches Exsudat. — Die Netze, das Mesenterium und seine Drüsen hyperämisch: letztere intumescirt. — Die Leber in beiden Lappen beträchtlich vergrössert, bräunlich auf der vorderen, schwärzlich auf der hinteren Fläche; Gewebe weich, auf der Bruchfläche wenig körnig, schmierige, weiche Masse an das schabende Messer abgebend, leer an wirklichem Blut. Gallenblase äusserlich grünlich-weisslich; Inhalt grünlich-gelb, gering. — Milz um das Doppelte vergrössert; Ueberzug glatt; Farbe bläulich; beim Anfühlen knistert sie durch cadaverösen Luftgehalt wie eine Lunge. Pulpa schmierig; weisse Körperchen fehlen.

Die Nieren intumescirt, bläulich-schwärzlich; Ueberzug leicht zu entfernen: Gewebe überall sehr blutreich, bläulich-roth. Auf der Schnittfläche jedoch nirgend Blutpunkte: nirgend Anfang von Entfärbung. — In den Nierenbecken Nichts: Schleimhaut bläulich-roth.

Fall II. Am 9. August erkrankte der Wärter dieses Kranken ebenfalls an der Ruhr; da sie sonst nirgend in der Stadt herrschte und derselbe keinen Diätfehler begangen hatte, so lag hier die entschiedenste Contagion vor. — Der Kranke ist blühend, kräftig, wohlgenährt, blond. Er hat keinen Frost gehabt, keine Hitze. Am 11. Abends kam er zur Behandlung und erhielt ein Emeticum aus Ipecacuanha.

Am 12. Aug. $9\frac{1}{2}$ Uhr Morgens. In der Nacht kein Schlaf: starker Schweiss; etwa 5 Stühle. — Jetzt: Haut überall warm, gut schwitzend. Der Puls macht 84 Schläge, ist voll, kräftig, weich. Herzstoss in der Rückenlage nicht zu fühlen; von den Herztönen ist der erste matt, dumpf, der zweite klappend, hell. — In den Lungen nichts Krankhaftes. — Achtzehn Inspirationen. — Wenig Cephalöe; kein Schwindel, kein Ohrensausen. — Zunge rein, feucht. — Leib weich, nicht aufgetrieben, nur über dem *Os pubis* schmerzhaft. — Tenesmus nicht sehr stark: Stühle alle $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ Stunden; sie stellen eine theilweise röthliche, stellenweise farblose Gallerte dar; der der Masse nach überwiegende Bestandtheil in ihnen ist gallertartig geronnener Faserstoff. Sonst weist das Mikroskop in ihnen gefärbte Blutkörperchen, farblose Blutzellen etc. nach. Keine Galle. — In 1000 Gr. der von 12 Stunden gesammelten Stühle 48,2 Gr. feste Substanz.

Urin war nicht aufgehoben.

Die Temperatur betrug im Munde nur 37°,25 C. Im Rectum mochte ich sie bei diesem Kranken nicht untersuchen.

Infus. rad. Ipecac. mit *Gumm. mimos.* und *Tinct. opii.*

Am 13. August. In der Nacht kein Schlaf; immer schwitzende, warme Haut. Heftiger Tenesmus; etwa 16 Stühle von derselben Beschaffenheit; oft Kollern im Leibe und Drang zum Stuhl, ohne dass etwas entleert werden kann. — Jetzt um 12 Uhr:

Gesicht roth, unverfallen; Haut schwitzend. — Puls 88; Alles wie gestern. — Temperatur 37°,25 C. — Dieselbe Arznei weiter.

Harn wird wenig gelassen: er ist klar, saturirt, röthlich-gelb, sauer. Weder Salz- noch Salpetersäure trüben ihn; kein Gallenfarbstoff.

Am 14. August. Etwas Schlaf; weniger Stühle von derselben Beschaffenheit; immer schön schwitzende, warme Haut. — Puls 88; Temperatur um 12 Uhr im Munde 37°,85 C. — Harn wie gestern: ebenso alles Uebrige. Dieselbe Arznei. Zum Getränk Thee aus *Spec. ad infus. pector.* mit *Rad. Alth.* — Einreibung des Leibes mit grauer Salbe.

Am 15. August. Schlaf, Schweiss, nur 6 Stühle, ebenso wie früher. Zunge rein, feucht, bläulich-röthlich. — Leib weich, nur in der *Regio pub.* schmerzhaft. — Der Harn hat sich von selbst jumentös getrübt, sonst nichts Bemerkenswerthes in ihm.

Puls 66 Schläge machend; Temperatur um 11 Uhr Vormittags im Munde 37°,75 C. — Dieselbe Arznei.

Am 16. August. Nur ein Ruhrstuhl, gelatinös-blutig, und ein fäculenter, gallig-brauner Stuhl. Gutes Befinden; Schweiss; wenig Schmerz. — Puls 60 im Liegen; Temperatur um 12 Uhr 37°,85 C. — Dieselbe Arznei ohne *Tinct. opii.*

Am 17. August. Befinden gut; Haut warm, schwitzend. Puls 72; Temperatur um $9\frac{1}{2}$ Uhr Morgens 37°,25 C. — Gesicht etwas collabirt. Leib weich, wenig schmerzhaft; neben fäculenten Stühlen wenig blutig-plastische Masse. — Urin klar, sauer, bräunlich, Harnsäurekrystalle absetzend. — Dieselbe Arznei.

Am 18. August. Bloss fäculenter, galliger Stuhl. Befinden ganz gut. Harn wie gestern. Puls 64 im Liegen. Appetit. — Am 19. verlässt der Kranke das Bett. —

Zum Schluss einige Bemerkungen über die Temperaturverhältnisse dieser Kranken: Bei dem ersten finden wir die Eigenwärme im Rectum nicht über 38°,25 und nicht unter 37°,0 C.; im Munde, so oft sie bestimmt wurde, hielt sie sich zwischen 37°,75 und 36°,5 C. — Bei dem zweiten Kranken war sie hier zwischen 37°,25 und 37°,85 C. Unter dem Normal war sie also nie, und darüber nur wenig! Das „Fieber" war also entweder = 0 oder nur sehr gering.

Es stimmt dieser Befund mit dem ganzen Krankheitsprocess überein: die Summe und Art der chemischen Umsetzungen überschreitet wenig das Normale. Während bei anderen acuten Kranken sehr viel Blut chemische Metmorphosen durchläuft, bei denen Wärme entstehen muss, wird von den Ruhrkranken ein Theil des Blutes direct nach aussen entleert. Da sie ausserdem hungern, so wird fast kein neues Material gebildet, durch dessen chemische Umsetzung Wärme entstehen könnte. — Bei dem ersten Kranken lag die Function der excernirenden Organe sehr erheblich danieder, er schwitzte nicht, entleerte wenig Harn und sehr wenig Galle; der letztere Kranke harnte auch wenig, hatte fast gar keine Galle in seinen Ruhrstühlen, schwitzte aber.

Schöne Aufschlüsse über die Ursachen, wodurch sich die Eigenwärme der Kranken vermehrt, könnten gerade, wie es scheint, die Ruhrkranken geben, wenn alle Excrete von 24 zu 24 Stunden quantitativ bestimmt würden. Im Blute und in der Lymphe haben, wie die

mit der Zeit erfolgende Vermehrung des Faserstoffes beweist, jedenfalls erhebliche Umsetzungen statt: da ein Theil desselben diese aber nicht bis zur vollständigsten Oxydation (Choleinsäure, Harnstoff u. s. w.) durchmacht, so vermehrt sich die Eigenwärme der Kranken nicht erheblich.

Ich unterdrücke jede weitere Bemerkung, frage jedoch, ob der pathologische Befund für die Therapie keinen Fingerzeig abgiebt, ob namentlich nicht Mittel indicirt sind, welche Galle machen, z. B. Calomel, in Fällen, die wie der sub I. geschilderte auftreten und verlaufen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der k. rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1849 bis Ende September 1850 vorgekommenen Ereignisse.

Von
Geh. Med.-Rath C. W. Wutzer,
Director der Anstalt.

II. Urethrotomie.

(Fortsetzung aus No. 35.)

7) 1849. Dietrich L—ek, ein 36jähriger Schiffer aus Duisburg, fiel im Mai auf seinem Schiffe von der Höhe so herab, dass er mit dem Damme gegen das Horn eines Ankers anschlug. Es entstand sogleich in der gequetschten Gegend heftiger Schmerz und der Urin ging, mit Blut gemischt, nur unter dem heftigsten Drängen tropfenweise ab. Anfänglich wurden bloss kalte Umschläge gemacht; ein erst nach mehreren Tagen herbeigerufener Arzt liess dann Schröpfköpfe an das geschwollene Perinäum setzen und verordnete Bleiwasserumschläge. Der Blutausfluss hörte nun zwar auf, aber die Harnbeschwerden verblieben um so mehr, als er sein Schiffergeschäft fortsetzte und die vorgeschriebene Diät hierbei nicht inne zu halten vermochte. Letzterer Umstand vereitelte auch die Rathschläge einiger in der Noth befragten andern Aerzte. L. hatte zuletzt gelernt, bei überhandnehmenden Harnbeschwerden sich durch Hunger und Ruhe selbst zu helfen.

Am 28. August führte ihn das stete Leiden endlich dem chirurgischen Klinikum zu. Wir fanden in ihm einen ursprünglich kräftig constituirten Mann, der nie an einer bedeutenden innern Krankheit, wohl aber vor 6 Jahren durch Ansteckung an syphilitischen Geschwüren und Bubo gelitten hatte, welche letzteren Uebel indessen durch ärztliche Hülfe beseitigt waren. Die Untersuchung der Harnröhre zeigte eine Strictur in ihrem häutigen Theile, welche so eng war, dass die dünnste konische Kerze nur sehr mühsam hindurch gebracht werden konnte. Der Harn ging in der Regel nur tropfenweise, unter krampfhaften Blasenzusammenziehungen, seltener in dünn gewundenem Strahle ab. Die hierdurch hervorgebrachten bedeutenden Beschwerden hatten den Mann bereits in hohem Grade krankhaft empfindlich gemacht, ein Umstand, der, wie sich hernach zeigte, allein schon geeignet war, die folgenden Kurbemühungen zu vereiteln. Diese letzteren begannen damit, dass man täglich sowohl allgemeine, als auch Sitzbäder aus einer Kleienabkochung in Anwendung brachte, Schröpfköpfe an den Damm und die inwendige Seite der Schenkel mehrmals anbrachte und dann lauwarme Breiumschläge auf das Mittelfleisch legte. So gelang es, konische Kerzen No. 1. zweimal täglich, jedesmal eine halbe Stunde lang, durch die verengerte Stelle zu bringen; nach 14 Tagen konnte man zu einer Kerze No. 2. übergehen, und der Harn wurde nun schon mit geringerer Beschwerde und in dünnem Strahle gelassen. Da erkältete sich leider der Kranke am 12. Dec. in einem unvorsichtig genommenen Bade; in der Nacht darauf folgte Urinverhaltung und alle Versuche, Morgens einen ganz dünnen Katheter einzuführen, blieben vergeblich. Auch die früher schon nützlich gewesenen äussern Mittel brachten zuletzt keine Hülfe. In einem warmen Bade sitzend, wurde zwar ein kleiner Theil des Urins entleert; nachher aber ging er nur tropfenweise unter äusserst schmerzhaftem Pressen ab. Am 14. Sept. hatte sich die Blase unter fortwährenden Krampfbeschwerden stark über die Schambeinfuge erhoben. Es blieb auch hier nur die Wahl übrig, entweder durch die Punction der Blase oder durch den Harnröhrenschnitt die schnell nöthige Hülfe zu schaffen; der letztere wurde vorgezogen. Er wurde unter Assistenz der Herren DD. H. Schäffer, P. H. Becker u. A. sogleich ausgeführt. Der zu durchschneidende verengerte Theil der *Pars membranacea urethrae* war 7 Linien lang. Die auf diese Weise beschaffte Wunde der Harnröhre nahm einen Katheter No. 6. auf, welcher von ihr aus in die Blase gebracht wurde. Durch ihn floss der Urin bequem aus, bis am Abend ein anderer Katheter vom *Ostium cutaneum* aus durch die Wunde bis in die Blase geführt werden konnte. Er blieb bis zum 19. liegen, wo er, durch Schleim verstopft, mit einem zweiten vertauscht werden musste, der bis zum 22. ertragen wurde. Jetzt begann mit einem brennenden Blasenschmerze, der den Mann bewog, in der Nacht den Katheter selbst herauszunehmen, eine Reihe von bösen Erscheinungen, die für das Endresultat sehr bedenklich wurde. Am 30. trat nämlich ein starker Schüttelfrost mit nachfolgendem Schweiss auf, der eine vorläufige Beseitigung des Katheters forderte. Ein gelindes remittirendes Fieber wurde am 8. Oct. wieder durch einen Frostanfall gesteigert. Der Gebrauch des *Cinchonium sulphuricum* wirkte jedoch so wohlthätig, dass man bereits am 12. wieder wagen konnte, die Sonde täglich mit einigen Unterbrechungen einzulegen, bis am 27. die Zeichen einer Blasenentzündung auftraten, welche Schröpfköpfe, Quecksilber-Einreibungen u. s. w. zugleich aber die Weglassung der Sonden nochmals nöthig machten. Jene Entzündung schwand hierauf zwar bald, und die Operationswunde im Mittelfleische zog sich so zusammen, dass der Kranke vollständig auf normalem Wege uriniren konnte, wenn er mit einer Fingerspitze die dort noch übrige kleine Oeffnung zusammendrückte. Aber der Strahl des Urins wurde zugleich täglich dünner, und es stellte sich dadurch die Unentbehrlichkeit der Sonden abermals heraus. Als man deshalb am 15. Nov. den Versuch machte, eine Kerze No. 3. einzulegen, gelangte diese nur bis zu der bereits wiedererzeugten Strictur; wir sahen uns genöthigt, mit den feinsten konischen Bougies von neuem zu beginnen, mit deren Hülfe es bis zum 22. dahin gebracht wurde, dass eine Sonde No. 4. bis in die Blase geführt werden konnte. Am 27. Nov. war es dahin gediehen, dass der Strahl des Urins zwar noch nicht normal, aber doch stark genug war, wobei durch die noch übrige kleine Fistel im Damme nur hier und da einige Urintropfen durchdrangen. Der Harn konnte 4 bis 5 Stunden lang gehalten werden, der Mann befand sich innerlich vollkommen wohl, und da er dringend wünschte, zu seiner Familie entlassen zu werden, so wurde ihm dieser Wunsch mit dem Bedeuten gewährt, dass er zu Hause sorgfältig fortfahren müsse, für lange Zeit täglich die Sonde auf eine halbe Stunde so einzulegen, wie er es hier gelernt hatte.

Im Juni 1850 hörten wir, dass L—ek wieder als Schiffer arbeite und sich wohl befinde. Im Spätherbst lauteten die Nachrichten traurig: L. hatte wieder die Nahrung und das Getränk der Schiffer zu sich genommen und keine Bougies mehr eingeführt. Die bösen Folgen davon konnten nicht ausbleiben. Am 27. Nov. 1850 wurde er auf seinen dringenden Wunsch nochmals in die Klinik aufgenommen. Die von mehreren Aerzten seiner Heimath verordneten Mittel hatten bei seiner Lebensweise wenig nützen können. Die Untersuchung lehrte jetzt, dass die Strictur leider wieder einen Umfang gewonnen hatte, der nur das Einführen einer feinen Darmsaite erlaubte, und selbst diese gelangte nur bis zu der Fistelöffnung im Damme. Nachdem man sich vergebens bemüht hatte, durch erweichende Sitzbäder diesen Weg der Behandlung zu begünstigen, brachte man am 10. Dec. eine konische elastische Kerze No. 1. über die Strictur hinaus, welche vor der Fistelöffnung lag; von hier aus nahm sie aber stets den Weg durch die Wunde nach aussen. Am 12. drang No. 2. auf diesem Wege durch. Schon am 13. erfolgte hierauf ein heftiger Schüttelfrost, obgleich die bisher benutzten Harmsaiten und Kerzen täglich nicht länger als eine Viertelstunde liegen geblieben waren. Das früher schon bei ihm unter solchen Umständen bewährte Cinchonin versagte auch jetzt seine Hülfe nicht. Am 18. versuchte man hierauf, ein elastisches Bougie No. 1. von der äussern Fistelöffnung aus in die Blase zu bringen; es drang jedoch nur $1\frac{1}{2}$ Zoll tief ein. Eine deshalb durch den Mastdarm vorgenommene Untersuchung lehrte, dass eine ansehnliche und beim Drucke schmerzhafte Verhärtung und Vergrösserung der Vorsteherdrüse zugegen sei, die wahrscheinlich das Haupthinderniss für die Sondeneinführung abgab. Das organische Leiden der Prostata schien jedoch die letztere um so mehr zu fordern, als mittelst eines mässigen Druckes auf das angeschwollene Organ dessen Abnahme im Volumen durch Aufsaugung begünstigt werden konnte. Jedem Versuche zum Einbringen der Sonde folgte jedoch leider von jetzt an regelmässig ein Schüttelfrost, gleichviel, ob die Sonde vom Mittelfleische, oder vom *Ostium cutaneum* aus eingeführt worden war, im letztern Falle noch viel gewisser, was insofern auffallend erschien, als die Kerze auf diesem Wege mit grosser Leichtigkeit bis durch die Wunde nach aussen hindurch gebracht werden konnte. Cinchonin fruchtete hiergegen eben so wenig, als eine passende nahrhafte Kost. Die krankhafte Empfindlichkeit des Mannes steigerte sich vielmehr so, dass man genöthigt war, vorläufig von der Behandlung der Strictur mit mechanischen Hülfsmitteln abzustehen. Es wurde ihm empfohlen, in der Heimath durch eine zweckmässige innere Kur seinen allgemeinen Zustand zu verbes-

sern, und hernach wiederzukehren. Am 24. Jan. 1851 folgte er diesem Rathe.

Die weitläufigere Darstellung des Herganges bei der ungemein mühsamen und doch ohne dauernden Erfolg gebliebenen Behandlung dieses Falles hat den Zweck, ein leider nur zu oft sich wiederfindendes Gemälde der grossen Hartnäckigkeit der auf mechanischem Wege, durch Contusion und Verwundung, erzeugten Harnröhrenverengerungen zu geben. Die bekannte Erfahrung, dass derartige Krankheiten ganz besonders geeignet sind, die Functionen des Nervensystems krankhaft umzustimmen, hat sich hier in noch höherem Grade bestätigt, als in dem Falle No. 4. bei F—r, und doch hatten wir es mit einer abgehärteten Schiffernatur zu thun, die eine ursprüngliche Hinneigung zu nervösen Erscheinungen nicht annehmen lässt. Bei F—r traten diese hingegen erst nach jahrelanger Vernachlässigung des früher bereits völlig beseitigt gewesenen Harnröhrenleidens auf, um endlich zum Tode zu führen.

8) 1850. Jacob K—r aus Oppenheim am Rhein, ein 26jähriger Schiffsbeamter, fand sich am 16. Octbr. 1849 in der Klinik ein, um sich von mehrfach verzweigten Urinfisteln heilen zu lassen. In früheren Jahren hatte er nur am Wechselfieber gelitten, war aber vor einem Jahre durch Ansteckung vom Tripper befallen worden, der, mit Copaivabalsam, später auch mit Pillen behandelt, wegen der auf dem Schiffe geführten beschwerlichen und ungeregelten Lebensweise nicht zur Heilung gebracht werden konnte. Der Schleimausfluss aus der Harnröhre hatte bereits 9 Monate angedauert, als endlich vor einem Vierteljahre eine acute Entzündung des linken Hoden hinzutrat, von der noch jetzt eine Verhärtung des Kopfes des Nebenhoden übrig war. Bald darauf entstand auch Schmerz im Damme mit Anschwellung. Letztere erweichte sich allmälig, brach durch und entleerte reichlichen Eiter. Die in der Klinik vorgenommene Untersuchung zeigte einen sich im Mittelfleische, links neben und hinter dem Hodensacke öffnenden Fistelkanal, in welchen die geknöpfte Sonde $2\frac{1}{2}$ Zoll tief in der Richtung neben dem aufsteigenden Aste des Sitzbeins in der Beckenhöhle eindrang, wo sie jedoch geschlossen endigte. Der Kranke versicherte fest, dass er nie eine Entleerung von Harn durch dieses Fistelgeschwür wahrgenommen habe; der dringende Verdacht, dass dies in geringer Menge dennoch der Fall sein möchte, konnte indessen hierdurch nicht entfernt werden, weil eine anderweitige Entstehung der Fistel kaum denkbar war. Ausserdem fand sich ein chronischer Schleimfluss, nicht bloss der Harnröhre, sondern auch der Blase vor, indem sich Schleim theils mit den ersten Tropfen des ausströmenden Harnes, theils mehr noch nach ihm entleerte. Endlich ergab die Untersuchung durch den Mastdarm auch eine Anschwellung und Verhärtung der Vorsteherdrüse, besonders des rechten Lappens derselben. Ungeachtet dieser mannigfachen organischen Uebel hatte sich der allgemeine Zustand des Körpers vortheilhaft erhalten.

Die Kur wurde unter strenger Diät, mit dem Gebrauche des ohne Mercur bereiteten Zittmann'schen Decoctes, und äusserlich mit Einspritzungen einer Höllenstein-Auflösung in den Fistelkanal begonnen. Späterhin wurde innerlich eine Jodkalium-Auflösung gereicht. Diese Mittel übten keinen sichtbaren Einfluss auf die Localübel aus. Der schon früher bestandene Verdacht, dass neben der gonorrhoischen auch eine syphilitische Ansteckung bestanden haben möchte, wurde hierdurch bestärkt. Da nächstdem eine Auflösung der Prostataverhärtung dringend geboten erschien, welche durch den längeren Jodgebrauch um nichts gefördert worden war, so wurde der methodische Gebrauch von Quecksilber-Einreibungen beschlossen, und mit ihnen, nach Voranschickung von Vorbereitungsbädern, am 9. Decbr. der Anfang gemacht. Sieben Einreibungen zu ℨij hatten keinen vollständigen Speichelfluss, sondern bloss oberflächliche Verschwärung des Zahnfleischrandes und metallischen Geschmack, dagegen reichliche kritische Schweisse hervorgebracht. Der Nachwirkung vertrauend, schloss man die Inunctionskur hiermit, die den Kranken weniger angegriffen hatte, als dies sonst der Fall zu sein pflegt. Aber auch sie hatte keinen heilsamen Einfluss auf das Fistelgeschwür geübt, wenngleich die Prostata wesentlich gewonnen hatte. Eine jetzt wiederholte genaue Untersuchung lehrte vielmehr, dass neben dem tiefen Fistelkanale noch zwei andere kleinere entstanden waren, deren einer, mit der Rhaphe parallel nach hinten laufend, $1\frac{1}{4}$ Zoll, ein anderer, $\frac{1}{2}$ Zoll lang, direct gegen die Harnröhre in die Höhe stieg. Die genaue Betrachtung dieses letzteren liess während des Harnens einige ausschwitzende Tropfen Urins wahrnehmen, so dass der vermuthete Zusammenhang mit der Harnröhre jetzt endlich ausser Zweifel gesetzt war. Nachdem K—r sich durch kräftige Nahrung bis zum 5. Febr. 1850 vollkommen erholt, die Fistelgeschwüre dennoch nichts gewonnen hatten, so wurde an diesem Tage die Operation, unter Beihülfe der Herren DD. H. Schäffer, P. H. Becker, A. Günther u. A., in der Weise unternommen, dass auf der in die Harnröhre eingeführten gerinnten Sonde der letzterwähnte Fistelkanal bis in den Kanal der ersteren gespalten, nach aussen aber trichterförmig erweitert wurde. Die verschiedenen Eingänge in die drei Fistelkanäle waren somit in einen einzigen vortheilhaft verwandelt, aus welchem der Urin jetzt frei ausströmen konnte. Grosse Unruhe des Operirten und Blasenkrampf liessen die sofortige Einbringung eines Katheters in die Blase nicht zu. Auch zeigten sich am nächstfolgenden Tage Symptome einer beginnenden Blasenentzündung, die zuvor durch Schröpfköpfe u. s. w. allmälig beschwichtigt werden mussten. Nachdem dies erreicht worden, folgte die tägliche Einführung von Kerzen in steigendem Kaliber. Bis zum 13. April war hierdurch die Besserung so weit vorgeschritten, dass bei dem Harnen nur noch sehr wenig Flüssigkeit durch die Wunde, der grössere Theil derselben aber in vollem Strahle und ohne Beschwerde auf normalem Wege ausfloss. Nur die ursprüngliche, zum Sitzbein hinlaufende tiefe Fistel bestand noch. Der Kranke, mit der Anwendung der Kerzen vollkommen vertraut, wünschte dieselbe jedoch nun in der Heimath fortzusetzen, und verliess zu dem Ende am 13. April die Anstalt. — Nachdem er während des Sommers noch mehrmals um Rath gefragt hatte, erschien er endlich im October völlig geheilt wieder. Die Fistelgeschwüre waren fest vernarbt, die Harnentleerung normal, und das Wohlbefinden des Mannes liess nichts zu wünschen übrig.

Ich finde die hier mitgetheilten acht Fälle vollkommen geeignet, den oben angeführten Ausspruch Astley Cooper's zu bestätigen, dem ich mich mit Ueberzeugung anschliesse. Der grossen Mehrzahl der Harnverhaltungen bei Männern liegen Verengerungen der Harnröhre zum Grunde, und wo dies der Fall ist, die Einführung des Katheters aber selbst von geschickten Händen unausführbar gefunden wurde, da ist somit nicht der Blasenstich, sondern der Harnröhrenschnitt indicirt. Diese Ueberzeugung darf ich um so zuversichtlicher aussprechen, als ich mit Bedauern auf eine frühere Periode meiner Thätigkeit zurückblicke, in der ich, allgemein verbreiteten Lehren folgend, mich mit dem Blasenstich begnügen zu müssen glaubte, um späterhin Monate oder Jahre lang den fortwährend Leidenden mit Bougies zu plagen. Je früher man sich entschliesst, zu dem souveränen Mittel zu greifen, je sicherer ist der Erfolg, wie dies unser 5. Fall glänzend beweisst; doch halte ich gegen Syme den Satz fest, dass man zu der heroischen Operation nicht eher übergehen solle, bis die Einführung der Kerzen und Katheter nicht mehr möglich ist, weil mich langjährige Erfahrung belehrt hat, dass, wo sie irgend möglich, bisweilen nur Nachlässigkeit oder Ungeschicklichkeit des Arztes, öfter noch Leichtsinn und Ungelehrigkeit, vielleicht auch widerstrebende traurige Aussenverhältnisse des Kranken, die Schuld des Misslingens tragen. Auf der andern Seite soll hiermit nicht behauptet werden, dass man die Operation bis dahin verzögern solle, wo Desorganisation der Urethra und der Blase, Neubildung von Geweben, ausgebreitete Fistelkanäle, hektisches Fieber, Entkräftung u. s. w. überhand genommen haben, wie dies hervorragend in den Fällen No. 1, 4 und 7. geschehen war; das mit Recht so verrufene „zu spät" muss sich dann freilich auch hier geltend machen. Auf solche Weise ist Ch. Bell zu dem traurigen Auskunftsmittel hingedrängt worden, in dem oben angeführten vernachlässigten Falle „ein Stück aus der callösen Harnröhre herauszuschneiden", und auch W. Krimer [1]) schnitt unter so verzweifelten Umständen „ein beinahe drei Zoll langes Stück der zerstörten Harnröhre sammt einem, eine grosse Mannsfaust grossen Stücke der skirrhösen (?) Masse" aus. Ich freue mich, zu einer solchen Verstümmelung nie genöthigt gewesen zu sein, indem es mir selbst in dem wahrhaft verzweifelten Falle No. 4. gelang, die ungemein enge und gewundene Harnröhre endlich zu finden, welche, wenn sie nicht durch Brand oder mechanische Zerstörung total verloren gegangen, überhaupt nie gänzlich verwachsen ist. — Nicht zu leugnen ist es, dass die Urethrotomie sich unter solchen Umständen nur schwierig ausführen lässt. Aber auch hier trifft mein Urtheil mit dem A. Cooper's zusammen: „wer eine Operation verwirft, weil sie anatomische Kenntnisse verlangt, sollte seine Kunst nur gleich aufgeben." Es kommt hinzu, dass es sich mit dieser Operation ganz anders, als etwa mit der Herniotomie, verhält; die letztere soll jeder Wundarzt verrichten können, weil die Lebensrettung nicht selten davon abhängig ist, dass sie schnell, auf der Stelle, ausgeführt werde, — dahingegen der Harnröhrenschnitt meistens so lange wird verschoben werden können, bis man einen geübteren und erfahreneren Operateur herbeizuholen im Stande war. Der seinen Kräften vielleicht mit Recht misstrauende Wundarzt würde also für die Urethrotomie seine Kunst aufgeben können, ohne dies zugleich auf alle übrige Operationen ausdehnen zu müssen. — Aber darauf muss man gefasst sein, dass, wenn selbst die Hauptstrictur gespalten ist, dennoch der Katheter sich nicht sogleich von der Wunde aus in die Blase bringen lässt, es können noch Stricturen dicht vor der Prostata, Entartungen der letzteren, Callositäten oder ausgedehnte Venen am Blasenhalse u. dgl. hinderlich sein. In solchem Falle rathe ich, nicht Gewalt anzuwenden, sondern durch eine zweckmässige allgemeine und locale Behand-

[1]) Siehe Graefe's und Walther's Journal für Chirurgie. Bd. 10. S. 631.

lung die kranken Theile erst zur Einführung der Sonde vorzubereiten, worauf diese in irgend einem günstigen Momente endlich zu gelingen pflegt. Nach einer von mir am 6. Mai 1848 wegen hartnäckiger Stricturen mit Beihülfe der Herren DD. O. Fischer und H. Schäffer unternommenen Urethrotomie war weder ich, noch einer dieser Herren im Stande, eine Sonde bis in die Blase zu führen, obgleich der Urin von dieser Zeit an in dünnem Strahle an jedem Tage häufig durch die Wunde floss. Erst in einer späteren Periode, nach Monate lang fortgesetzten Vorbereitungen, gelang es endlich Herrn Leroy d'Étiolles, von der durch mich angelegten Oeffnung aus den Katheter in die Blase einzuführen, und der Operirte befindet sich gegenwärtig sehr wohl und geschäftsthätig. — Was endlich die hier und da ausgedrückte Besorgniss betrifft, dass die Urethrotomie heftige Blutung, Entzündung, erschöpfende Eiterung, Brand, Urininfiltration und Fistelbildung zur Folge haben könne, so hat die Erfahrung mich zu entgegengesetztem Resultate geführt, zu dem nämlich, dass sie, nach richtiger Indication richtig ausgeführt, vielmehr geeignet ist, jene Nachtheile abzuwenden, oder — wo sie schon zugegen — sie zu heilen. Von der Methode der Ausführung hängt freilich Vieles ab; ich muss es z. B. für gefahrvoll erachten, nach Eröffnung der Harnröhre vom Damme aus einen schwachen Troikart in die gemachte Oeffnung zu bringen und ihn in der Richtung des Kanals bis in die Blase vorzuschieben, wie es Dr. Max Langenbeck [1]) vorschlägt, dessen Indicationen für die „Boutonnière" ich indessen ganz theile.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Klinische Beiträge. 1. Heft. Göttingen, 1849. S. 28.

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik der Universität zu Bonn während dem Sommer-Semester 1851.

Von

Prof. Dr. M. Naumann in Bonn.

(Fortsetzung aus No. 35.)

5. Pyämie, oder nicht?

Chr. Stefan, 26 Jahre alt, unverheirathet. Sie hatte im Februar d. J. geboren. Lochien und Milchabsonderung waren kümmerlich gewesen. Dagegen soll der linke Schenkel zum Sitze von *Phlegmasia alba* geworden sein. Als die Kranke gegen Ende Aprils (nachdem zweimal schwache Spuren der Katamenien sich gezeigt hatten) in die medicinische Klinik aufgenommen worden war, zeigte sich der linke Schenkel ödematös. Eine besondere, schmerzhafte Geschwulst an der vordern und äussern Fläche des Oberschenkels dieser Seite liess über die Gegenwart eines bedeutenden Abscesses zwischen dem *Vastus externus*, dem *Rectus* und der *Fascia lata* wenige Zweifel übrig.

Am 7. Mai, als ich die Kranke zuerst untersuchte, war die Fluctuation noch nicht deutlich wahrzunehmen. Ueber die Bedeutung und die Herkunft des Abscesses konnte noch kein ganz abschliessendes Urtheil gewonnen werden. Allerdings fehlten alle Symptome eines Psoasabscesses. Auch blieben Appetit, Verdauung und Schlaf leidlich, obgleich der Schmerz bedeutend und von mässigem hektischen Fieber begleitet war.

Am 21. Mai. Die Zeitigung des Abscesses war langsam vorgeschritten. Man hatte dieselbe auf alle Weise zu befördern versucht, durfte indessen mit der Eröffnung nicht säumen, indem Eitersenkung erfolgt war. Geschwulst und Fluctuation hatten nämlich abgenommen, wogegen das Oedem bedeutender erschien. Das hektische Fieber war verstärkt, und deshalb hatte die Kranke schon seit mehreren Tagen China mit Schwefelsäure genommen. Die den Abscess überkleidenden Integumente zeigten keine Röthe. Am 21. Mai wurde der Abscess geöffnet. Sogleich flossen mehr als 4 Pfd. eines jauchigen Eiters aus.

Da die copiöse Absonderung saniöser, von Zeit zu Zeit blutiger Flüssigkeiten fortdauerte, so wird nicht allein ein saturirtes Chinadecoct mit Schwefelsäure ununterbrochen gereicht, sondern die Kranke erhält überdies Wein, kräftige Fleischbrühe mit Eigelb, gebratenes Fleisch. Am 25. Mai musste wegen Senkung des Eiters eine Gegenöffnung gemacht werden. Alles ging erträglich bis zum 31. Mai. Das hektische Fieber hatte an diesem Tage einen solchen Grad erreicht, dass es Besorgniss zu erregen begann. Puls über 150; Schlaflosigkeit; grosse Unruhe und Angst; Appetitlosigkeit.

So ging es bis zum 5. Juni ohne erhebliche Veränderung; die jauchige Absonderung war sparsamer und serös geworden. Vom 5. bis zum 9. Juni traten täglich zwei, wohl auch drei Frostanfälle ein, von denen bisher nichts bemerkt worden war, zugleich hatte sich unter lebhaftem Schmerz ein *Erysipelas serpens* an dem Schenkel der leidenden Seite gebildet, das allmälig bis zu dem angeschwollenen Unterschenkel sich verbreitete. Die Kranke fieberte heftig, war äusserst aufgeregt, voll Unruhe, matt, schlaflos, genoss nichts und hatte eine trockene, gebräunte Zunge. Mehrere Tage erhielt Patientin *Ammonium carbonicum* und Chinin in nicht geringen Dosen.

Erst am 10. Juni begannen die Aussichten besser zu werden. Die Frostanfälle kehrten wieder zurück. Bei dem Abgange einiger sehr übelriechender Darmausleerungen wurde die Zunge feuchter, der Puls minder beschleunigt; etwas Appetit; Schmerz und Röthung des linken Unterschenkels sind in Abnahme begriffen; dagegen ist derselbe in seiner ganzen Ausdehnung infiltrirt und hart. Das Verfahren wird fortgesetzt; Klystiere. Der in Watte gehüllte Schenkel wird täglich einigemal mit warmem Oel gerieben.

Am 12. Juni war die Besserung entschieden. Wiederholt war reichlicher Schweiss eingetreten. Die Kranke nahm wieder China mit Schwefelsäure, nach einiger Zeit China und Eisen. Die Genesung schritt so ungehindert fort, dass die Patientin vom 21. Juni an aufhörte, Gegenstand der klinischen Besprechung zu sein. Die noch übrige Geschwulst hatte sich bei einfachen Einwickelungen verloren; der Abscess war vernarbt. Am 28. Juni wurde die Geheilte entlassen.

6. Verhältnissmässig schnelle Zertheilung eines bedeutenden pleuritischen Exsudates.

Joh. Bernartz, 11 Jahre alt, vom Lande. Am 16. Juni war er von einer heftigen Pleuritis befallen worden, die man sich selbst überlassen hatte. Am Abend des 19. Juni wurde er in die Klinik aufgenommen. Man überzeugte sich, dass linkerseits der Pleurasack mit Exsudat beinahe ausgefüllt war: Thorax auf dieser Seite stärker gewölbt; Percussion matt und leer; man hört weder vesiculäres noch bronchiales Athmen; nur in der Gegend der 3. und 4. Rippe findet sich innerhalb eines kleinen Raumes tympanitisch gedämpfte Resonanz (wahrscheinlich von einer daselbst stattfindenden Verwachsung beider Pleuren herrührend). Auf der rechten Brustseite ist der Percussionston in der untern Hälfte matt, Respiration daselbst schwach bronchial; in dieser ganzen Gegend wird Schmerz geklagt; die obere Brusthälfte giebt auf dieser Seite einen vollen Ton und zeigt supplementäres Athmungsgeräusch. Unzweifelhaft dauerte die Entzündung hier noch fort. Die linke Thoraxhälfte nimmt an den Respirationsbewegungen keinen Antheil; das Herz ist nach rechts und unten gedrängt; diaphragmatische Respiration. Gesicht weiter heiss, noch cyanotisch; Puls mässig frequent, auf der linken Seite kleiner. Somnolenter, durch Aeusserungen von Schmerz und Beängstigung unterbrochener Zustand. Wenig Husten.

Ord.: Drei Blutegel rechterseits, ein Blasenpflaster auf die linke Seite der Brust, Einreibungen von Mercurial- und Jodsalbe mit *Spir. Juniperi*. Innerlich: *Kali nitrici* ʒij, *Kali acet.* ʒj, *Tart. stibiat.* gr. ij, *Aq.* ℥iv, *Syrup. Sacch.* ℥ß. Alle St. 1 Esslöffel zu nehmen. Dabei warmes Getränk.

Den 21. Juni. Der gedämpfte tympanitische Ton auf der linken Brustseite hat sich gänzlich verloren. Rechterseits ist der Schmerz gewichen. Athmungsnoth unverändert; doch ist der Schmerz etwas gehobener. Der Knabe schlummert viel, wimmert dazwischen häufig, geniesst nichts. Grosse Uebelkeit, Erbrechen selten. Ord.: *Inf. Digit. purp. ex* ℈ß *parati* ℥vj *adde Kali nitrici, Kali acet.* āā ʒiß, *Syrup.* ℥j. Alle St. 1 Esslöffel. Die Einreibungen werden fortgesetzt; das Vesicator in Eiterung erhalten.

Den 22. Juni. Die Secretionen gehen noch nicht gehörig von Statten; namentlich ist die Haut vollkommen trocken. Aussehen und Gemeingefühl besser. Das Exsudat auf der rechten Seite scheint in Abnahme begriffen zu sein; linkerseits keine Veränderung. — Warme Kataplasmirung der vordern Fläche der Brust und des Bauches; fortgesetzter Arzneigebrauch.

Den 23. Juni. Zwar zeigen Percussion und Auscultation nur geringe Fortschritte der Zertheilung an; dagegen ist das allgemeine Befinden offenbar gebessert. Es ist allgemeiner Schweiss eingetreten, Harn wird reichlicher gelassen, einige Darmausleerungen. Puls hat sich gehoben und ist weniger beschleunigt; Gesichtsfarbe besser: Temperatur der Wangen normal; etwas Appetit. Ord.: *Kali carbon.* ʒß, *Aceti scill. q. s. ad perfect. saturat. adde Inf. Digital. ex* ℈ß *parati* ℥v, *Kali nitric., Kali acet.* āā ʒj, *Syrup.* ℥j. Alle St. (später 2stündl.) 1 Esslöffel. Am Tage werden die warmen Kataplasmirungen fortgesetzt; in der Nacht wird der ganze Körper in Flanell gewickelt.

Den 24. Juni. Allgemeiner Schweiss, Harn mit puriformem Bodensatz; mässiges Fieber, etwas stärkerer Husten. Rechterseits macht die Resorption bedeutende Fortschritte. Linkerseits giebt zwar die Percussion noch kein entscheidendes Resultat; doch hat sich in der Lungenspitze unverkennbar supplementäre Respiration eingefunden. Befinden viel besser. Mit den Mitteln wird fortgefahren.

Bis zum 30. Juni machte die Resorption reissende, von Tag zu Tag abzumessende Fortschritte. Demgemäss wurde auch die Behandlung modificirt; nur das Vesicans am untern Theile der linken Brusthälfte wurde erneut. Am 3. Juli boten Percussion und Auscultation wenig Anomalien dar. Das Fieber hatte ganz aufgehört, kein Husten, nicht zu befriedigende Esslust, guter, immer zu Schweiss neigender Schlaf. Der Kranke bringt mehrere Stunden ausser dem Bette zu.

Die Genesung wird nur durch einen bedeutenden Furunkel aufgehalten, der auf der vordern Fläche des linken Thorax, an derjenigen Stelle, wo die Vesicatorien gelegen hatten, entstanden war. — Am 16. Juli wurde der muntere, fast wieder blühend aussehende Knabe völlig geheilt entlassen.

7. Ausgezeichnete Wirksamkeit des salpetersauren Silbers gegen veraltete Enteralgie.

H. Genlen, 33 Jahr alt, aus Hoch-Emmerich. Der Kranke leidet seit 7 Jahren an sehr empfindlichen, periodisch eintretenden Unterleibsschmerzen, welche bald täglich, bald nach zwei, drei Tagen sich einfinden, und dann 12 bis 20 Stunden mit grosser Heftigkeit fortdauern. Da der Patient, ein fleissiger Tagelöhner, vergebens Hülfe gesucht hatte und endlich arbeitsunfähig geworden war, so wurde derselbe auf Unkosten seiner Commune der hiesigen Klinik überwiesen und am 9. Juni aufgenommen.

Der Mann sieht noch ziemlich gut genährt aus, hat aber den Ausdruck von tiefem Leid in den Zügen. Die sorgfältigste, wiederholt unter den verschiedensten Verhältnissen vorgenommene Untersuchung des Bauches, der nicht aufgetrieben ist, führt zu keinem Resultate. Einige Schmerzhaftigkeit wird bei stärkerm Druck in der Nabelgegend auch in den schmerzfreien Perioden empfunden. Eine Geschwulst oder Härte ist nirgends zu fühlen. Da Patient sorgfältiger beobachtet werden soll, um wo möglich einige diagnostische Aufklärung zu sichern, so werden zunächst 8 Schröpfköpfe in die Umgebung des Nabels applicirt. Verordnet wird ein Althäadecoct mit etwas Opium und Kirschlorbeerwasser; ein Clysma soll angewendet werden, sobald es nöthig ist.

Diese laxirende Behandlung wurde bis zum 16. Juni fortgesetzt. Während dieser Zeit überzeugte man sich, dass eine Strictur des Darmkanales nicht vorhanden sein könne; denn die Fäces sind in der Regel normal geformt und flatulente Auftreibung des Unterleibes findet niemals statt. Die Schmerzanfälle werden nicht von Erbrechen begleitet, bisweilen geht ihnen Pyrosis voraus. Durch den Genuss von blähenden Speisen werden sie am häufigsten und am stärksten rege gemacht. Der Appetit ist im Allgemeinen gut; nur während der schmerzhaften Perioden weist der Kranke die Nahrungsmittel von sich, und beklagt sich abwechselnd über Uebelkeit. Den Schmerz schildert er als äusserst peinigend, stechend, zerreissend und zugleich spannend. So lange dieser Schmerz dauert, empfindet der Patient lästigen Schmerz im Vorderkopf. Ich führe dieses Symptom an, weil es mir ein nicht ganz seltener Begleiter von Magen- und Dünndarmgeschwüren zu sein scheint. Congestiver Natur ist der Kopfschmerz nicht. Neigung zur Constipation ist entschieden ausgeprägt. Sie nöthigt wiederholt zur Anwendung des Ricinusöles.

17. Juni. Die Symptome sprechen weder für Geschwüre im Magen, noch im obern Theile des Dünndarms (wenigstens nicht im Duodenum). Geschwüre im mittlern Theile des Dünndarms könnten angenommen werden, wenn die lange Dauer der Krankheit nicht wäre. Dickdarmgeschwüre würden wohl eher von Diarrhöe, aber doch nicht von vorherrschender Verstopfung begleitet sein.

Bei dieser noch immer fortdauernden Ungewissheit wurde mit der Darreichung des salpetersauren Silbers begonnen. Der Kranke erhält zuerst zweimal täglich $\frac{1}{8}$ Gr. des Mittels, ohne arzneilichen Zusatz in Pillenform. Bis zum 21. Juni treten noch mehrere heftige Schmerzanfälle ein, durch welche der Fortgebrauch des Silbers nicht unterbrochen wurde. Von dem genannten Tage an gerechnet traten die Schmerzanfälle immer seltener ein und waren mässiger. Die Gaben des Silbers wurden nach und nach bis zu $\frac{1}{4}$, endlich bis zu 1 Gr. verstärkt. Die fortdauernde Neigung zur Verstopfung nöthigte wiederholt zum Ricinusöle. Vom 3. Juli an erhielt Patient, statt des Purgirmittels, täglich vor dem Schlafengehen ein Kaltwasserklystier, das er bei sich zu behalten vermochte; die Darmausleerungen begannen regelbirt zu werden.

8. Juli. Schmerz fast ganz gewichen; Nabelgegend beim Druck kaum noch empfindlich; Appetit vortrefflich. Da Patient am 12. Juli nur noch über trägen Stuhl klagt, so wird der Gebrauch des Silbersalpeters eingestellt; mit den Kaltwasserklystieren fortgefahren. — Am 19. Juli wird Patient, dem Anscheine nach, völlig hergestellt, entlassen. (Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus der städtischen Kranken-Anstalt zu Königsberg in Pr.

Von

Dr. Lange.

Gentianin gegen Wechselfieber.

Der fast alljährlich sich steigernde Preis des Chinins und zum Theil die angeregte Besorgniss, dass diese Preissteigerung in der Folge noch zunehmen werde, indem der Chinabäume immer weniger werden, hat das Streben, wahrhafte Surrogate des Chinins aufzufinden, namentlich in den letzten Jahren neu angefacht, und neuerdings wieder die Empfehlung sehr vieler Arzneimittel zur Folge gehabt, die zum Theil schon früher sich nicht bewährt hatten, was man vergessen zu haben scheint, theils neu sind, von denen ich nur das Berberin, Narcotin, das schwefelsaure Brucin und Strychnin (Grimaud), *Kali picro-nitricum*, das Extract des Oleander (France zu Blidah), das Chloroform, das *Chin. ferroso-phosphoricum, hydro-ferro-cyanate de potass. et d'urée* (Baud und Lemaitre), den *Succ. plantagin. majoris* (Chereuse), den Camphor, 80 Centigramm. auf einmal in die Schenkel eingerieben (Chrestien), *Liriodendr. tulip., Aristolochia cara, Phylliria latifolia, Lycopus europaeus, Adansonia digitata* (Duchassaing), das *Decoct. corticis Knayae senegalensis* oder das davon gewonnene *Cailcedrin* (Caventou), *Benzoës* ℈j mit *Sinap. nigr.* ℈ij und *Vini rubri* ℥j (Rindowski), *Oxyacanthin* i. e. Alkaloid aus der Wurzel des Weissdorns (van den Corput), die Methode Espanet's in Algier, nach welcher Arsenik und Chinin, in sehr kleinen Dosen, aber mit viel Zucker gegeben, eben so wirksam sein sollen, als grössere Dosen allein gegeben, was ich eben so wenig bestätigt fand, als die Angabe Nonat's, dass weniger Chinin zur Heilung von Wechselfiebern erfordert werde, wenn in den fieberfreien Tagen in die Milzgegend, oder nach Gondret auf die Wirbelsäule, Schröpfköpfe gesetzt würden; ungebrannten Kaffee (Grindel, Dauvin), das Asplenium und Chrysoplenium, das *Infus. rad. Colombo*, welches nach Bödecker vermöge seines Berberingehaltes wirksam ist; das Liniment von Bellecontre, dessen vorzügliche Wirkung neuerdings Maillier zu Dreux bestätigt, und das Gentianin (Küchenmeister) erwähne. Ich habe mehrere dieser Arzneimittel angewendet, doch da über dieselben schon mehrfach Mittheilungen in Journalen *pro et contra* gemacht worden sind, so will ich hier nur meine Erfahrungen über das Gentianin anführen, das zu versuchen ich mich um so mehr angeregt fühlte, da die Gentiana eine einheimische Pflanze ist, also besonders zu empfehlen sein würde, wenn sie das Chinin irgendwie zu ersetzen vermöchte. Dass das Gentianin ganz rein noch nicht dargestellt wird, daher das von mir angewandte von gleicher Beschaffenheit gewesen, als das, welches Henry und Caventou gebrauchten, darf ich wohl kaum noch erwähnen: Die Eigenschaften desselben finden sich in jeder neueren Arzneimittellehre sowie in dem Aufsatze von Küchenmeister ausführlich beschrieben, daher ich dieselben als bekannt voraussetzen und demnach übergehen kann. Ich wendete das Gentianin in 34 Fällen, und zwar 8 Mal bei Frauen, 26 Mal bei Männern an; über den Typus der Wechselfieber spricht sich die folgende Tabelle aus.

	Quotidiana.			Tertiana.			Quartana.			Summa.
	Mit Milzauftreibung.	Ohne Milzauftreibung.	Summa.	Mit Milzauftreibung.	Ohne Milzauftreibung.	Summa.	Mit Milzauftreibung.	Ohne Milzauftreibung.	Summa.	
Frauen . . .	1	4	5	1	2	3	—	—	—	8
Männer . . .	6	5	11	1	11	12	1	2	3	26
Summa . . .	7	9	16	2	13	15	1	2	3	34

Die Weiber waren alt 17, 18, 21, 27, 29, 13, 23, 24 Jahre; erstere 5 litten an Quotidiana, die übrigen 3 an Tertiana; das Mädchen von 13 Jahren war natürlich noch nicht, die übrigen alle, bis auf eine Frau (bei welcher die Menses seit 4 Monaten ausgeblieben waren) menstruirt. Von den Männern litten 6 (21, 22 [2], 23, 24, 48 Jahre alt) an einfacher Quotidiana, 5 (22 [2], 26, 28, 32 Jahre alt) an Quotidiana mit Milzauftreibung, 12 (7, 16, 20, 21 [3], 22, 23, 24 [2], 28, 61 Jahre alt) an Tertiana, darunter 1 (21) zugleich an Milzauftreibung, 3 (22 [2] und 29 Jahre alt) an Quartana, darunter 1 (22) zugleich an Milzverhärtung.

Die weiblichen Kranken litten bei der Aufnahme an Quotidiana 2, 3, 8 Tage, 4 Wochen (*Quotidiana duplex* mit Milzauftreibung) und 6 Wochen, an Tertiana 1, 16, 21 Tage; die männlichen an Quotidiana 1, 3, 4, 5, 8, 14, 21 Tage, 1 Monat (2), und einer bekam in der Anstalt den ersten Anfall; an Tertiana seit 1, 2, 3, 4, 6, 12, 13,

14 Tagen, 4 und 5½ Wochen, und einer bekam in der Anstalt den ersten Anfall; an Quartana seit 8, 12 Tagen und 5 Monaten.

Von den Frauen waren diejenigen, die 16, 21 Tage, 4 und 6 Wochen krank waren, vor ihrer Aufnahme schon vergeblich ärztlich behandelt worden; 2, davon eine bei Quotidiana, die andere bei Tertiana, erhielten hier ein Emeticum, ebenso 2 andere noch nicht behandelte bei Quotidiana; von den übrigen eine ein Emeticum und dann *Ammon. muriat.*, eine *Ammon. muriat.* und eine *Chin.* und *Cinchon.* vor der Darreichung des Gentianins, und nur eine letzteres sogleich.

Bei der Quotidiana der Weiber kehrte das Fieber nach ʒβ und ℈ij Gentianin, in 3 Dosen vertheilt und in der Apyrexie verabreicht, in gleicher Stärke den folgenden Tag 3 Mal, schwächer 1 Mal und den 6. Tag 1 Mal wieder; nach nun wieder gegebener gleicher Gabe den 2., 3., 6. Tag, dagegen 1 Mal bis zum 6. Tage nicht, an welchem die Kranke die Anstalt verliess; doch war in diesem Falle vor der Verabreichung der zweiten Dosis Gentianin schon *Herpes labial.* eingetreten, in einem dritten Falle war nach einer dritten Gabe bis zum 5. Tage kein neuer Anfall eingetreten; bei den Tertianfiebern kehrte in einem Falle das Fieber 2 Mal am je 11. Tage, 1 Mal ebenfalls am 11., 1 Mal den 2., den 13. und 11. Tag nach dem je letzten Anfalle wieder, — es waren ʒjβ Gentianin verbraucht worden, und nun erfolgte die Heilung gleich wie bei den übrigen durch Chinin.

Die an Quotidiana leidenden Männer waren zum Theil ausser, zum Theil in der Anstalt mit Cinchon. (4), Chinin (1), *Ammon. mur.* (1), Emetic. (1) behandelt worden, und nur bei 5 Kranken wurde das Gentianin sogleich gegeben, und zwar bei einem 3 Mal, ohne dass das Fieber auch nur einmal wegblieb, bei einem wiederholte sich das Fieber 2 Mal, und erst nach einer dritten Verabreichung von ʒβ Gentianin blieb das Fieber bis zum 17. Tage aus; bei 2 war nach ʒβ Gent. bis zum 3. und 7., bei dem fünften nach 2 Dosen ein zweiter Rückfall bis zum 13. Tage nicht eingetreten; von den übrigen verloren 4 das Fieber nicht, obgleich in einem Falle Gentianin 2 Mal, in den übrigen 3 Mal hinter einander gegeben wurde, und nur in 2 Fällen war nach 2 Portionen von ʒβ Gentianin (die erstere war fruchtlos gewesen) das Fieber bis zum 11. und 22. Tage nicht wieder eingekehrt.

Von den an Tertiana Leidenden hatten nur 3 vor ihrer Aufnahme in die Anstalt, oder in dieser, vor Verabreichung des Gentianin weder Chinin, noch *Ammon. muriat.*, noch Emet. eingenommen; nach ʒβ Gentianin war das Fieber bis zum 5., 7., 10. Tage nicht wiedergekehrt, im letzteren Falle aber noch ʒβ Gentianin 3 Mal gegeben worden; 4 andere, die *Ammon. muriat.*, Emetic. und Cinchonin vorher erhalten hatten, blieben bis zum 4., 6., 8., 18. Tage vom Fieber frei, an welchen Tagen sie die Anstalt verliessen; 2 blieben, nachdem sie 2 Mal ʒβ Gentianin erhalten, vom Fieber bis zum 9. und 11. Tage verschont, während 3 vergebens 3 Mal eine solche Dosis Gentianin einnahmen.

Gegen Quartana blieb selbst der viermalige Gebrauch von ʒβ Gentianin, zu Pillen gemacht und in je 24 Stunden verbraucht, in 2 Fällen ganz wirkungslos, und nur in einem Falle hatte der Kranke, nachdem er ʒβ Gentianin in der genannten Zeit, und dann 4 Tage lang täglich noch ℈β erhalten hatte, bis zum 11. Tage noch keinen Rückfall erlitten.

Bringe ich nun auch in Anschlag, dass in der diesjährigen Epidemie auch das *Chinin. sulphuric.* Rückfälle häufig nicht zu verhüten vermochte, so gelang es durch dasselbe doch fast immer, die nächsten Anfälle abzuhalten, während ʒβ Gentianin nur höchst selten den nächsten Anfall zu verhüten vermochte. Hieraus ergiebt sich, dass das Gentianin, wenigstens nach den Erfahrungen in dieser Epidemie, mit dem Chinin nicht zu rivalisiren vermag, ja selbst weniger wirksam ist, als Chinoidin, Cinchonin, Arsenik, *Secale cornutum*, *Kali chloricum*, *Pulv. chamomill.*, *Ferr. borussic.*, das von Bellecontre empfohlene und neuerdings von Mallier wirksam gefundene Liniment. Noch weniger bewährte sich das Gentianin gegen die mit den Wechselfiebern verbundene Vergrösserung der Milz, und steht hier mit Tannin und Arsenik auf einer Stufe, d. h. ist gleich wirkungslos wie diese. Asplenium, Chrysoplenium, *Adansonia digitata* und Elektricität hatte ich keine Gelegenheit, dagegen zu versuchen, aber auch keine Veranlassung, indem ich die hartnäckigsten, selbst mit langdauernder allgemeiner Wassersucht verbundenen Milzverhärtungen, sobald sie durch Wechselfieber bedingt waren, durch grosse Dosen Chinin mit *Sulphur. aurat.* und Belladonna, je nach den Umständen noch mit *Rad. scill.* verbunden, fast ohne Ausnahme geheilt habe. Ich ziehe diese Verbindung selbst den gerühmten Eisenpräparaten vor, von denen mir *Ammon. muriat. ferruginos.*, besonders aber *Ferr. borussicum* die besten Dienste geleistet haben. Bei dem gegenwärtigen Preise des Gentianin fände übrigens, selbst wenn dasselbe sich wirksam zeigte, eine wesentliche Ersparung nicht statt. (Der Apotheker berechnete ʒβ Gentianin mit *Extract. Gent.* und *Pulv. Alth.* zu 30 Pillen gemacht, zu 12 Sgr. 8 Pf.) Dieses Mittel ist also in keiner Hinsicht zu empfehlen; nach meiner Erfahrung giebt es aber bis jetzt überhaupt kein Mittel, welches das Chinin zu ersetzen vermöchte, sondern Chinin bleibt Chinin.

Miscellen.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 4. August 1851.

Das Protokoll wird verlesen und angenommen.

Hr. Schütz bemerkt, anknüpfend an die Wechselfieber-Debatte, eine seiner Kranken, die in Mecklenburg gegen ein Wechselfieber etwa 8—10 Gran Chinin gebraucht hatte, habe kurz nach dem Chiningebrauch einen heftigen Anfall von Urticaria bekommen, welcher 8 Tage gedauert und mit Abschuppung geendigt habe. Nach 14 Tagen habe sie prophylaktisch eine zweite Dosis Chinin mit demselben Erfolge genommen. Als später wieder ein Recidiv eingetreten, sei ihr die Warburg'sche Fiebertinctur gereicht, welche auch etwas Chinin enthält, und zum dritten Male sei die Urticaria eingetreten. *Solutio Fowleri* hatte später keine solche Wirkung auf die Haut zur Folge, wohl aber China; Quassia mit Valeriana indessen nicht. Die Kranke war sehr herabgekommen und wurde durch *Ammon. muriat. martiat.*, später durch Martialia und den Gebrauch des Pyrmonter Wassers geheilt.

Hr. Reimer stellt zum Protokoll den Antrag, dass die darin enthaltenen Personalien künftig nicht mit abgedruckt werden sollten. Die Versammlung tritt dem bei.

Hr. Reinhardt hält seinen angekündigten Vortrag über die Metamorphosen faserstoffiger Exsudate:

„Es ist eine allgemein gültige Ansicht, dass der geronnene Faserstoff, wie er in Entzündungsexsudaten, apoplektischen Ergüssen und Gerinnungen innerhalb grösserer Gefässe vorkommt, sich organisiren könne, d. h. das Material zur Bildung von Zellen und Geweben liefere; der geronnene Faserstoff ist nach dieser Anschauungsweise das Cytoblastem für die mannigfachsten, in jenen Zuständen auftretenden Zellenbildungen, sowohl für die transitorischen, wie sie im Eiter sich finden, als auch für solche Zellenformationen, welche sich weiterhin zu bleibenden Geweben, Bindegewebe, Gefässen, Knochen u. s. w. umwandeln. Da, mir aus verschiedenen Beobachtungen diese Annahme unwahrscheinlich und zweifelhaft geworden war, so verfolgte ich diejenigen Processe, bei welchen jene Umwandlung des Fibrins durch die Beobachtung nachweisbar sein sollte, auf experimentellem Wege genauer; es sind dies besonders die Heilung der Wunden *per primam intentionem*, die Tenotomie; die Metamorphosen des Arterienthrombus und die Obliteration der fötalen Wege, der Nabelgefässe und des *Ductus Botalli*; sodann die Bildung der Pseudomembranen auf serösen Häuten. Ich gelangte hierbei zu dem Resultate, dass eine Organisation des geronnenen Faserstoffes in dem zuvor beschriebenen Sinne nicht existirt; alle Veränderungen, welche derselbe erleidet, sind regressiver Natur, und bestehen in einer mehr oder weniger schnellen und vollständigen Resorption desselben. Oft wird der Faserstoff in kurzer Zeit vollständig resorbirt, in anderen Fällen werden zunächst hauptsächlich die flüssigen Bestandtheile desselben aufgesogen, das Fibrin schrumpft hierbei ein, wird dichter und fester, und bleibt in diesem Zustande oft sehr lange Zeit an dem Orte seiner Ablagerung zurück, kann indess schliesslich, wenn es sich nicht in ein Concrement umwandelt, wenn auch nur langsam, noch durch Resorption entfernt werden. Die Entwickelung von Zellen und Geweben bei den zuvor erwähnten Processen, in denen zugleich Fibringerinnungen vorkommen, erfolgt ganz unabhängig von diesen letzteren, aus flüssigem Cytoblasteme, wie dies ebenso bei der Gewebsbildung unter normalen physiologischen Verhältnissen, im Embryo sowohl wie auch im entwickelten Organismus der Fall ist. Es findet in Bezug auf die Cytoblasteme gleichfalls eine völlige Uebereinstimmung zwischen der Gewebsbildung unter physiologischen und der unter pathologischen Verhältnissen statt; die Annahme einer Zellenbildung aus geronnenem Faserstoff, also aus einem in grösserer Menge angehäuften festen Cytoblasteme, würde dagegen eine wesentliche Differenz zwischen jenen beiden Vorgängen bedingen.

Verfolgt man nämlich zunächst die Bildung der bleibenden Gewebe, Bindegewebe, Knorpel, Drüsensubstanz u. s. w. im Embryo nach der Ausbildung des Kreislaufes (denn nur von dieser Periode an lässt sich derselbe mit dem ausgewachsenen Organismus parallelisiren), so beobachtet man nirgends vor der Entwickelung eines Gewebes oder eines Organs eine Anhäufung von geronnenem Faserstoff oder von fester Substanz überhaupt; die erste sichtbare Anlage eines Organs besteht bereits aus einem Conglomerate von Zellen; indem diese sich vermehren und die Umwandlungen zu den verschiedenen, in dem Organ vorkommenden Geweben eingehen, wächst dasselbe; man erkennt den fortwährenden Absatz von Cytoblastem und Bildungsmaterial eigentlich nur erst aus ihrem Resultate, aus der Entstehung neuer Zellen und aus der Fortentwickelung der früher bereits vorhandenen. Die Bildung und das Wachsthum geht hier so von Statten, dass aus den Gefässen fortdauernd ein flüssiges Bildungsmaterial in kleinsten Portionen exsudirt:

dasselbe wird aber unmittelbar nach seinem Austritt aus den Gefässen sogleich theils zur Neubildung von Zellen, theils zur Fortentwickelung der vorhandenen verwandt; es kommt daher das Cytoblastem in grösseren Mengen und als eine gesonderte Flüssigkeit gar nicht zur Anschauung, noch viel weniger aber lässt sich eine Anhäufung einer grösseren Menge von geronnenem Fibrin wahrnehmen. In derselben Weise geschieht die physiologische Neubildung von Geweben im erwachsenen Organismus, so z. B. die Vergrösserung des Uterus in der Schwangerschaft u. s. w.

Gehen wir nun auf die pathologischen Gewebsbildungen über, so sehen wir hier z. B. die Entwickelung der Geschwülste, besonders deutlich die der sogenannten gutartigen Tumoren, ganz nach demselben Typus erfolgen. Eine papillare Wucherung, ein Fibroid, ein Lipom, in welcher Grösse und zu welcher Zeit seiner Bildung man es auch untersucht, besteht immer aus elementaren Zellen und mehr oder weniger vollständig entwickelten Geweben, und wächst durch fortdauernden Absatz von flüssigem Blutplasma in kleinsten Portionen und sofortige Umwandlung desselben zu Gewebsbestandtheilen. Aber auch bei den Carcinomen habe ich ein solches Stadium der Crudität, in welchem die Geschwulst aus einer festen amorphen Substanz bestehen soll, wie es Vogel und Virchow annehmen, nicht auffinden können; ich habe in Bezug auf diese Frage namentlich den Pigmentkrebs untersucht, bei dem die kleinsten hirsekorngrossen Geschwülste schon sich durch ihre Farbe leicht kenntlich machen; stets fand ich dieselben schon wie die entwickelteren Tumoren, aus Zellen, Fasern und Gefässen bestehend; es scheinen mir daher jene Ablagerungen amorpher Substanz, wie sie bisweilen neben Krebsgeschwülsten vorkommen, nicht als die Cytoblasteme des Krebses betrachtet werden zu können, sondern nur als mit dem Krebs sich combinirende Zustände.

Aber auch in den zuvor erwähnten Processen, bei welchen neben Ablagerungen von geronnenem Faserstoff eine Neubildung von Geweben stattfindet, steht diese mit jenem in keinem directen Zusammenhange.

Betrachten wir zunächst die Heilung der Wunden *per primam intentionem* und die damit übereinstimmenden Vorgänge nach der Tenotomie, so bildet sich hier zunächst nach der Verwundung eine Gerinnung, wodurch die verletzten Theile mehr oder weniger innig mit einander verklebt werden. Hierauf entwickeln sich nun nach aussen von dem Gerinnsel, zwischen und an den verletzten Geweben, Zellen, welche sich alsbald zu Bindegewebe und Gefässen umgestalten und eine zusammenhängende Schicht bilden, welche die Gerinnung umschliesst. Diese Schicht wächst gerade so, wie die Granulation bei der Heilung durch die *secunda intentio*, indem aus den Gefässen fortdauernd Plasma abgesetzt wird, welches sich sogleich nach seinem Austritt in die Gewebe zu Zellen u. s. w. umwandelt. Während nun diese Schicht von neugebildetem Gewebe mehr und mehr an Ausdehnung zunimmt, verschwindet der geronnene Faserstoff von der Peripherie aus, wo er mit jener in Berührung steht, durch Resorption; nach seiner völligen Entfernung verwachsen die sich berührenden Flächen der granulirenden Schicht, und die Vereinigung der verletzten Theile durch neues Gewebe ist hiermit vollendet. Ein directes, von der Zellenbildung unabhängiges Eingehen von geronnenem Faserstoff in die Narbensubstanz, wie es Lebert angenommen, existirt nicht; alles Gewebe der Narbe geht aus der Zellenbildung hervor, und zwar aus Elementarzellen, wie sie in der embryonalen Entwickelung vorkommen. Niemals sieht man indess solche Zellen oder selbstständige Gefässe innerhalb des Faserstoffgerinnsels auftreten; eben so wenig beobachtet man, wie dies nach Henle's Theorie der Bindegewebsentwickelung der Fall sein müsste, Kerne innerhalb des Fibrins, um welche sich das letztere in Form platter Bänder abschnürte. Alle Zellenbildung erfolgt ausserhalb des Faserstoffgerinnsels zwischen und an den verletzten Geweben, und das in den Gefässen der Wundränder circulirende Blut, oder genauer, das aus diesen Gefässen fortdauernd austretende flüssige Blutplasma ist das Cytoblastem für die Zellen, aus welchen die Narbensubstanz sich bildet, sowohl bei der Heilung *per primam* wie *per secundam intentionem*. Es findet daher in der Bildung des Narbengewebes, und besonders in Bezug auf die Cytoblasteme, eine völlige Uebereinstimmung zwischen beiden Arten der Heilung der Wunden statt; bei der Heilung *per primam* sehen wir nur zwei Processe neben einander verlaufen, die Entwickelung der Narbensubstanz und sodann einen Vorgang regressiver Natur, die Resorption des Fibrins; es ist jedoch unrichtig, beide Processe in einen genetischen Zusammenhang, wie es bisher geschehen ist, zu bringen. Wir wollen noch erwähnen, dass bei der Tenotomie die Menge des Blutgerinnsels bisweilen so ganz unerheblich ist, dass man die grosse Quantität des hier sich neubildenden Gewebes von jenem nicht ableiten kann.

Bei Blutergussen in die Organe erfolgt die Neubildung von Geweben, wodurch jene eingekapselt werden, gleichfalls an der Grenze der unverletzten Organtheile, und zwar in derselben Weise, wie bei der Heilung *per primam intentionem*. Der Faserstoff, sowie die von ihm eingeschlossenen Blutkörper und Gewebe des verletzten Organs, verschwinden mehr oder weniger schnell durch Resorption, und es bildet sich schliesslich eine Narbe wie bei der Heilung eines Abscesses.

Bei der Bildung der organisirten Adhäsionen auf serösen Häuten geht die Entwickelung des neuen Gewebes gleichfalls von der serösen Haut selbst aus; die hier sich bildenden Gewebe, Gefässe, Bindegewebe u. s. w. wuchern von den beiden mit einander verklebten Platten der Serosa in die Faserstoffmasse hinein, bis sie schliesslich mit einander verwachsen. Der Faserstoff und die etwa von ihm eingeschlossenen Eiterkörper und Epithelialzellen verschwinden, nachdem die beiden letzteren sich gewöhnlich zuvor zu Körnchenzellen umgewandelt haben, durch Resorption; auch hier liefern die Gefässe der Serosa das Cytoblastem für die sich neu bildenden Zellen und vermitteln die Bildung der Adhäsion.

Bei der Obliteration der Arterien ist die Verwachsung der zumeist, besonders in ihren inneren Lagen sich verdickenden Gefässhäute das Wesentliche des Obliterationsvorganges; der Thrombus dagegen etwas Zufälliges, wie dies schon Rokitansky ausgesprochen hat. Am klarsten beobachtet man diesen Process bei der Schliessung des *Ductus Botalli* grösserer Thiere, z. B. beim Kalbe. Unmittelbar nach der Geburt findet man an diesem Gefässe die inneren Arterienhäute verdickt und in demjenigen Zustande, welchen Rokitansky als Auflagerung aus dem Blute auf die innere Gefässwand bezeichnet hat. Es ist dieser Zustand jedoch nicht als directe Auflagerung, sondern als eine Umwandlung der Arteriensäcke selbst aufzufassen, da man das Epithelium derselben noch ganz deutlich an der Innenfläche der Arterie wahrnimmt. Indem nun der *Ductus Botalli* sich mehr und mehr contrahirt, verwachsen die sich berührenden inneren Flächen desselben mit einander, und so schliesst sich nach kürzerer oder längerer Zeit das Gefäss vollkommen. Dann tritt ein Rückbildungsprocess in der Gefässwand ein; die Muskelfasern, das elastische Gewebe u. s. w. werden allmälig resorbirt, und das Gefäss verwandelt sich in einen ligamentösen Strang, welcher jedoch noch lange die Residuen der früheren Gefässhäute wahrnehmen lässt, übrigens aber ganz dem ligamentösen Strange, wie er sich nach der Unterbindung einer Arterie bildet, gleicht. Eine Gerinnung im Innern des Gefässes kommt hier im *Ductus Botalli* gar nicht zu Stande; nur bisweilen trifft man an der Mündung des Ductus in der *Arteria pulmonalis* einzelne kleine rundliche Faserstoffablagerungen, wie sie wohl sonst auf den Herzklappen sich finden; sie sitzen aber ausserhalb des Lumens des Ductus und haben mit dessen Obliteration nichts zu thun. Man sieht aber aus diesem Beispiele, dass eine Faserstoffgerinnung im Gefässlumen durchaus zur Obliteration nicht nothwendig, sondern nur etwas Accessorisches ist. In den Nabelarterien grösserer Thiere bildet sich constant eine Gerinnung an dem dem Nabel zugewandten Abschnitte des Gefässes. Aber auch hier verwachsen dann die Gefässwände gewiss zuerst in dem vom Nabel entfernteren Theile der Arterie, wo kein Gerinnsel vorhanden ist. Von hier aus rückt dann die Verwachsung allmälig weiter hinauf, indem der Thrombus sich mehr und mehr verkleinert und zuletzt ganz verschwindet. Auch hier habe ich niemals eine Bildung von Kernen und Fasern im Gerinnsel, wie sie Zwicky und nach ihm Andere beschrieben haben, noch irgend einen Vorgang, welcher auf Organisation des Thrombus schliessen liesse, gesehen; immer, so lange man den Thrombus überhaupt vorfindet, erscheint er amorph, er verschwindet auch hier durch Resorption von der Peripherie aus, worauf dann die Gefässwände verwachsen.

Ich habe sodann die Arterienunterbindung an Hunden wiederholt, aber mit demselben negativen Resultate. Gegen Ende und nach Ablauf der 4. Woche, wo die Organisation des Gerinnsels nach Zwicky am deutlichsten sein soll, fand ich den Thrombus entweder schon verschwunden und die Gefässhäute mit einander verwachsen, oder er war noch in Gestalt einer geschrumpften derben, schwer zu zerfasernden Masse vorhanden, welche jedoch keine Spur von Organisation zeigte, sondern ganz mit dem geschrumpften Faserstoff, wie man ihn an anderen Orten, in alten Apoplexien u. s. w. trifft, übereinstimmte.

Hiernach muss man eine Organisation des geronnenen Faserstoffs, und namentlich eine Umwandlung in bleibende Gewebe leugnen; wo diese letzteren neben Fibringerinnungen sich bilden, entstehen sie nicht aus denselben, sondern entwickeln sich aus Cytoblastemen, welche in kleinsten Portionen und in flüssiger Form aus den Gefässen austreten und sofort zur Zellenbildung verwandt werden, so dass sie gar nicht einmal als gesonderte Substanzen und in grösserer Menge angesammelt wahrgenommen werden.

Nur da, wo bei der Organisation die Zellen nicht zu persistenten, festen Geweben sich umwandeln, sondern getrennt von einander bleiben, kommt das Cytoblastem in grösserer Menge und als etwas Gesondertes zur Anschauung. So muss man das Blutplasma als Cytoblastem für die sich in ihm fortdauernd bildenden Zellen, für die Blutkörper betrachten, und ebenso sind entzündliche Exsudate häufig

Cytoblasteme für die Bildung getrennt bleibender, transitorischer Zellen, für die Eiterkörper. Aber auch diese Cytoblasteme sind immer Flüssigkeiten. Niemals bemerkt man bei der Circulation des Blutes feste Massen, Gerinnungen, aus denen sich die Blutkörper entwickelten. Ebenso entstehen die Eiterkörper, wie man an eiternden Wunden, bei Katarrhen mit sogenannter purulenter Absonderung sieht, in flüssigen Blastemen, nicht aber, wie dies so gewöhnlich angenommen wird, aus geronnenem Faserstoff. Wo man in Entzündungen also Eiter und geronnenes Fibrin nebeneinander sieht, sind sie gleichfalls nur Combinationen, nicht aber verschiedene Entwickelungsstadien des Exsudates. Sie stehen etwa in demselben Verhältnisse zu einander, wie bei Katarrhen der amorphe Schleim zu dem Eiter. Beide combiniren sich ganz gewöhnlich, da an verschiedenen Stellen der Membran und zu verschiedenen Zeiten des Katarrhs die Absonderung und Exsudation differirt; man betrachtet aber hier auch nicht den Schleim als das Cytoblastem des Eiters, sondern vindicirt beiden einen getrennten Ursprung. So ist es auch mit dem Eiter und dem geronnenen Fibrin. Man kann sich namentlich bei Pneumonien, wo die Umwandlung des geronnenen Fibrins in Eiter eine gangbare Vorstellung ist und der gewöhnlichen Eintheilung in Stadien zu Grunde liegt, überzeugen, dass auch hier die Eiterbildung aus flüssigem Exsudat erfolgt; aus dem Umstande, dass die im Beginne der Entzündung gesetzten Exsudate häufig gerinnen, die späteren sich aber zu Eiter umwandeln, so wie ferner daraus, dass beide oft innig mit einander gemischt vorkommen, hat sich jene Lehre der 3 Stadien und die der Umwandlung des Fibrins in Eiter entwickelt, eine Anschauung, welche in dieser Form nicht haltbar ist.

Die Organisation und Zellenbildung unter pathologischen Verhältnissen geschieht demnach gerade so, wie die in physiologischen Zuständen aus einem flüssigen Cytoblasteme dem flüssigen Blutplasma; welche Rolle hierbei etwa der im letzteren aufgelöste Faserstoff spielt, lässt sich nicht bestimmen; für diese Frage fehlen uns noch die Anhaltspunkte. Hat sich das Fibrin aber einmal abgeschieden, und ist es somit in den geronnenen Zustand übergegangen, so ist es keiner weitern Organisation mehr fähig, seine Metamorphosen sind dann regressiver Natur; es wird resorbirt oder bleibt in einem Zustande von Verdichtung oder oft auch verkalkt längere Zeit am Orte seiner Ablagerung zurück."

Hr. **Remak** bemerkt, dass er in der Hauptsache mit Hrn. **Reinhardt** übereinstimme, und zwar nicht nur theoretisch, sondern gerade durch die Erfahrung unterstützt. Vor etwa 10—12 Jahren habe er den Thrombus nach Ligaturen untersucht und in dessen Umwandlung dasselbe Verhalten beobachtet; er habe schon damals erklärt, dass der Thrombus sich auflöse; diesem entgegen seien **Stilling** und später **Zwicky** mit der Ansicht aufgetreten, der Thrombus organisire sich, aber erst später, nach 12 Wochen und länger. Eine nicht aufgeklärte Frage bleibe aber übrig, nämlich: „geschieht die Neubildung von Bindegewebe unter dem Schutze des Epitheliums, oder von der freien Fläche aus?" Hr. **Reinhardt** hat die Neubildungen zwischen amorphen Massen gefunden. Hr. **J. Meyer** hat bei kleinen Exsudationen das Epithelium 12, 14 Tage unter dem Exsudat liegen bleiben gesehen; was später daraus wurde, wisse er nicht. Hr. **Remak** findet ausserdem noch andere Punkte, den Uebergang des Eiters in Bindegewebe etc., nicht hinreichend aufgehellt, will aber lieber diese Frage einem besondern Vortrage vorbehalten. Die Eiterkörperchen hält er für abgelöste Theile des sich bildenden Gewebes selbst, die Eiterflüssigkeit aber für flüssigen Faserstoff, der aber nicht organisirbar ist. Der Eiter ist daher ein Gemisch dieser beiden Elemente, und als ein Excret zu betrachten. Hr. **Langenbeck** meint, dies käme auf **Henle's** Ansicht heraus, der die Eiterkörperchen für nicht völlig entwickelte Epitheliumzellen hält. Hr. **Remak** weist das aber zurück, da der Begriff Epithelium zu vag und unbestimmt sei. Hr. **Reinhardt** entgegnet, er habe freie Zellenkerne im Eiter gefunden. Hr. **Langenbeck** im Serum des Vesicators. Hr. **Remak** hält dies für Leichenphänomene, d. h. für die aus einer geplatzten Zelle ausgetretenen Kerne. Hr. **Reinhardt** bleibt aber bei dieser Beobachtung stehen, da er sie zu häufig und zu genau gesehen hat. Hr. **Langenbeck** hat sich ebenfalls mit denselben Untersuchungen beschäftigt und hat dieselben Resultate erlangt. Zur Beweisführung z. B., dass das Fibringerinnsel nicht das Material des Wiederersatzes gebrochener Knochen abgebe, brauche man nur Knochen an Fröschen zu zerbrechen, indem die Masse des Knorpelcallus weit diese Fibrinmasse überrage; auch dass nicht Bluterguss sich in Neubildungen umwandle, beweise sich durch Sehnenschnitte, die er mit einer Staarnadel gemacht und die gewiss nicht einen Tropfen Blut ergossen haben. Uebrigens könne doch nach einem Bluterguss eine Geschwulst entstehen. Beispiele davon geben die Episiohämatome, Blutgeschwülste in den grossen Labien. Bei einem 18jährigen Mädchen habe er eine hühnereigrosse Geschwulst dieser Art exstirpirt und neben Bindegewebe noch Blutcoagula darin gefunden. Es sei zweifelhaft, ob hier auch Umlagerung des Extravasats mit neuem Gewebe und Resorption des Blutes, oder eine Metamorphose des Blutes in Binde- oder fibroides Gewebe stattgefunden habe. Aehnlich sei es mit den Phlebolithen, die man bei manchen Individuen in fortlaufenden Entwickelungsstufen beobachten könne. Augen mit Blutergüssen bei Schafen zeigen in ganz frischem Zustande eine bluthaltige Blase am Pupillarrande; diese Blase werde später fleischfarbig, dann weiss, und zeige bei der Untersuchung mehrere Schichten, die etwas Serum enthalten. Auch bei Menschen komme dasselbe vor, obwohl in einem von Hrn. L. beobachteten Falle die Resorption sehr bald vollkommen eingetreten.

Hr. **Remak** fragt: es gebe in der Milz weisse Knoten, die von **Virchow** für veränderte Blutextravasate ausgegeben seien. Hr. **Reinhardt** erklärt diese Knoten für die Narben früherer Blutergüsse, welche ebenso wie Abscesse ausgefüllt würden.

Schluss der Sitzung $9\frac{3}{4}$ Uhr.

Der Secretair der Gesellschaft: **Krieger.**

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Regierungs- und Medicinalrathe Dr. **Pitsch** in Köslin, dem Badearzte Dr. **Benedix** zu Putbus und dem Kreisphysicus Dr. **Glubrecht** in Greifswald der Rothe Adler-Orden vierter Klasse.

Personalveränderungen. Preussen. Der praktische Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer, Hofrath Dr. **Wallmüller** ist zum Director der hiesigen Schutzpocken-Impfanstalt ernannt worden.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

12. Specielle Pathologie und Therapie.

c. Krankheiten der Circulationsorgane.

(Fortsetzung aus No. 21.)

Alison, Scott, Ueber Herzkrankheiten. Lond. Gaz., März.

Aortae, Fall von Aneurysma des *Arcus*,. Dubl. Press 632.

Begbie, Die Fettentartung des Herzens. Monthly Journ., März.

Deutsch, Bemerkungen über Cyanose. Günsb. Zeitschr. II. 2.

Dusch, Mittheilung eines Falles von Aneurysma einer Semilunarklappe der Aorta. Henle u. Pfeufer's Ztschr. X. 3.

Forget, Allgemeine Therapie der Krankheiten des Herzens. Bull. de Thér., März u. April.

Lange, Drei Fälle von organischen Herzkrankheiten. Deutsche Kl. 29.

Lee, Ursachen, Folgen und Behandlung der Venenentzündung. Lond. Journ., Juni.

Ormerod, Ueber Klappenkrankheiten des Herzens. Lond. Gaz., März, April, Mai.

Rösch, Fälle von Herzkrankheiten. Würt. Corr.-Bl. 13.

d. Krankheiten der Respirationsorgane.

(Fortsetzung aus No. 21.)

Alquié, Ueber die Grippe. Gaz. méd. de Montp. 11.

Bauer, Fall von Empyem. Würt. Corr.-Bl. 12.

Birckner, Naturselbstheilung und Zeichen der Lungenentzündung, mit Bemerkungen über die sogenannten rationellen Heilmittel. **Bernhardi's** Z. f. Erfahr. II. IV. 2.

Cotton, Die Form und Bewegung der Brust bei Phthisikern. Lond. Journ., Juli.

Dittrich, Das Verhältniss der Erweiterung der Lungenzellen zur Lungentuberkulose. Prager Vierteljahrs-Schrift III.

Gairdner, Ueber den pathologischen Zustand der Lungen bei Bronchitis und Bronchial-Obstruction. Monthly Journ., Mai, Juli.

Häser, Ueber den diagnostischen Werth der Spirometrie. **Günsburg's** Zeitschr. II. 2.

Helfft, Von dem Krampfe und der Lähmung der Kehlkopfmuskeln und den dadurch bedingten Krankheiten im kindlichen Alter. **Casper's** Wochenschr. 19—23.

Heschl, Entdeckung von Vegetationen auf der Pleura und dem Pericardium. Wiener Zeitschr., Mai.

Hoffer, Kurze Beschreibung des Krampfhustens, der in den ersten Monaten 1851 in Ofen geherrscht hat. Ungar. Zeitschr. X. 39.

Küchenmeister, Eiteransammlung an der Basis der rechten Brusthälfte, Oeffnung und Erguss des Eiters durch einen Bronchus des rechten unteren Lungenlappens, *Pyaemia secundaria*, Abscess in der Scheide des *Musc. rect. abdominis dexter*, Oeffnung der Muskelscheide mittelst des Messers, Heilung. Deutsche Klinik 29.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Miguel, Plötzlicher Tod durch Lungencongestion. Hann. Corr.-Bl. 22.
Polak, Einige Worte über Quain's Stethometer. Wiener Ztschr., Mai.
Putegnat, Zur Diagnose der atopischen Pneumonie. J. de Brux., Febr.
Raciborski, Remittirende Pleuro-Pneumonie. Gaz. des hôp. 45.
Rösch, Pleuritis mit Erguss. Würt. Corr.-Bl. 11.
Roy, Ueber die Diagnose der Pleuresie mit Bluterguss in die Pleura. Rev. méd., März.
Siebert, Aus dessen Klinik (Pneumonie). Deutsche Klinik 28.
Thompson, Moralische Ursachen der Phthisis. Lond. Journ., Mai.
Ulrich, Typhöse Pneumonie. Deutsche Klinik 25.

e. Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane.

(Fortsetzung aus No. 21.)

Albers, Ueber den diagnostischen Unterschied der faserstoffhaltigen und der eiterhaltigen Harnentleerung und die Wirkung der Bucbu- und Uvae-ursi-Blätter in beiden. Rh. Mon.-Schr., Jan.
v. Basedow, Hydrocele. Casper's Wochenschr. 33.
Butcher, Ueber die Behandlung der *Strictura urethrae* mit Kathetern von Gummi elasticum. Dubl. Press 641.
Clemens, Uroskopische Beiträge. Deutsche Klinik 31. 33. 34. 36.
Cock, Wunde der Urethra mit folgender Strictur und Steinbildung. Lancet, März.
Cruikshank, Fall von *Strictura urethrae.* Monthly Journ., Juni.
Ebert, Ueber angeborene Verschliessung der Harnröhre bei Kindern. Ann. der Charité II. 1.
Fabret, Peripherische Entzündung der Niere rechterseits, Bright'sche Krankheit linkerseits, Induration und Atrophie der rechten Niere. Gaz. des hôp. 32.
Frerichs, Ueber die Erscheinungen und das Wesen der Urämie. Vierordt's Archiv 3. Heft.
Gay, Fall von Hydro-Sarcocele. Lancet, Febr.
Hamilton, Ueber Eiter im Harn als ein diagnostisches Zeichen einiger Krankheiten des Uro-genitalen Systems. Dubl. Journ., Mai.
Hodann u. Müller, Geschichte eines Steinschnittes bei einem sechsjährigen Knaben. Günsburg's Zeitschr. II. 4.
Jones, Fall von Nierenkrankheit. Lond. Gaz., Mai.
Malgaigne, Ueber die Behandlung tuberkulöser Geschwüre des Testikels mittelst neuer Operationsmethode. Rev. méd.-chir., Juli.
Michéa, Ueber idiopathischen Pruritus der Genitalien. Gaz. des hôp. 47.
Miguel, Zur Lehre vom *Diabetes mellitus.* Vierordt's Arch. 3. Heft.
Renton, Strictur der Urethra und Peritonealfistel nach einer Verletzung. Med. Times, März.
Schottin, Ueber die Ausscheidung von Harnstoff durch den Schweiss. Vierordt's Archiv 3. Heft.
Syme, Fälle von Strictur, die mit externer Incision behandelt wurden. Lancet, Febr., März.
— Ueber die Behandlung der Strictur mit äusserer Incision. Monthly Journ., Juni, Juli, Aug.
Wakley, Fälle von Strictur der Urethra, mit seinem neuen Instrument behandelt. Lancet, Febr.
Wilmot, Praktische Bemerkungen über einige Affectionen der männlichen Urethra. Dubl. Journ., Febr.

f. Krankheiten der Schling- und Verdauungsorgane.

(Fortsetzung aus No. 22.)

Albers, Ueber eine der nächsten Veranlassungen der Durchbohrung des *Processus vermiformis.* Vierordt's Archiv 3. Heft.
Alquié, Ueber Diarrhöe. Gaz. de Montp. 11.
Audouard, Ueber die contagiösen und infectiösen Krankheiten. Rev. méd., April.
Beau, Ueber Physiologie und Pathologie des Leber-Milzapparates. Arch. génér., April, Mai.
Bouvier, Innere Einschnürung des Dünndarmes durch ein Divertikel des Ileums. Gaz. des hôp. 42.
Brand, Die Stenose des Pylorus vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus geschildert. Inaugural-Abhandlung. Erlangen, 1851.
Chastanier, Bemerkungen über Leberabscesse. Journ. de Toul., März.
Chomel, Chronische *Angina granulosa* und *follicutosa.* G. d. hôp. 36.
Delotz, Gute Wirkung des Olivenöls in hohen Gaben bei zwei Fällen von Invagination. Rev. méd.-chir., Juli.
Dick, Ueber Dyspepsie und darauf Bezügliches. Lancet, März.
Duncan, Ueber Hydatiden in der Leber. Prov. Journ., Febr.
Eimer, Zur Therapie der Ruhr. Henle u. Pfeufer's Ztschr. X. 3.
— Ein Fall von Durchbohrung des Wurmfortsatzes. Ibid. X. 3.
Fauconneau-Dufresne, Neue Belege für die Existenz einer Leberneuralgie. L'Union 52.
Filson, Kothbrechen und Verstopfung durch eine carcinomatöse und klappenartige Verengerung des Colon. Dubl. Press 631.
Fleckles, Einige Bemerkungen über den chronischen Magenkatarrh und das perforirende Magengeschwür in ihren Beziehungen zum Gebrauche von Karlsbad, Marienbad und Franzensbad. Allg. Centr.-Ztg. 10.
Gaillet, Schleimcysten auf dem Boden der Mundhöhle in der *Regio thyreo-hyoidea.* Gaz. des hôp. 43.
Guibout, Ueber Hepatalgie. L'Union 38. 39.
Hancock, Innere Einklemmung der Gedärme. Lond. Journ., März.
Hervieux, Miserere, plötzliche Heilung durch Anwendung des Hammers von Mayor. L'Union 34.
Heysch, Bemerkungen über einen Leberabscess, der mit der Basis der rechten Lunge communicirte, nebst einigen Bemerkungen über chronische Hepatitis. Rev. méd., April.
Löwenstein, Die Kur eines hartnäckigen Erbrechens. Med. Ztg. Russl. 8.
Louis, Innere Darmeinklemmung durch eine Geschwulst im Unterleibe bewirkt. L'Union 47.
Melzer, Die epidemische Brechruhr in Krain im Jahre 1849. Prager Vierteljahrs-Schr. III.
Metz, Intussusceptio und Abgang eines grossen Dünndarmstückes. Rhein. Mon.-Schr., April.
Möller, Klinische Bemerkungen über einige weniger bekannte Krankheiten der Zunge. Deutsche Klinik 26.
— Ueber eine eigenthümliche Form von Hyperästhesie des Magens bei Anämischen. Deutsche Klinik 32.
Morisseau, Fall grosser Lebercyste. L'Union 48.
Müller, Fall einer *Enteritis occulta* nebst Section. Rigaer Beitr. I. 2.
Nasse, Einige Fälle von perforirendem Magengeschwür. Rh. M.-Schr., Apr.
— Zur Therapie der Magenkrankheiten. Ibid., März.
Raimbert, Ueber säuerliche Dyspepsie als prädisponirende Ursache cholerischer Affectionen. Rev. méd.-chir., Juli.
Röll, Ueber Exsudativprocesse auf der Darmschleimhaut mehrerer Thiergattungen während der Rinderpest im Jahre 1850—1851.
Rösch, Ueber einige Krankheiten des Magens. Würt. Corr.-Bl. 12.
Schuermans, Ueber die Complicationen der gastrischen Krankheiten. Journ. de Brux., Febr.
Todd, Ueber Erweiterung des Magens und Sarcine. Lond. Gaz., Mai.
Verger, Ueber die epidemische Dysenterie. Rev. méd., Febr.
Vignes, Ueber Gastro-Enteralgien. Ibid.
Wilhelm, Notizen über die in den Pesther Militär-Spitälern beobachteten Formen der Diarrhöe. Ungar. Zeitschr. 42.
Ziehl, Zerreissung des Jejunums. Deutsche Klinik 33.

Sonnabend, № 37. 13. September 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Zwei Fälle von Vergiftungen, nebst den Sectionsergebnissen.

Von

Sanitätsrath Dr. Kersten in Magdeburg.

1. Arsenikvergiftung.

P., ein 27jähriger robuster Mann, untersetzter Statur, sanguinischen Temperaments, dem Trunke sehr ergeben, kam Abends den 15. April 183— betrunken zu Hause und verlangte nach Kaffee. Seine Frau besorgte ihm denselben, und in der Dunkelheit griff er hastig aus einem Schranke eine Tasse, in welcher gestossener weisser Arsenik aufbewahrt wurde, den er noch von seinem früheren Geschäft im Besitz hatte und der jetzt angeblich zur Vertilgung der Ratten verwendet werden sollte. Die Frau hatte in ihrer Bestürzung nicht bemerkt, dass der Mann gerade die den Arsenik enthaltende Tasse gegriffen hatte, und daher wurde in diese der ganz heisse Kaffee gegossen. P. trank denselben so weit aus, bis er auf der Zunge fühlte, dass der Rest sehr süss schmecke, und ihm ein körniges Pulver bemerkbar wurde; jetzt erkannte er seinen Irrthum, spie sogleich, was er noch im Munde hatte, auf die Erde und warf den Tassenkopf mit dem Inhalt von sich. Sehr aufgebracht verliess er abermals seine Wohnung, irrte eine Zeitlang während der Nacht in den Strassen umher, verlangte endlich Einlass in eine andere Wohnung, indess verging doch auch noch einige Zeit, ehe diese geöffnet und seinem Begehren nachgegeben wurde. Hier fing nun auch die Wirkung des Giftes an, sich zu entfalten. Nach einem Gefühl von Schauder und Kälte traten furchtbar heftige Schmerzen im Unterleibe und besonders in der Herzgrube ein, ferner Brennen im Munde, Schlunde und die Speiseröhre entlang, sowie auch grosses Angstgefühl. Bald darauf erfolgte heftiges Erbrechen einer süsslich schmeckenden Masse, an welches sich gleich ein ganz wässriger Durchfall schloss. Nur momentan liessen die Schmerzen etwas nach, kehrten alsbald zugleich mit dem Schaudern wieder, und das Erbrechen hielt fast die ganze Nacht durch an, während sich der Durchfall nur noch zwei Mal wiederholte. Die Farbe des bei den ersten Ausleerungen nach oben und unten Entfernten konnte nicht angegeben werden; die späteren Excrete zeigten eine ganz dunkelgrüne Färbung, und die durch den After entleerten verbreiteten einen aashaften Gestank. Daneben quälte den Kranken noch ein unauslöschlicher Durst. Er trank in dieser Nacht nur Milch und Chamillenthee abwechselnd. Ein Arzt wurde nicht herbeigerufen.

Am folgenden Morgen hatten einzelne Symptome, namentlich die furchtbar heftigen Schmerzen und das Erbrechen, etwas nachgelassen, das Brennen aber durch den ganzen Speisekanal und der quälende Durst dauerten noch gleichmässig fort. P. begab sich nun wieder zu Fuss nach seiner Wohnung, ging dabei aber so taumelnd, als wenn er betrunken wäre, und suchte auch hier gleich sein Lager. Gegen Mittag kehrten die Schmerzen in grösserer Heftigkeit wieder und steigerten sich sehr bald zu einem furchtbaren Grade; das Erbrechen kam von jetzt an so häufig, dass es sich wenigstens alle halbe Stunden wiederholte, und gleichzeitig trat nun auch immer Durchfall ein. Die nach oben und unten ausgeleerten Massen hatten im Ganzen noch dieselbe Beschaffenheit wie in der vergangenen Nacht, nur wollte Patient bemerken, dass das Ausgebrochene einen ganz süsslichen Geschmack habe, der ihm früher nicht so auffallend erschienen war. — Abends 7 Uhr sah ich den Patienten zum ersten Male. Ich fand ihn im Bette sich umherwälzend, mit angstvollen Gesichtszügen, klagend über heftige, ziehende Schmerzen in dem Unterleibe, namentlich aber in der Herzgrube, die von Zeit zu Zeit mit so grosser Heftigkeit eintraten, dass

Feuilleton.

Verzeichniss der medicinischen und naturwissenschaftlichen Vorlesungen auf der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin im Winter 1851—52.

Heilkunde.

Encyklopädie und Methodologie der Medicin trägt Hr. Prof. Schultz-Schultzenstein Mittwochs von 11—12 Uhr öffentlich vor.

Ueber die auf dem richtigen Begriffe des Lebens beruhende Einheit der Wissenschaften und Künste und über die darauf gegründete allgemeine und besondere Methodologie und Encyklopädie wird Hr. Prof. Kraniehfeld Dienst. und Freit. von 5—6 U. öffentlich lesen.

Die Symbolik der mosaischen Stiftshütte (vom theologisch-anthropologisch-anatomischen Standpunkte aus) erläutert Hr. Prof. Kraniehfeld Mont. und Donnerst. von 5—6 U. privatim.

Die allgemeine Geschichte der Heilkunde, ihre wichtigsten Grundzüge allmälig berücksichtigend, lehrt Hr. Prof. Ehrenberg Mittw. von 1—2 U. privatim.

Die gesammte Anatomie des Menschen lehrt Hr. Prof. Müller täglich von 2—3 U. privatim.

Die Anatomie der Sinnesorgane lehrt derselbe Mont. von 3—4 U. öffentlich.

Ein Repetitorium der menschlichen Anatomie hält Hr. Dr. Peters Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 12—1 U. privatim.

Die Histologie lehrt Hr. Dr. Remak mit Demonstrationen privatim 2 Mal wöchentlich.

Histologische Uebungen u. Untersuchungen leitet derselbe privatissime.

Ueber pathologische Geschwülste liest Hr. Dr. Reinhardt wöchentlich 2 Mal unentgeltlich in näher zu bestimmenden Stunden.

Die Osteologie lehrt Hr. Prof. Schlemm Mont., Dienst. und Donnerst. von 12—1 U. privatim.

Die Splanchnologie, derselbe Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 9—10 Uhr privatim.

Die Lehre von den Gelenkbändern (Syndesmologie) und Aponeurosen trägt derselbe Mittw. und Sonnab. von 12—1 U. öffentlich vor.

Die Secirübungen leiten Hr. Prof. Müller und Hr. Prof. Schlemm täglich von 9—12 U. privatim.

Pathologische Anatomie, erläutert durch mikroskopische Demonstrationen, liest Hr. Dr. Reinhardt täglich von 8—9½ U. privatissime.

Die Experimental-Physiologie wird Hr. Dr. Dubois-Reymond Mont., Mittw., Donnerst. u. Sonnab. von 12—1 U. privatim vortragen und durch Versuche erläutern.

Die feinere vergleichende Physiologie wird an Infusorien, Entozoen und schwieriger zu beobachtenden Formen anderer Thierklassen, Hr. Prof. Ehrenberg Sonnab. von 12—2 U. öffentlich demonstriren.

Derselbe wird nicht abgeneigt sein, Uebungen im Gebrauche des Mikroskopes in Beziehung auf Physiologie in noch zu bestimmenden Stunden privatim oder privatissime zu leiten.

er laut aufschrie, worauf dann jedes Mal Erbrechen und Durchfall erfolgten; ferner über ein scharfes, zusammenziehendes, brennendes Gefühl, das, von den Lippen anfangend, über der Zunge, innerer Fläche der Wangen und dem Schlunde hinweg, durch die ganze Speiseröhre bis in den Magen sich erstreckte, wobei es ihm zugleich vorkam, als wäre Alles wund im Munde und Rachen; sodann über unauslöschlichen, höchst quälenden Durst und Abneigung gegen alle Speisen. Er war bei vollem Bewusstsein, erzählte den ganzen Verlauf wie oben angegeben, hatte aber eine bedeutende Unruhe im ganzen Körper, einen beschleunigten, mässig vollen, nicht harten Puls, keinen Kopfschmerz, sowie überhaupt keine Schmerzen in den übrigen Theilen des Körpers; die Augen zeigten, wie das ganze Gesicht, Unruhe und Angst, waren aber nicht glänzend und nicht hervorgetrieben, die Conjunctiva nur wenig geröthet, die Pupillen nur natürlich erweitert; die Zunge zeigte auch nichts Abnormes, sie war weder hochroth noch weisslich belegt, noch trocken, und es waren an ihr so wenig wie an der innern Fläche der Wangen durchaus nicht kleine Verletzungen zu entdecken, von denen das Gefühl von Wundsein, worüber Patient so sehr klagte, abgeleitet werden könnte. Die Respiration war beschleunigt, der Unterleib aufgetrieben, aber weder beim leisen noch beim starken Drucke schmerzhaft, nur in der Herzgrube zeigte sich beim starken Druck vermehrtes Schmerzgefühl; er war überdem viel heisser als der übrige Körper. — Urin wurde sehr wenig gelassen, ebenso zeigte sich fast gar kein Schweiss. Das nach oben Ausgeleerte hatte mit dem nach unten Entleerten gleiche, ganz dunkelgrüne Farbe, mit einigen weisslichen kleinen Flocken, wie von geronnener Milch, und einen höchst widrigen, aashaft stinkenden Geruch.

Nachdem ich unverzüglich die Ursache und den Verlauf der ganzen Krankheit erfahren hatte, verordnete ich das von Bunsen und Berthold gerühmte Eisenoxydhydrat, und da keine bestimmte Menge des Arseniks zu ermitteln war, so liess ich von demselben alle halbe Stunden einen Theelöffel voll in warmem Wasser eingerührt nehmen.

Am nächsten Morgen, den 17. April, befand sich der Kranke viel besser; die wüthendsten Schmerzen hatten gegen Mitternacht nachgelassen, und später gegen Morgen war auch wirkliches Erbrechen seltener gekommen, obwohl stete Neigung dazu den Patienten noch sehr quälte. Der Durchfall hatte gleich bei der Darreichung der ersten Dosis des Mittels aufgehört. Der Unterleib war noch aufgetrieben, der Schmerz beim Druck in der Herzgrube bedeutend geringer. Vorwaltende Klagen waren über das lästige, brennende und schrinnende Gefühl von den Lippen bis in den Magen, über Trockenheit der Lippen und über unauslöschbaren Durst. Die Zunge zeigte sich gewöhnlich feucht, mit mehr entwickelten Papillen, jedoch sah ich noch keine Erosionen. Urin war noch nicht gelassen, eben so wenig bis jetzt allgemeiner Schweiss ausgebrochen. Der Puls war nur mässig beschleunigt, mässig voll und weich. — Von dem verordneten Mittel waren ungefähr nur erst 5 Drch. genommen, es wurde in selteneren Gaben fortgesetzt und dabei ein Klystier mit einem Theelöffel voll desselben Mittels ebenfalls applicirt.

Am Abend war eine fortschreitende Besserung nicht zu verkennen. Starker Schweiss war gegen Mittag eingetreten, und hielt noch an, auch war viel Urin von strohgelber Farbe gelassen. Das Erbrechen war seltener geworden und die Neigung dazu auch geringer. Stuhlausleerungen waren zwei Mal erfolgt, sie hatten aber mit dem Erbrochenen noch dieselbe dunkelgrüne Farbe gemein, und zeigten den höchst unangenehmen Geruch wie Tags vorher. Der Kranke versicherte auch jetzt ganz ohne Schmerzen zu sein, bis auf die lästigen Symptome an den Lippen und die Speiseröhre entlang; der Durst war noch stark; der Unterleib weniger aufgetrieben, der Puls wie am Morgen; die Gesichtszüge zeigten mehr Ruhe, sowie auch überhaupt der Kranke sich nicht mehr so unruhig im Bette hin und her warf.

Am 18. April Morgens. Die Nacht war ruhig hingebracht, etwas Schlaf hatte sich eingestellt. Erbrechen und Stuhlgang waren nicht erfolgt, wohl aber war noch Schweiss und viel strohgelber Urin erschienen. Der Durst war noch sehr bedeutend, und das Gefühl von Wundsein, Brennen und Trockenheit im Munde fast noch stärker als früher. Schmerz fühlte Patient nirgends weiter. Die Conjunctiva der Augen war nicht geröthet, die Pupille weder contrahirt noch erweitert. Der Puls normal. Der Patient beobachtete auch ruhige Lage im Bette, zeigte ganz freies, angstloses Gesicht, und wünschte selbst aus dem Bette aufzustehen, was jedoch nicht gestattet wurde. Da noch immer nicht alle Symptome der stattgehabten Vergiftung gewichen sind, im Gegentheil sogar einige sich in grösserer Stärke gezeigt haben, so noch Fortsetzung des Mittels, und daneben Klystier von Chamillenaufguss mit Oel.

Abends. Im Ganzen dasselbe Befinden; noch fortwährend viel Schweiss und Urin. Als neue Symptome erschienen jetzt: Um den Mund phlyktänöser Ausschlag und ein sehr bedeutender, drükkender Schmerz in der Stirn. Der ganze Kopf war auch heisser, und der Kranke suchte beständig die Lippen zu benetzen. Dagegen sollte das lästige, schrinnende Gefühl vom Rachen an bis zum Magen durch die Speiseröhre entlang nachgelassen haben. — Nach dem Klystier war etwas fester, röthlich brauner Stuhlgang erfolgt.

Am 19. Morgens. Eine sehr unruhige Nacht, wobei der Kopfschmerz immerfort anhielt. Unter starkem Jucken bildete sich plötzlich an der linken Backe eine höchst bedeutende Geschwulst, die an sich sehr schmerzhaft war und auch keine Berührung ertrug. Sie war prall und härtlich, die Haut über ihr blauroth gefärbt; sie erstreckte sich bis hinter das linke Ohr und bis unter die Unterkinnlade, so dass nicht nur die Parotis und Submaxillardrüse, sondern auch das umliegende Zellgewebe entzündet erschien. Der Mund konnte nicht völlig geöffnet werden, denn selbst die innere Seite der Wange, und besonders die linke Mandel, waren stark angeschwollen; ganz an dem hintersten unteren Backenzahn war eine blauschwarze Stelle von der Grösse eines halben Silbergroschens, ähnlich einem brandigen Geschwür, aber da der Mund nicht gehörig geöffnet werden konnte, nicht genau zu diagnosticiren; dabei übler Geruch aus dem Munde; die Zunge pappiger anzufühlen, aufgeschwollen, besonders ebenfalls an der linken Seite, und hier auch die Papillen bedeutender noch entwickelt, mit weisslichem Belag überzogen. Das Schlucken ungemein erschwert, und jeder Versuch dazu bewirkte starke Schmerzen, selbst schon das Sprechen war höchst beschwerlich. Das linke Auge war geröthet. Erbrechen war gar nicht wiedergekommen, auch kein Stuhlgang erfolgt. Der Kranke hatte grosse Unruhe und Angst, bedeutende

---

Die Arzneimittellehre trägt Hr. Prof. Mitscherlich 6 Mal wöchentlich von 8—9 U. privatim vor.

Ueber die aufregenden Arzneimittel wird derselbe Dienst. und Freit. von 6—7 U. Abends öffentlich lesen.

Die Arzneimittellehre (Materia medica), durch Experimente über Arzneiwirkungen an Thieren erläutert, wird Hr. Prof. Schultz-Schultzenstein 6 Mal wöchentlich von 12—1 U. privatim lehren. Die zu den Vorträgen gehörigen Beobachtungen und Experimente werden in dem organischen Observatorium besonders angestellt werden.

Die Toxikologie, durch Versuche erläutert, wird Hr. Dr. Ascherson unentgeltlich Mont., Mittw. und Sonnab. von 8—9 U. lesen.

Die Hygiologie und Hygiocomie in ihrer Begründung auf die wahre Lebenstheorie trägt Hr. Prof. Kranichfeld in noch zu bestimmenden Tagen und Stunden privatim vor.

Die allgemeine Pathologie und Therapie, nebst deren Entwickelungsgeschichte, wird Hr. Prof. Schultz-Schultzenstein privatim vortragen und durch Beobachtungen erläutern Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 11—12 U.

Die allgemeine Pathologie und Therapie liest Hr. Dr. Dann Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 4—5 U. privatim.

Die allgemeine Pathologie und Therapie, mit erläuternden Demonstrationen, besonders mikroskopischen, liest Hr. Dr. Simon Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 1—2 U. privatim.

Die specielle Pathologie und Therapie trägt Hr. Prof. Schönlein täglich von 10—11 U. privatim vor.

Der speciellen Pathologie und Therapie ersten Theil, welcher die Lehre von den Nervenkrankheiten enthält, wird Hr. Prof. Romberg 4 Mal wöchentlich von 12—1 U. privatim vortragen.

Die Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten trägt Hr. Dr. Simon Mittw. und Sonnab. von 4—5 U. unentgeltlich vor.

Ueber die Krankheiten der Kinder, verbunden mit klinischen Uebungen, Hr. Dr. Henoch 5 Mal wöchentlich von 5—6 U. privatim.

Ueber die Kinderkrankheiten liest Hr. Dr. Ebert Mittw. und Sonnab. von 4—5 U. unentgeltlich.

Ueber die wichtigsten Krankheiten der Weiber, mit Vorführung interessanter Fälle, Hr. Dr. Credé Mittw. und Sonnab. von 11—12 U. unentgeltlich.

Zu Repetitorien über specielle Pathologie und Therapie erbietet sich Hr. Dr. Henoch privatissime.

Empirische Psychologie trägt Hr. Dr. Leubuscher Mont., Mittw. und Donnerst. privatim von 5—6 U. vor.

Ueber Hirn- und Rückenmarkskrankheiten, derselbe Dienst. und Freit. von 5—6 U. unentgeltlich.

Zu einem Cursus und Demonstrationen über psychische Krankheiten und Nervenkrankheiten erbietet sich derselbe privatissime.

Die Seelenheilkunde trägt Hr. Prof. Ideler Mont., Dienst. u. Donnerst. von 3—4 U. öffentlich vor.

Die allgemeine und specielle Chirurgie lehrt Hr. Prof. Jüngken Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 5—6 U. privatim.

Der Chirurgie zweiten Theil wird Hr. Prof. Langenbeck 3 Mal wöchentlich von 4—5 U. lesen.

Die chirurgische Diagnostik wird Hr. Prof. Böhm unter Anwendung

Hitze über dem ganzen Körper, Fieber, beschleunigten, aber nicht härtlichen Puls.

Abends. Die Parotidengeschwulst war etwas geringer und weicher; die Schmerzen minder, die Unruhe und Hitze nicht mehr so gross, das Fieber gelinder.

Am 20. April Morgens. Der Kranke hatte eine ganz leidliche Nacht gehabt; die Parotitis war noch etwas mehr gewichen, das Schlingen ging etwas freier; der Puls weniger beschleunigt, weich und mässig voll, das Allgemeinbefinden war auch gut, Schmerzen nirgends; der Unterleib fühlte sich ganz wie gewöhnlich an. Erbrechen war nun schon seit 2 Tagen nicht erfolgt, aber Stuhlgang fehlte auch. Urin wurde reichlich gelassen, auch war wieder Schweiss eingetreten.

Abends. Der Zustand hatte sich im Laufe des Tages wieder verschlechtert; das Fieber hatte sich gesteigert, es waren von Neuem heftige Kopfschmerzen aufgetreten, und am Tage mehrere Male Abgang einer dünnflüssigen, ganz dunkelgrünen, sehr übelriechenden Masse aus dem After beobachtet, ganz der ähnlich, wie sie zu Anfange entleert wurde, nur bildete sich ein festerer, breiartiger Niederschlag, wenn sie eine Zeit lang gestanden hatte.

Am 21. April Morgens. Nach einer sehr unruhigen Nacht, in welcher der Kranke durchaus nicht schlief, und ungemeine Hitze und Beängstigung fühlte, zeigte sich gegen Morgen ein starker Ausschlag von Urticaria über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts, der bald etwas schwinden, bald wieder stärker hervorbrechen soll; mit seinem Erscheinen trat auch jedesmal mehr Ruhe ein. Die Parotitis war nicht ganz geschwunden, hatte sich aber auffallend verkleinert und war viel weicher; die Diarrhöe hielt noch gleichmässig an. Die Hauptklage des Patienten war noch ausserdem über ein sehr heftiges Sodbrennen vom Magen bis in den Mund, welches von dem früher verspürten Brennen und Gefühl von Wundsein ganz verschieden war.

Abends. Im Laufe des Tages war wieder Erbrechen eingetreten, wodurch dieselben dunkelgrünen Massen ausgeleert wurden, wie durch den Stuhlgang, nur dass ihnen der schlechte Geruch fehlte. Am Nachmittage hörte das Erbrechen wieder auf, auch war der Ausschlag wieder verschwunden. Der Patient hatte bedeutend rötheres Gesicht, starke klopfende Kopfschmerzen, grosse allgemeine Unruhe, über den ganzen Körper verbreitete grosse Hitze. Der Puls war zum ersten Male hart.

Am 22. April Morgens. Der Kranke hatte eine sehr schlechte Nacht gehabt, wüthende Schmerzen in der ganzen Brust und im Rücken hatten sich eingestellt, sie vermehrten sich vorzüglich beim Athemholen und bei Bewegungen, waren mit Hüsteln mit Blutauswurf von dunkler Farbe verbunden; es war aber keine bestimmte Stelle als Sitz der Entzündung durch das Stethoskop zu erkennen, bedeutende Schwerathmigkeit. Der Kopfschmerz war ganz verschwunden, auch das Sodbrennen nicht wiedergekehrt; die Parotidengeschwulst aber bedeutender, so dass das linke Auge dadurch verkleinert war und der Apfel schief stand. Dadurch fand Doppelsehen statt, wenn beide Augen geöffnet waren, während Patient mit jedem allein ganz richtig sah; er war übrigens bei vollem Bewusstsein. Von der Urticaria, die am Tage vorher auf einige Zeit hervorgebrochen, dann verschwunden war, war auch jetzt nichts wieder erschienen. Die Zunge war schmutzig belegt; der Durchfall hielt noch fortwährend an, auch Urin wurde gelassen, aber die Haut war trocken, ohne Schweiss. Der Puls härter und voller, als am Tage vorher. — Es waren bei dem Aderlass, der am vorigen Abend verordnet war, nur höchstens 6 Unzen Blut gelassen, weil es sollte aufgehört haben zu fliessen, dasselbe zeigte zwar keine Entzündungshaut, über dem dunkleren Blutkuchen war aber eine ganz hellrothe Schicht gelagert, und im Ganzen nur sehr wenig Serum.

Abends. Der Kranke hatte schon am Nachmittage bedeutende Erleichterung auf der Brust; der Schmerz war hier ganz verschwunden und auch aus dem Rücken, das Athemholen war daher ganz frei, aber noch zuweilen Husten mit Blutauswurf. Etwas Schlaf hatte sich eingestellt und Schweiss. Dagegen aber war der Kopf eingenommen, es traten leise Delirien ein, auf vorgelegte Fragen antwortete er zwar noch richtig; dabei Klagen über Doppelsehen und dumpfen Druck im Vorderkopfe. Die Zunge belegt und etwas trocken; viel Durst, der Puls weicher, noch mässig voll. Die Diarrhöe dauerte noch fort mit gleichen Ausleerungen. — Das am Morgen gelassene Blut zeigte bedeutende Speckhaut, der Rand war umgekrempt, mehr Serum.

Später am Abend bekam der Patient starke Zuckungen, delirirte heftiger und sprang gegen 2 Uhr in der Nacht, da ihn seine Frau nicht zu halten vermochte, aus dem Bette, lief in der Stube umher, fiel aber hier bald ganz entkräftet um, und konnte nur mit Mühe wieder auf ein Lager gebracht werden. Er wurde dann ruhiger, fing an gelinde zu röcheln und starb um 5 Uhr Morgens.

Die 2 Tage danach instituirte Section ergab Folgendes: Die Leiche zeigt schon Spuren sehr weit vorgeschrittener Verwesung, das Gesicht ist bis zur Unkenntlichkeit aufgetrieben, ebenso der Bauch und das Scrotum. Aus Nase und Mund quillt viel blasige Jauche hervor, die einen noch unangenehmeren Geruch verbreitet, als der an sich schon von der Leiche ausgestossen wird. Auf dem Rücken viel schwarzblaue Todtenflecke. Die Kopfhaare lassen sich mit Leichtigkeit ausziehen, die Nägel sind sehr blau unterlaufen, sitzen aber fest. Die Finger sind etwas gekrümmt, alle Gelenke sehr beweglich.

Die Schleimhaut der Lippe, des Zahnfleisches und der Backe linkerseits etwas corrodirt, der harte Gaumen wie von einer concentrirten Säure zernagt, am weichen linkerseits bedeutende Entzündungsgeschwulst mit theils grösseren, theils kleineren Excoriationen, die Zunge breit und weich, auf der Oberfläche aber sehr rauh anzufühlen, die Papillen sehr entwickelt, namentlich die nach hinten und links befindlichen. Die linke Backe besonders nach innen zu sehr aufgetrieben, auch die Parotis und Submaxillardrüse u. s. w. um die Hälfte grösser als im natürlichen Zustande und mehr geröthet. Der Kehldeckel an der Mundseite sehr geröthet, an der Luftröhrenseite vier linsengrosse, dunkelgrüne Flecken zeigend. Die linke Mandel ebenfalls aufgeschwollen und entzündet, der Oesophagus von Anfang bis Ende geröthet, je näher der Cardia, desto stärker; die Schleimhaut sitzt aber überall fest auf, mit Ausnahme der untersten Stelle, wo sie sich leichter ablöst.

Die Lungen sind sehr blutreich und schon auffallend weich, nirgends Adhäsionen mit der *Pleura costalis*, auch sonst keine Zeichen

---

geeigneter klinischer Fälle zum Gegenstande seiner öffentlichen Vorträge 1 Mal in der Woche in noch zu bestimmender Stunde nehmen.

Ueber Verletzungen des menschlichen Körpers liest Hr. Prof. Jüngken Mittw. und Sonnab. von 5—6 U. öffentlich.

Die Lehre von den Knochenbrüchen und Verrenkungen trägt Hr. Prof. Troschel Dienst. und Freit. von 4—5 U. privatim vor.

Die Akiurgie, mit chirurgisch-anatomischen Demonstrationen, lehrt Hr. Prof. Langenbeck 3 Mal wöchentlich von 12—1 Uhr privatim.

Unterricht in chirurgischen Operationen an Leichnamen ertheilt Hr. Prof. Schlemm privatissime.

Die Augenheilkunde mit gleichzeitiger Erläuterung an klinischen Fällen wird Hr. Prof. Böhm lehren und die Augenoperationen leiten Mont., Dienst. und Donnerst. von 5—6 U. privatim.

Die allgemeine und specielle Augenheilkunde trägt Hr. Dr. Angelstein 4 Mal wöchentlich von 6—7 U. privatim vor.

Die Lehre von den wichtigsten Augenoperationen und deren Nachbehandlung, derselbe Sonnab. von 6—7 Uhr unentgeltlich.

Chirurg.-ophthalm. u. akiurg. Repetitionen mit prakt. Uebungen an geeigneten Kranken hält derselbe täglich Nachm. von 2—4 U. privatim.

Zu einem praktischen Cursus sämmtlicher Augenoperationen erbietet sich derselbe in noch zu bestimmenden Stunden privatissime.

Die theoretische und praktische Ophthalmiatrik, mit anatomischen und pathologischen Demonstrationen, Hr. Prof. Kranichfeld 5 Mal wöchentlich von 3—5 U. privatim.

Die chirurgische Verbandlehre trägt Hr. Prof. Troschel Mont., Mittw., Donnerst. und Sonnab. von 4—5 U. privatim vor.

Die Verbandlehre trägt Hr. Dr. Ascherson Mont., Mittw. u. Sonnab. von 5—6 U. privatim vor.

Die Geburtshülfe, als Wissenschaft und Kunst, lehrt Hr. Prof. Schmidt Mont., Mittw. und Sonnab. von 4—5 U. privatim.

Die gesammte Geburtslehre, in ihrem theoretischen und praktischen Zusammenhange, wird Hr. Dr. Wilde Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 5—6 U. privatim vortragen.

Die theoretische und praktische Geburtslehre mit Anleitung zu geburtshülflichen Operationen, Hr. Dr. Schöller Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 4—5 U. privatim.

Dieselbe, mit Uebungen am Phantome, Hr. Dr. Credé Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 11—12 U. privatim.

Ueber die geburtshülflichen Instrumente und Operationen handelt Hr. Prof. Busch Sonnab. von 4—5 U. öffentlich.

Einen geburtshülflichen Operations-Cursus mit Uebungen am Phantom hält derselbe privatissime.

Einen geburtshülflichen Operations-Cursus nebst Uebungen am Phantom, Hr. Dr. Schöller privatissime.

Denselben hält Hr. Dr. Credé privatissime.

Repetitorien in der Geburtshülfe, besonders in den geburtshülflichen Operationen, nebst Uebungen am Phantom, wird Hr. Dr. Wilde privatissime zu halten fortfahren.

Repetitorien in der Geburtshülfe hält Hr. Dr. Schöller privatissime.

Die medicinische Klinik im Charité-Krankenhause hält Hr. Prof. Schönlein täglich von 11—12½ U. privatim.

Die medicinisch-praktischen Uebungen im königl. poliklinischen Institute

von Entzündung; in jedem Pleurasacke etwa ein Tassenkopf voll sehr dunkeln und sehr flüssigen blutigen Extravasats. — Der Herzbeutel sehr fest, auch nur ungefähr eine halbe Unze blutigen Serums enthaltend. Das Herz auffallend klein, sehr weich, von heller Leberfarbe, wie macerirt. Die linke Kammer enthielt gar kein flüssiges Blut, nur ein bedeutendes Coagulum, das in die linke Vorkammer hineinragte, die rechte Kammer hatte etwas flüssiges Blut, aber auch einen starken falschen Polypen. Die rechte Vorkammer hatte sehr wenig flüssiges Blut, die grossen Gefässe zeigten auffallende Blutleere; die innere Fläche der Aorta war bis zum Bogen purpurroth, ohne dass man deutliche Gefässinjection hätte wahrnehmen können.

Die Leber war ganz normal, die Gallenblase mit einer ganz hellgelben dicken Galle strotzend angefüllt. Die Milz, das Pancreas zeigten nichts Abnormes. Auch äusserlich war am Magen nichts Krankhaftes wahrzunehmen, innerlich war an der hintern Fläche die Schleimhaut dunkel, fast schwarz gefärbt, liess sich aber nicht leicht abtrennen und war nirgends corrodirt; am Pylorus und an der Cardia war die Schleimhaut dunkelroth, nirgends aber konnte man deutliche inselartige, oder dendritische Injection erkennen; von der Cardia aus, die auch etwas verengert war, ging nach dem Oesophagus hinauf noch stärkere Röthung. Der Mageninhalt bestand in einem dunkelgrünen, sehr schleimigen Brei, in welchem sich durchaus nichts Körniges entdecken liess. Bis auf die nicht ganz so dunkle Färbung der Schleimhaut zeigte das Duodenum dieselbe Beschaffenheit wie der Magen; die übrigen dünnen Gedärme waren äusserlich fast blasser als gewöhnlich, enthielten Luft und zeigten auch auf ihrer innern Fläche durchaus keine Entzündungsspur; ihr Inhalt war etwas heller und flüssiger, als der des Magens. Auch an den dicken Gedärmen wurde weder äusserlich noch innerlich etwas besonders Abnormes beobachtet, nur ganz unten im Rectum, im S Romanum zeigten sich einzelne kleine corrodirte Stellen, von dem Ansehen, als wäre die Schleimhaut mit einer Scheere weggeschnitten. Die grösste davon war saturirter roth als die andern und erreichte etwa den Umfang einer kleinen Bohne. — Die Nieren waren gesund, die Harnblase schlaff und enthielt höchstens eine Unze klaren Urins.

Der Schädelknochen löste sich nach der Durchsägung leicht; die Gehirnhäute zeigten keinen auffallenden Blutreichthum, die harte war schlaff über das etwas zusammengefallene Gehirn gespannt; das Gehirn selbst war in seiner Textur nicht vom normalen abweichend, und weder an der Oberfläche noch im Innern sehr mit Blut überfüllt; an der vordern Seite der linken Hemisphäre war eine sulzige Masse zwischen die Gyri ergossen. Die Plexus waren nicht übermässig von Blut strotzend, die Höhlen enthielten kein Wasser, das linke *Corpus striatum* und der *Thalamus nervi optici* waren etwas weicher als diese Organe der rechten Seite. Das kleine Gehirn war ganz normal; ebenso die *Medulla oblongata*. Auch die *Basis cranii* zeigte nichts Abnormes, namentlich auch kein Blutextravasat.

Bei der chemischen Untersuchung des Magens, der Gedärme und deren Inhalt fand man trotz der genauesten Nachforschung kein Anzeichen von Arsenik, die neuesten Vorschriften von Orfila u. s. w. über die Leichenuntersuchung auf Arsenik waren aber freilich zu der Zeit, wo diese Untersuchung stattfand, noch nicht bekannt.

Der auffallende Wechsel in den Erscheinungen und dem Befinden des Patienten während seiner Krankheit, noch mehr das plötzliche Auftreten und ebenso rasche Verschwinden der bedenklichsten Symptome in den letzten Tagen des Krankseins, müssen schon nothwendig auf die Idee führen, dass eine ganz besondere Ursache der Krankheit zum Grunde liege, und da nun die in den ersten Tagen beobachteten Symptome unbedenklich auf Arsenikvergiftung hinweisen, so ist die Schlussfolgerung auch gerechtfertigt, dass überhaupt der Genuss des Arseniks die ganze Krankheit erzeugt und auch den Tod herbeigeführt hat, wenngleich, wie oben bemerkt, die genaueste chemische Analyse nichts von dem Gifte mehr nachweisen konnte. Es deutet aber auch der Verlauf der Krankheit selbst auf eine Arsenikvergiftung hin, denn wiewohl es gewiss schwer halten würde, in den Annalen der Medicin einen gleichen oder ähnlichen Verlauf einer Arsenikvergiftung aufzufinden, so sind doch bei verschiedenen Fällen die einzelnen Symptome zuweilen von manchen Schriftstellern und Aerzten beobachtet, die sich hier nur zu einer fortlaufenden Kette auf dem Zeitraume von wenigen Tagen zusammenfanden.

Wollte man nun untersuchen, auf welches System in dem vorliegenden Falle das resorbirte Arsenik vorzüglich seinen schädlichen, ja tödtlichen Einfluss ausgeübt habe, wodurch also der Tod zunächst bedingt sei, so möchte das wohl schwer zu bestimmen sein.

Von den Schriftstellern wird der Tod, der nach der Aufnahme des Arseniks in den Körper erfolgt, wie bekannt, verschiedentlich hergeleitet; er soll vornehmlich theils von einer örtlichen Entzündung des Magens und der Gedärme, die schnell in Brand übergeht, wobei dann also die ätzenden Wirkungen des Arseniks auf den Magen allein beschränkt bleiben, herrühren; theils von dynamischer Wirkung auf das Nervensystem ausgehen, wobei dieses dann hervorstechend ergriffen und gleichsam zerstört wird. Es ist aber gewiss auch nicht zu verkennen, dass der Arsenik, namentlich wenn es im Körper längere Zeit verweilt, durch chemische Decomposition des Blutes schädlich einwirkt, die Reproduction beeinträchtigt, die Irritabilität angreift, selbst tödtet. Und zuweilen mögen wohl alle Organe und Systeme feindlich afficirt werden, und der Tod das unmittelbare Resultat der Aufhebung der Herz- und Gehirnfunctionen sein.

Dies letztere scheint nun in unserem Falle auch vorzüglich eingetreten zu sein, ja man möchte sich fast noch eher zu der Ansicht hinneigen, dass der Einfluss des Arseniks auf das Blut hier der vorwiegende gewesen sei, wodurch die angegebenen Erscheinungen veranlasst wurden. Eine hervorstechende Entzündung des Magens und der Gedärme hat sich bei der Section nicht gefunden, der Kranke würde auch dabei nicht so lange am Leben erhalten sein; die dynamisch-schädliche Einwirkung auf das Nervensystem zeigt sich in zerstörender Weise auch nicht, wohl aber entstanden alle die in den spätern Tagen auftretenden, proteusartigen Erscheinungen, gegen welche alle Hülfe fruchtlos blieb, nachdem der Arsenik in die zweiten Wege aufgenommen war. Diese anscheinenden örtlichen Entzündungen in den verschiedenen Organen des Körpers schwanden aber meistens so rasch wieder, als sie entstanden waren, wie dies bei wirklichen reinen Entzündungen nicht der Fall ist, und daher möchte wohl hier neben

---

der Universität leitet Hr. Prof. Romberg 5 Mal wöchentlich von 1—2 U. privatim.

Medicinisch-klinische Uebungen im Charité-Krankenhause wird Hr. Prof. Wolff 6 Mal wöchentlich von 8—9 U. halten.

Die Klinik für Chirurgie und Augenheilkunde in dem klinisch-chirurgischen und in dem ophthalmiatrischen Institute im Charité-Krankenhause wird Hr. Prof. Jüngken 5 Mal wöchentlich von 9—11 Uhr privatim leiten.

Die chirurgisch- und ophthalmiatrisch-klinischen Uebungen im königl. klinisch-chirurgischen Institute der Universität wird Hr. Prof. Langenbeck 6 Mal wöchentlich von 2—3 U. leiten.

Die geburtshülfliche Klinik in der Entbindungsanstalt und in der geburtshülflichen Poliklinik leitet Hr. Prof. Busch 4 Mal wöchentlich von 4—5 U. privatim.

Die geburtshülfliche Klinik in der Gebäranstalt des Charité-Krankenhauses, in Verbindung mit einem Operations-Cursus am Phantome, wird Hr. Prof. Schmidt Dienst., Donnerst. und Freit. von 4—5 U. privatim halten.

Die Klinik der syphilitischen Krankheiten im Charité-Krankenhause wird Hr. Dr. Simon Mittw. und Sonnab. von 10—11 U. privatim leiten.

Die Klinik und Poliklinik für kranke Kinder im Charité-Krankenkause wird Hr. Dr. Ebert Mont., Mittw. u. Sonnab. von 11—12 U. privatim leiten.

Propädeutisch-klinische Uebungen, verbunden mit Vorträgen über die Brust-, Unterleibs- und Nervenkrankheiten, hält Hr. Dr. Henoch Mont., Mittw. und Sonnab. von 10—11 U. privatim.

Die klinischen Uebungen an Geisteskranken im Charité-Krankenhause leitet Hr. Prof. Ideler Mittw. und Sonnab. von 3—5 U. privatim.

Die praktischen Uebungen in der Auscultation und Percussion der Brust wird Hr. Dr. Ebert in vierwöchentlichen Cursen privatissime leiten.

Ueber Auscultation und Percussion und über die Diagnose der Brustkrankheiten, verbunden mit Uebungen im Charité-Krankenhause, wird Hr. Dr. Traube 4 Mal wöchentlich von 10—11 U. Vorträge privatim halten.

Praktische Uebungen im Auscultiren und Percutiren und in der Diagnostik überhaupt hält derselbe für Geübtere in noch zu bestimmenden Stunden privatissime.

Die gerichtliche Medicin für Juristen und Mediciner liest Hr. Prof. Casper Dienst., Donnerst. und Freit. von 12—1 U. privatim.

Dieselbe für Juristen und Mediciner, mit praktischen Erläuterungen und Uebungen, Hr. Dr. Horn Mont., Dienst. u. Freit. von 4—5 U. privatim.

Dieselbe für Juristen und Mediciner, mit praktischen Uebungen, Hr. Dr. Nicolai Mont., Dienst. und Donnerst. von 12—1 U. privatim.

Das gerichtlich-medicinische Practicum im königl. Institut für Staatsarzneikunde, mit den forensischen Untersuchungen an Lebenden und den legalen Leichenuntersuchungen im Bereiche des hiesigen gerichtlichen Stadtphysikats, wird Hr. Prof. Casper in bisheriger Weise Mont. und Sonnab. von 2—3 U. privatim zu leiten fortfahren.

Ueber Militär-Staatsarzneikunde liest Hr. Dr. Lauer in noch zu bestimmenden Stunden unentgeltlich.

(Schluss folgt.)

dem Blutsystem auch das Nervensystem bedeutend mit afficirt gewesen sein.

Statt der Mumification fand in unserem Falle im Gegentheil eine verhältnissmässig sehr schnelle Verwesung der Leiche statt, es wäre daher wohl möglich, dass der Arsenik in Substanz schon gänzlich aus dem Körper entfernt war, zumal auch bei der chemischen Untersuchung sich keine Spur davon vorfand, und die Erscheinungen daher die Nachwirkungen waren.

Harnstein bei einem neunjährigen Knaben, Harnröhrenschnitt, Heilung; nebst Bemerkungen über die Harnsteinbildung.

Von

Dr. Riedel, prakt. Arzt in Berlin.

Am 6. Juni d. J. Nachmittags 3 Uhr ward ich in eine Familie, welche seit Jahren in Krankheitsfällen meinen ärztlichen Beistand zu suchen pflegte, gerufen, weil der 9jährige Sohn Emil angeblich seit 3 Tagen keinen Urin hatte lassen können. Ich fand diesen sonst anscheinend so gesunden und kräftigen Knaben in einem in der That höchst bejammernswerthen Zustande. Wimmernd vor Angst und Schmerzen, die sich nur zu deutlich in seinen Gesichtszügen abmalten, stand er trippelnd mit vorwärts gebeugtem Oberkörper und unterstützte mit seinen Händen, wie zur Erleichterung, seine Genitalien. Die Ruthe war halb erigirt und bedeutend angeschwollen; die Harnblase liess sich durch eine deutlich markirte Hervortreibung des Unterleibs zunächst oberhalb der Schambeinverbindung schon mittelst des Gesichts, deutlicher aber durch Palpation und Percussion als stark angefüllt erkennen. Von der Mutter erfuhr ich, dass der Knabe bereits seit etwa 2 Jahren häufig über Schmerzen beim Harnlassen geklagt, und dass er dann bei der Urinentleerung stets auffallend lange Zeit zugebracht habe. Da diese Beschwerden aber vorübergehende waren, und der Gesundheitszustand des Kindes sonst nichts zu wünschen übrig liess, so hatte man es nicht für nöthig erachtet, deswegen früher ärztlichen Rath einzuholen. Das Schamgefühl hatte den Knaben ohnehin bewogen, von seinem Leiden wo möglich die Mutter nichts merken zu lassen, und so hatte er es auch vermocht, jetzt 2 Tage lang, obwohl er — nach seiner späteren Aussage — keinen Tropfen Urin während der Zeit entleeren konnte, seine Schmerzen vor Mutter und Geschwistern zu verbergen, bis diese endlich am Mittag des 3. Tages ihm das Geständniss über seinen, nunmehr durch seine ängstlichen Mienen und sein ganzes Gebahren sich verrathenden, leidenden Zustand entlockten. — Liess sich nach diesen angeführten Umständen schon mit grosser Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein eines mechanischen Hindernisses als Ursache der Harnverhaltung vermuthen, so schwand jeder etwaige Zweifel, als ich an der Wurzel des Penis, unmittelbar vor dem Scrotum, durch Gesicht und Gefühl eine runde harte, bei Druck sehr schmerzende Anschwellung am Anfang des *Corp. cavernos. urethrae* entdeckte. Ein rasch herbeigeschafftes elastisches Bougie von geringer Stärke traf dann auch, in die Harnröhre eingeführt, an der bezeichneten Stelle auf einen harten Körper mit rauher Oberfläche — offenbar einen in die Harnröhre vorgedrungenen Harnstein. Noch mit der Diagnose beschäftigt, leistete ich — ohne es eigentlich zu wollen — dem kleinen Patienten eine ihm sehr erwünschte — freilich nur palliative — Hülfe. Der Stein wich vor dem dünnen und elastischen Bougie zu meinem Erstaunen zurück bis in die Blase, und aus dieser entleerte sich sofort in wahrem Strom, ein grosses Nachtgeschirr halb anfüllend, ein dunkler, trüber und stark sauer reagirender Urin. Pat. fühlte sich mit einem Male von allem Leid und allen Schmerzen frei und lautere Freude strahlte von seinem vorher so angstvollen Antlitz.

Für mich war freilich die Hauptaufgabe noch zu lösen — das gestand ich mir wohl. Mein Heilplan war nun der: durch täglich wiederholtes Einführen von allmälig stärkeren Bougies wollte ich die Harnröhre so erweitern, dass bei etwaigem Wiedereintritt des Steines in dieselbe entweder dessen spontaner Durchtritt mittelst der Harnentleerung oder die künstliche Extraction desselben ermöglicht würde; zugleich hoffte ich (wegen der sehr saueren Reaction des Urins) durch Darreichung von kohlensaurer Magnesia, wenn auch nicht den vorhandenen Stein aufzulösen, doch sein ferneres Wachsthum zu hemmen. Letzteres Mittel wurde Pat. zu täglich 3 Theelöffel voll verordnet; zur Bougieeinführung sollte dieser sich täglich zu bestimmter Stunde in meiner Wohnung einfinden. Pat. glaubte und fühlte sich aber zu wohl, um sich mir zur Disposition zu stellen; er erschien nicht, und als ich nach mehr denn 8 Tagen ihn in seiner elterlichen Wohnung aufsuchen wollte, erfuhr ich nur, dass er ganz gesund und voll Uebermuthes mit seinen Genossen umherschweife. Das verordnete Pulver hatte er angeblich eingenommen. Meine Warnung vor den Folgen des verschuldeten Versäumnisses der von mir beabsichtigten Kur blieb gleichwohl auch hiernach unbeachtet.

Erst am 3. Juli — 4 Wochen nach der ersten completen Harnverhaltung — fanden sich Nachmittags zwischen 4 und 5 Uhr Mutter und Sohn in meiner Wohnung ein, weil letzterer plötzlich wieder durchaus keinen Urin lassen konnte. Dies Mal sass der Stein in dem häutigen Theil der Harnröhre und war vor dem Perinäum, hinter dem Scrotum, von aussen deutlich durchzufühlen. Die Harnverhaltung war wiederum vollkommen, dauerte jedoch erst kurze Zeit, und die begleitenden Erscheinungen waren daher für jetzt nicht so bedeutende, wie das erste Mal, namentlich erwies sich die Urinblase noch durchaus nicht als stark angefüllt. Mich wohl hütend, den Rücktritt des Steines wiederum zu fördern, suchte ich, nachdem ich den Pat. nach Hause geschickt und mit Chloroform und Bougies ausgerüstet demselben dorthin gefolgt war, unter der Chloroformanästhesie durch Einführung starker Bougies die Harnröhre möglichst zu erweitern. Das Chloroform leistete hier offenbar einen doppelten Nutzen, indem es nicht nur den Pat. über die empfindlichen Schmerzen durch sanften Schlummer hinwegführte, sondern auch die in der Harnröhre vorhandene krampfhafte Constriction aufhob. So gelang es wirklich, ein Bougie von verhältnissmässig sehr bedeutender Stärke in die Harnröhre bis auf den Stein einzubringen. Nachdem dieses etwa 5 Minuten liegen geblieben und Pat. unterdessen aus seinem Chloroformrausch erwacht war, befahl ich demselben, während ich das Bougie langsam rotirend herauszog, stark zur Urinentleerung zu drängen. Der Stein folgte jedoch nicht, sondern blieb an derselben Stelle, und selbst nicht ein Tropfen Urin ward ausgeleert. Da es mittlerweile Abend geworden, *periculum in mora* aber vorläufig nicht vorhanden war, so verschob ich das Weitere auf den folgenden Tag.

Am 4. Juli Vormittags 9 Uhr sah ich meinen Kranken wieder. Er hatte während der Nacht und des Morgens mehrmals unter starkem Drängen und bedeutenden Schmerzen in der Harnröhre tropfenweise Urin ausgeschieden — zusammen wohl eine gute Tasse voll. Die Harnblase war daher auch jetzt nicht in bedenklicher Weise gefüllt, und der ganze Zustand des Pat. überhaupt den Umständen nach ein befriedigender. Der Stein hatte seit dem Abend zuvor seinen Sitz geändert und war bis nahe zu der Stelle, wo ich ihn das erste Mal gefunden, vorgerückt. Durch den vordern Theil der Raphe des Scrotums unter der Schambeinfuge konnte man ihn fühlen. Ich entschloss mich, Cooper's Rath zu befolgen, der dahin geht, unter solchen Umständen den Kranken, nach vorhergehender Darreichung von Brechweinstein mit Opium, auf eine halbe Stunde in ein heisses Bad zu bringen, ein dickes Bougie während dessen in der Harnröhre liegen zu lassen und dieses dann unter kräftigem Mitdrängen des Pat. langsam herauszuziehen; nicht selten soll der Stein, durch die *vis a tergo* getrieben, dem Bougie alsdann folgen. Ich hoffte dies jetzt um so eher, als der Stein auf seinem Wege zur Harnröhrenmündung ja seit Tags zuvor eine Strecke vorwärts geschritten war. Zu 6 Uhr Abend ordnete ich das heisse Bad an und liess vorher von 2 Uhr an stündlich $^1/_4$ Gran *Tart. stib.* mit $^1/_6$ Gr. Opium nehmen. Gleich nach 6 Uhr ward unter der freundlichen Assistenz des Herrn Dr. Schauer das von Cooper vorgeschriebene Verfahren sorgsamst eingeleitet — indess mit gleicher Erfolglosigkeit, wie dies am Tage zuvor unter Chloroformwirkung vorgenommene analoge Verfahren.

Demnach blieb nichts übrig, als den Stein entweder durch Extraction oder durch den Harnröhrenschnitt zu entfernen. Pat. ward sofort auf das Bett gebracht und durch Chloroform-Inhalationen in Anästhesie versetzt. Hr. Dr. Schauer leitete die Chloroformanwendung. Als Empfindungslosigkeit eingetreten war, führte ich eine am unteren Ende hakenförmig gebogene silberne Knopfsonde in die Harnröhre und suchte den Haken unter den Stein zu bringen, was auch gelang, da der letztere mit seinem längsten Durchmesser quer in der Harnröhre lag; indess das wiederholte Bemühen, den Stein zu wenden und dann zu extrahiren, misslang. Ich schritt daher unverzüglich zum Harnröhrenschnitt. Rechts neben der *Raphe scroti* wurde auf dem Stein ein beinahe $^3/_4$ Zoll langer Einschnitt gemacht, und der sehr fest eingeengte Stein mit Hülfe der gekrümmten Sonde zum Austritt durch die Wunde veranlasst. Nach dem Einlegen eines elastischen Katheters in die Harnröhre wurde die Wunde, aus welcher nur geringe Blutung stattgefunden, durch quer übergelegte Heftpflasterstreifen möglichst genau und vollständig vereinigt. Leider musste ich den Katheter gleich hernach wieder entfernen, weil er eine schadhafte Stelle zeigte und ich vom Liegenbleiben desselben Gefahr für den Kranken fürchtete. Einen zweiten, etwas stärkeren Katheter anstatt des entfernten in die Blase zu führen misslang aber, weil derselbe in der Gegend der Prostata auf ein Hinderniss (Falte der Schleimhaut) traf. Pat. blieb also ohne Katheter, und ich war nicht ohne Besorgniss, dass beim Harnlassen Urin durch die Wunde dringen und deren Heilung *per primam intentionem* hindern möchte.

Den 5. Juli. Meine Besorgniss traf nicht zu. Pat. liess während der Nacht und am Morgen einige Mal Urin, ohne dass ein Tropfen durch die Wunde getreten wäre; auch war der Schmerz während des Harnlassens in der Gegend der Operationswunde und an der Harnröhrenmündung nicht sehr bedeutend. In allem Uebrigen war das Befinden gleichfalls ganz nach Wunsch.

Den 6. Juli. Die Harnentleerung geschah nach Aussage des Kranken ohne Schmerz. Der Verband lag noch gut; nach Abnahme einiger Heftpflasterstreifen sah man, dass die Wundränder sich gut an einander schlossen und nirgends eine Harninfiltration des Zellgewebes rings um die Wunde eingetreten war. An diesem wie am vorhergehenden und an den folgenden Tagen führte ich aus Vorsicht ein Bougie in die Harnröhre bis zur Blase, um etwaige Falten- oder Granulationsbildung auf der Schleimhaut an der Wundstelle zu hindern.

In wenigen Tagen war die Schnittwunde der Harnröhre so vollständig *per primam intentionem* geheilt, dass der Pflasterverband fortgelassen und dem muthwilligen Genesenen die erwünschte Freiheit vollständig wiedergegeben werden konnte.

Als ich am 14. Juli der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin den Operirten vorstellte, war nur noch ein ½ Zoll langer röthlicher Streifen der Haut rechts neben der Raphe und darunter ein unbedeutender Wulst als Spur der früheren Wunde wahrzunehmen.

Der Stein hatte ungefähr die Gestalt und Grösse einer weissen Bohne, die er jedoch an Dicke bedeutend übertraf; eine seiner Flächen war mehr plan, die andere mehr convex. Die Oberfläche, grösstentheils von braungrauer Farbe, an einem Theile aber mit einer obersten weissen Schicht bedeckt, zeigte viele kleine höckerförmige Hervorragungen, welche dem Steine in etwas ein maulbeerförmiges Ansehn gaben. Der durch seine organisch-chemischen Leistungen rühmlich bekannte Hr. Dr. Strahl hierselbst hatte die Freundlichkeit, den Stein auf die ihn componirenden chemischen Bestandtheile zu untersuchen. Er fand darin durchaus keinen oxalsauren Kalk, welchen ich nach der äussern Gestalt des Steines und nach der — im frischen Zustande — bläulich-grünen Färbung seiner Oberfläche als den Hauptbestandtheil vermuthet hatte. Ebensowenig fand sich Kohlensäure darin. Als die integrirenden Bestandtheile des Steines wurden vielmehr theils harnsaure Verbindungen, theils Erdphosphate entdeckt. Diese zweierlei Bestandtheile, zusammengehalten mit dem eigenthümlichen Aussehen, welches nach dem Durchsägen des Steines im Querdurchmesser die Schnittflächen darboten, liessen einen sehr wahrscheinlichen Schluss auf die Art und Folge der Ablagerung der Steinelemente machen. Um den weissen Mittelpunkt des Steines lagen nämlich concentrische, leicht gerollte Schichten, dunkelgraue mit weissen abwechselnd, bald von grösserer, bald von geringerer Dicke; die äusserste Rindenschicht war dunkelgrau und gab der Oberfläche des Steins ihre meist dunkle Farbe. Der weisse Anflug an einem kleinen Theil der Oberfläche zeigte, dass im letzten Wachsthumsstadium des Steines eine weisse Schicht sich abzulagern begonnen hatte. Bestehen nun, wie nicht zu bezweifeln, die weissen Schichten vorzugsweise aus den Erdphosphaten, die dunklen dagegen aus den harnsauren Verbindungen, so muss der Harn abwechselnd zu Zeiten für die Ablagerung der Erdphosphate und zu andern Zeiten für den Niederschlag von harnsauren Verbindungen die geeigneten Bedingungen dargeboten haben, muss also dort von alkalischer, hier von saurer Beschaffenheit gewesen sein.

Herr Dr. Strahl unterzog sich auch der Mühe, den Harn, welchen Pat. vom 1. bis zum 2. Tage nach der Operation (binnen 24 Stunden) gelassen hatte, zu analysiren. Die ganze Harnmenge betrug 16 Unzen, bei 15° R. zeigte der Urin ein specif. Gew. von 1,032, die Reaction war eine sauere.

In 1000 Theilen waren enthalten:

Wasser u. flüchtige Substanzen	934,061
fester Rückstand	65,939
Harnsäure	0,403
Harnstoff	12,090
Mineralstoffe	18,421
Erdphosphate	1,780
Chlorverbindungen	3,275

Aus dieser Analyse ergiebt sich — wiewohl natürlich eine Analyse des an einem Tage gelassenen Urins keineswegs sichere positive Folgerungen gestattet, — dass der Urin des Knaben allerdings hinsichtlich seines spec. Gew. und seines relativen Gehalts an festen Bestandtheilen das von mehreren Chemikern angenommene Maximum des normalen Harns erreicht. Dagegen erscheint die Gesammtmenge der in 24 Stunden ausgeschiedenen festen Bestandtheile (= 30,838 Gramm.) durchaus nicht als eine die mittlere übertreffende, sondern eher als eine unter dem Mittel bleibende. Das bedeutende spec. Gewicht und die relativ bedeutende Quantität der festen Bestandtheile können aber um so weniger auffallen und für abnorm gehalten werden, wenn man bedenkt, dass Pat. an dem Tage, als der Urin gesammelt wurde, einerseits sich des Trinkens möglichst enthielt, weil häufiges Uriniren ihm häufiger Schmerz erregte, andererseits auch durch die sehr hohe Zimmertemperatur und den Aufenthalt im Bett nothwendig die Ausscheidung von Wasser mittelst der Transpiration sehr gesteigert sein musste; aus diesen Gründen war denn auch die Gesammtmenge des in 24 Stunden entleerten Urins eine geringe (16℥). Auch das relative Verhältniss der einzelnen festen Harnbestandtheile zu einander weicht kaum von der mittleren Norm ab.

Was die Aetiologie der Steinbildung in diesem Fall betrifft, so liefern die Anamnese so wie die übrigen individuellen Verhältnisse des Kranken so gut wie gar keinen Anknüpfungspunkt für dieselbe. Erbliche Anlage kann hier nicht statuirt werden, da weder von den Eltern noch von den lebenden 8 Geschwistern Jemand an Lithiasis oder Gicht leidet oder litt. Hat man bei Kindern häufig die Steinbildung mit vorhandener Skrophulosis oder Rhachitis in Beziehung setzen zu müssen geglaubt, so war mein steinkranker Patient jetzt und von jeher durchaus frei von skrophulösen oder rhachitischen Krankheitszufällen. Da dieser Knabe ferner, bis zum vollendeten ersten Lebensjahre von einer gesunden und kräftigen Mutter gestillt, später stets — nach Aussage der letzteren — eine zweckmässige aus animalischen und vegetabilischen Substanzen gemischte Nahrung genossen hat und seither nichts weniger als zu den Menschen von sitzender Lebensweise gerechnet werden durfte, so scheint auch von diätetischer Seite her uns kein Licht zur Erklärung der Steinbildung zu kommen. Pat. hatte jedoch 2 appetitliche Leidenschaften, die ich nicht unerwähnt lassen will und darf; er liebte sehr den frischen weissen, aus dicker Kuhmilch bereiteten Käse, welchen er an den Markttagen häufig zu speisen pflegte, und ass ausserdem alle Speisen gern stark gesalzen. Jedoch glaube ich kaum, dass sich aus Käse und Kochsalz eine einigermaassen haltbare Theorie der Steinentwicklung in diesem Falle bilden lassen wird.

Berücksichtigen wir nun die eigenthümliche geschichtete Formation des Steines und die denselben componirenden chemischen Bestandtheile, und halten damit die Beschaffenheit des analysirten Urins zusammen, so müssen wir gestehen, dass diese Verhältnisse der Annahme einer besonderen, durch Vorwalten gewisser Harnbestandtheile bedingten Diathese, welche man ehedem vom chemischen Standpunkte aus anzunehmen pflegte, durchaus nicht günstig sind. Man müsste sonst annehmen, dass bei unserem Pat. die sogenannte harnsaure und die sogenannte phosphatische Diathese, welche man als einander gegenüberstehende und einander ausschliessende zu betrachten geneigt war, im friedlichen Beisammensein bestanden oder vielmehr — der schichtenweise geschehenen Ablagerung verschiedener chemischer Steinelemente entsprechend — mit einander abgewechselt haben. Die Hauptsache bliebe dann doch noch zu erklären übrig, nämlich wie es zugegangen, dass so abwechselnd die harnsaure und die phosphatische Diathese zur Herrschaft gelangt sei.

Ich habe diese negativen Resultate der ätiologischen Betrachtung der Steinbildung in diesem Falle besonders in der Absicht besprochen, um darauf hinzuweisen, wie wenig die unter dem grössten Theil der Aerzte bisher verbreiteten Ansichten über die Ursachen der sogenannten Lithiasis *in concreto* stichhaltig sind. Zum Glück besitzen wir eine neuere Erklärungsweise der Harnsteinbildung, welche wir Scherer zu verdanken haben, und welche Lehmann in sein Lehrbuch der physiologischen Chemie Bd. 2. (Leipz. 1850) p. 406. aufgenommen hat. Scherer leitet nämlich die Entstehung der Harnsteine nicht auf sogenannte Diathesen, nicht auf das Vorwalten gewisser mineralischer Harnbestandtheile, sondern auf gewisse, schon in der Harnblase vor sich gehende Gährungsprocesse des Urins zurück. Er sucht wahrscheinlich zu machen, dass, je nach der Beschaffenheit des Harnblasenschleims und der Gegenwart gewisser, den letzteren begleitender mikroskopischen Organismen in der Blase eine sauere oder eine alkalische Harngährung eintreten könne, und dass es nur von der Beschaffenheit des Harnblasenschleimes und der Art des durch diesen eingeleiteten Gährungsprocesses abhänge, ob sich ein Harnconcrement aus Harnsäure, aus phosphorsauren Erden oder aus phosphorsaurem Ammoniak bestehend bilde. Ohne entscheiden zu wollen, ob diese Erklärungsweise auf jede Art von Harnsteinbildung Anwendung finden könne (für die Entstehung der Nierensteine passt sie entschieden nicht, wenn man nicht dem Nierenschleim dieselbe Zersetzungsfähigkeit, wie dem Blasenschleim *a priori* zuschreiben will), lässt sich doch nicht leugnen, dass die anscheinend bei normaler Nierensecretion in unserem Fall entstandene Harnsteinbildung unter schichtförmiger Ablagerung heterogener mineralischer Bestandtheile in Scherer's Theorie eine ganz befriedigende Erklärung findet. Auf welche Weise und durch welche ursächlichen Momente aber die Zersetzungsbedingungen im Harnblasenschleim zu verschiedenen Zeiten bei demselben Individuum solche Umänderung erleiden, dass zu einer Epoche bei sauerem Harngährungsprocesse harnsäurehaltige und zu einer anderen bei alkalischer Harngährung phospha-

tische Ablagerungen entstehen, das ist bisher noch unerwiesen geblieben. Möchten tüchtige, mit Ermittelung der organisch-chemischen Vorgänge sich vorzugsweise beschäftigende Forscher auf Grund genauer pathologischer Beobachtungen, welche die ärztlichen Praktiker zu liefern haben, diesem Gegenstande ihre besondere Aufmerksamkeit und ihr besonderes Studium zuwenden, damit einer wissenschaftlich geläuterten Theorie der Harnsteinbildung auch eine geläuterte und rationelle Therapie folgen könne, an welcher letzteren es leider noch so ganz fehlt.

Schliesslich will ich noch erwähnen, dass mein Pat. am 19. Juli (15 Tage nach überstandenem Harnröhrenschnitt) und an den beiden folgenden Tagen eine nicht unbedeutende Menge harnsauren Grieses bei nicht sehr dunkler Beschaffenheit, aber stark saurer Reaction des Urins ausschied. Er gebraucht jetzt Kalkwasser mit Milch und isst viel Obst, — mit welchem Erfolg, wird die Zukunft lehren.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der städtischen Kranken-Anstalt zu Königsberg in Pr.

Von

Dr. Lange.

Diabetes mellitus.

Der Factor A. M., 37 Jahr alt, rothblond, mit sehr weissem Teint, ziemlich gross und seinem Gesichtsausdruck nach an den phthisischen Habitus erinnernd, kam den 19. Mai 1850 in die Städtische Kranken-Anstalt. Mit Ausnahme eines Wechselfiebers, an welchem derselbe bereits vor mehreren Jahren gelitten, und von dem er bald wieder geheilt worden, behauptete er bis einige Wochen vor Weihnachten 1850 stets gesund gewesen zu sein. In dieser Zeit sei er ohne ihm bekannte Veranlassung von Mattigkeit befallen worden, welche seitdem sich immer gesteigert habe; dazu habe sich bald anhaltender Durst und ein überaus reichlicher Urinabgang gesellt. Stuhlverstopfung sei häufig eingetreten, der Appetit stets sehr gut, und die Menge der Nahrungsmittel, die er zu seiner Sättigung gebraucht, im weiteren Verlaufe bis jetzt ausserordentlich gross gewesen. Da trotz dieser reichlichen Nahrung die Mattigkeit bis zur Kraftlosigkeit und Arbeitsunfähigkeit sich gesteigert, und er dadurch in Gefahr gekommen, seine gute Brodstelle zu verlieren, so suchte er nun nach circa 5½ Monaten Hülfe in der Anstalt. In venere je ausgeschweift zu haben, stellte er in Abredo, ebenso den Abusus spirituosorum, und bestätigten dies spätere über ihn erhaltene Mittheilungen, nach denen M. jeder Zeit sehr einfach und nüchtern gelebt hatte.

Bei der Aufnahme stellte sich ausser den genannten Beschwerden noch heraus, dass M. keineswegs auffallend mager, die Haut nicht trocken, nicht schilfrig, nicht von Furunkeln heimgesucht, das Zahnfleisch gesund — nicht scorbutisch, und der Geschlechtstrieb gegen früher nicht geschwächt war, Fieber fehlte, die Organe der Brust und des Unterleibes waren nach der stethoskopischen Untersuchung gesund. Der während der ersten 24 Stunden gesammelte Urin betrug 6 Quart, doch stellte sich heraus, dass dies nicht die ganze Menge des von dem Kranken gelassenen Urins, ein Theil vielmehr unaufbewahrt geblieben war. In den weitern 24 Stunden wurde der Urin vollständig gesammelt, und betrug 10 Stof; derselbe war hellgelb, und enthielt nach einer genauen, von einem geübten Apotheker bewirkten chemischen Untersuchung 5,511 pCt. Zucker. Es war hiernach keinem Zweifel unterworfen, dass man einen Fall von Melliturie vor sich habe, der Kranke hatte vom 19. Mai ab, da die Krankheit sogleich für Zuckerharnruhr gehalten worden, kräftige und reichliche Fleischnahrung erhalten; vom 24. Mai ab, an welchem Tage erst die angeführten Resultate der chemischen Untersuchung vorlagen, wurde dieselbe noch verstärkt, der Kranke genoss täglich 8 Eier (vom 26—1. Juni), ein Pfund Fleisch und Fleischsuppe, 3 Portionen Braten, Milch und in Stelle der von Hointz, Häser und Anderen empfohlenen frischen Ochsengalle *Natrum bilicum*, zuerst ʒj in *Aq. destill.* ℥vj, *Sol. succ. liquir.* ʒiij, 2stündl. 1 Esslöffel; den 25. ʒij; den 27. ʒiij, den 29. ℥β; den 30. Mai ʒv; den 2. Juni ʒvj, über welche Quantität nicht gestiegen wurde. Der Erfolg davon war folgender: den 27. 9½, den 28. 8, den 29. 7½, dann bis zum 2. Juni in je 24 Stunden 7 Qrt. Urin; der Durst von Tag zu Tag vermindert, bis zum 29. Stuhlverstopfung, den 30. und 31. reichlicher breiiger Stuhlgang von natürlicher Farbe, den 1. Juni wieder unbedeutende, aber weiche Stuhlentleerung, dabei Nachts reichlicher Schweiss, und in der Nacht zum 2. Juoi 3 dünne Stuhlgänge; den 3. Juni 7¼, den 4. 6½, den 5. 6, den 6. 6½, den 7. 4¼, den 8. 1¼ und den 9. 2¾ Qrt. Urin, tagtäglich traten mehrere breiige Stuhlgänge, ja am 7. sogar 10 dergleichen ein, und obgleich nun das *Natrum bilicum* ausgesetzt wurde, so erfolgten in der Nacht zum 8. Juni doch noch 4, und während des 8—9. Morgcos 7 dünne Stuhlgänge. Obgleich nun durch die zum Theil während der Nacht eintretenden Stuhlgänge der Kranke in seiner Nachtruhe sehr gestört wurde, so war derselbe doch täglich kräftiger geworden, hatte die letzten 4 Tage auf seinen Wunsch anhaltend und mit Erfolg im Garten gearbeitet, ohne sich besonders ermüdet zu fühlen; der Durst hatte sich fast ganz verloren, der Heisshunger ausserordentlich vermindert; — der Kranke ein gutes Aussehen bekommen, und fühlte sich wieder erwerbsfähig. Diese in so kurzer Zeit eingetretene günstige Veränderung bestimmte den Kranken, trotz alles Abrathens, um seine Stelle nicht zu verlieren, die weitere Behandlung abzubrechen, und den 9. Juni die Anstalt zu verlassen.

Der am 6. Juni zuletzt chemisch untersuchte Harn, welcher viel dunkler geworden, enthielt 1,503 pCt. Zucker.

Wenn gleich der vorliegende Fall nicht vollständig geheilt wurde, so war doch nach dem Gebrauche von *Natrum bilicum*, verbunden mit einer ausschliesslich aus Fleisch etc. und animalischen Stoffen bestehenden reichlichen Diät in einer sehr kurzen Zeit eine so auffallend günstige Veränderung in dem Krankheitszustande eingetreten, dass mir in Berücksichtigung der guten Wirkung, die andere Aerzte von dem Gebrauche der frischen Ochsengalle in dieser Krankheit beobachtet haben, die Mittheilung dieses Falles gerechtfertigt schien. Nach Cloy wandelt frische Ochsengalle selbst den schon ausgeleerten harten Koth in wenigen Minuten in eine breiige Masse um, und dieselbe ist als ein ausserordentlich wirksames Mittel, welches sogar die verstopfende Eigenschaft des Opium aufhebt, bei hartnäckiger Verstopfung, besonders der Verstopfung Schwangerer bekannt, gegen welche sie auch Alnott, in Klystierform angewendet, besonders rühmt; ich kann dies bestätigen, und fand sie in einem Falle noch wirksam, in welchem vergebens Pressschwamm angewendet worden war; das *Natrum bilicum*, welches den Hauptbestandtheil der Ochsengalle bildet, bewährte diese Wirkung sehr sichtlich in vorliegendem Falle, jedoch nur erst, als es in grösseren Dosen, als man gewöhnlich empfiehlt, gegeben wurde.

Ob wohl das von Hunter-Lane empfohlene benzoësaure Ammoniak in Verbindung mit Matico wirksamer sein mag?

Miscellen.

Ueber die Nutzlosigkeit der Galle bei der Verdauung.

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Ist die Galle ein durchaus excrementitielles Product, oder hat sie eine wesentliche Aufgabe bei der Digestion zu erfüllen? Die Lösung dieser Frage hatte sich Dr. Blondlot zu Nancy in einer 1846 unter dem Titel: „*Essai sur les fonctions du foie*" veröffentlichten Druckschrift gestellt. Nun hat er eine dieselbe ergänzende Abhandlung der Akademie der Wissenschaften zu Paris (Sitzung derselben am 23. Juni 1851) eingeschickt. Er setzte in jener die Behauptung vorne an, dass, des am allgemeinsten angenommenen Ansicht zuwider, die Galle, als wahrhafter Detritus, dessen sich der Körperhaushalt auf dem Wege der Intestina entledige, keine einzige chemische Wirkung von irgend welcher Bedeutung auf die Nahrungsmittel, mit welchen sie in Berührung komme, ausübe, und dass demnach ihre Ergiessung in den Gastro-Intestinalkanal aufgehoben sein könne, ohne dass die Digestion aufhöre, sich regelmässig genug zum Unterhalte des Lebens zu vollziehen. In dieser Arbeit lenkt er die Aufmerksamkeit der Physiologen von Neuem auf das Capitalfactum seiner Brochüre, nämlich auf die Bildung von permanenten Fisteln bei lebenden Thieren, wodurch die Totalität der Galle nach aussen geführt werde, deren Normalgang sich dann obliterire.

Man erinnert sich, dass Blondlot nach einer grossen Reihe fruchtloser Versuche endlich dahin gekommen war, Fisteln dieser Art bei zwei Hunden anzulegen. Nachdem das eine dieser Thiere einen Monat ungefähr nach der Operation getödtet worden war, konnte man wahrnehmen, dass die Digestion sich sehr gut erfüllt hatte, obwohl die Verschliessung des *Ductus choledochus* sich ganz vollständig zeigte.

Das andere Thier wurde erhalten, um das Resultat des Experimentes so weit wie möglich zu verfolgen. Es war eine langhaarige Bastard-Jagdhündin (*une chienne épagneule bâtardée*), welche ein

Alter von 3—4 Jahren hatte, als sie operirt wurde. Auf das Land geführt, lebte sie daselbst in völliger Freiheit. Ihre Gesundheit war dermaassen gut, dass sie einen Theil der Zeit mit Eifer auf die Fährte ging und jedes Jahr Junge warf. Ihr Appetit war vortrefflich und ihre Kothabgänge erschienen farblos. Inzwischen hörte die Galle nicht auf, mit ihren gewöhnlichen Charakteren aus der Fistel zu fliessen, allein in einer einigermaassen intermittirenden Weise, so dass, wenn das Thier nüchtern war, kaum einige Tropfen flossen, während diese Flüssigkeit einige Minuten nach der Ingestion von Alimenten in grosser Menge hervortrat, und ihr Abfluss die ganze Zeit der Digestion hindurch fortdauerte. Dieser Zustand währte 5 Jahre. Dann gerieth das Thier einige Zeit in Verfall und starb, ohne irgend einen bemerkenswerthen Zwischenfall darzubieten.

Die in Gegenwart eines Theils der Professoren und Eleven der Vorbereitungsschule der Medicin unternommene Autopsie des Thieres liess Folgendes constatiren:

Die Organe der Brust und des Bauches gesund, ausgenommen die Leber, welche zusammengeschrumpft, hart, auf ihrer Oberfläche mit gelben Punkten übersäet war und den Anblick einer cirrhösen Beschaffenheit darbot. Solide Adhärenzen vereinigten den unteren Theil *(le bas-fond)* der Blase mit den Abdominalwänden in der Gegend der Fistel. Uebrigens war dieser Behälter keineswegs auf einen einfachen Kanal zurückgeführt. Obgleich leer, hatte er seine birnförmige Cavität und seine Dimensionen dennoch behalten, was davon herrührte, dass seine Wände beträchtlich verdickt waren. Der *Canalis cysticus*, sehr erweitert, schien die Fortsetzung des *Ductus hepaticus* zu sein. An ihrem Vereinigungspunkte sah man aber sehr deutlich den Anfang des *Ductus choledochus*, der sich plötzlich in einen Cul-de-sac endigte. Diese verschiedenen Kanäle waren sehr dilatirt und ihre Wandungen verdickt. Von Seite des Zwölffingerdarmes existirte nicht mehr die mindeste Spur des *Ductus choledochus*, und die allerminutiöseste Zerlegung vermochte nichts an demselben zu entdecken, was einem supplementären Gange hätte ähnlich sein können.

Es haben alle Personen, welche der Autopsie assistirten, die absoluteste Ueberzeugung gewonnen, dass kein einziger Kanal, weder ein natürlicher, noch ein accidenteller, die Galle in den Darm geleitet hätte. Aus diesem Experimente zieht Dr. Blondlot die Schlussfolgerung, dass die Galle in der Wirklichkeit keine einzige wesentliche Rolle bei der Verdauung zu vollführen habe, woraus sich ergebe, dass dies Fluidum wie ein Detritus betrachtet werden müsse, der, bevor er gänzlich aus dem Körper geschafft werde, ihm noch einige Dienste von sehr secundärer Wichtigkeit leiste, sei es, indem er dazu beitrage, mit den übrigen Schleimfeuchtigkeiten die fetten Stoffe zu emulsionniren, sei es, dass er die Därme gegen die Schärfe des Chylus schütze, dessen Säure er zum Theil neutralisire und dessen Fortgang er durch seine ölige Beschaffenheit begünstige, was hinreiche, die constante Lage seines Ausführungsganges unmittelbar unter dem Magen zu erklären.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baiern. Dem Stabsarzte vom 2. Armeecorps Dr. F. Sommer das Ritterkreuz des kurf. hess. Hausordens vom goldenen Löwen.

Grossh. Hessen. Dem Prof. Dr. Frhr. v. Liebig in Giessen das Comthurkreuz des k. k. österr. Franz-Joseph-Ordens.

Kurhessen. Dem Geh. Med.-Rathe Prof. Dr. Heusinger in Marburg, Kreisphysicus Dr. K. Schreiber zu Eschwege das Ritterkreuz des k. bair. St. Michaels-Ordens.

Preussen. Dem prakt. Arzte Dr. v. Pommer-Esche zu Stralsund der Rothe Adler-Orden vierter Klasse.

Todesfälle. Preussen. Der prakt. Arzt Dr. Degreck am Arresthause zu Köln.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

12. Specielle Pathologie und Therapie.

g. Hautkrankheiten.

(Fortsetzung aus No. 22.)

Alquié, Ueber Hautkrankheiten. Rev. thér. du midi 3.
v. Basedow, Vaccination. Casper's Wochenschr. 33.
Bayard, Ueber *Gastro-Enteritis variolosa* vor und seit der Einführung der Vaccination. L'Union 35. Gaz. des hôp. 23.
Bell, Ueber Scharlachfieber. Monthly Journ., Aug.
Betz, Ueber die Scharlachkrankheit und den *Rheumatismus acutus*. Journ. f. Kinderkrankh., Mai, Juni.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Boder, Zur Therapie der Krätze. Zeitschr. d. Chir.-Ver. V. 1.
Cazenave, Ueber inoculirtes Ecthyma. Gaz. des hôp. 27.
Döderlein, *Gangraena epidermica cum hemiplegia ex revaccinatione.* Deutsche Klinik 32.
Duchesne-Duparc, Ueber die Nothwendigkeit einer depurativen Behandlung bei am Porrigo leidenden Kindern. Gaz. des hôp. 19.
Hutin, Ueber eines an Variola Verstorbenen, welche eine grosse Quantität Luft entbielt, ohne ein weiteres Zeichen der Fäulniss zu zeigen. Ibid. 24.
Knox, Ueber Exantheme. Lond. Journ., April.
Krause, Bericht über die im Jahre 1850 auf Prof. Hebra's Klinik und Abtheilung für Hautkranke im k. k. allgemeinen Krankenhause beobachteten Fälle. Wiener Zeitschr., Juni.
Küchenmeister, Ein experimenteller Versuch über die Tödtlichkeit der verschiedenen gegen die Krätze empfohlenen Mittel, sowie eine Classification derselben. Deutsche Klinik 34.
Lafitte, Ueber einen Fall von Pellagra. Rev. thér. du Midi 4.
— Ueber Erysipelas. Ibid.
Laffore, Ueber Vaccination und Revaccination. Journ. de Bord., Febr.
Laycock, Ueber ein neues epidemisches Exanthem. Dubl. Press 635. Med. Times, März.
Lode, Ein Fall von Ichthyosis in seltener Ausdehnung — nebst einigen Bemerkungen über das Wesen der Krankheit. Journ. f. Kinderkrankh., Mai, Juni.
Lohmeyer, Resultate der Revaccination in der k. preussischen Armee im Jahre 1850. Pr. Vereins-Ztg. 26.
Mende, Ueber Krätze. Hannov. Corr.-Bl. II. 3.
Neligan, Ueber Hautkrankheiten des Gesichts. Dubl. Journ., Mai.
Parant, Ueber *Erysipelas internum*. Journ. de Toul., März.
Schönfeld, Bericht über Hautkrankheiten und venerische Affectionen, die in der Klinik des Professor Thiry beobachtet wurden. Presse méd. 12. 14. 15.
Siebert, Aus dessen Klinik. (Rheumarthritis und Scarlatina.) Deutsche Klinik 26.
Simon, Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Berlin. 2. Aufl.
Ullmann, *Erysipelas gangraenosum faciei*. Ungar. Zeitschr. 44.
Vidal, *Variolois* und *Variola confluens* bei demselben Individuum im Verlauf weniger Tage. Gaz. méd. de Montp. 12.

h. Syphilis und Tripper.

(Fortsetzung aus No. 22.)

Auzias-Turenne, Ueber Syphilisation oder Vaccination der Syphilis. Arch. génér., Juni, Aug.
Bourdeville, Ueber Inoculation der secundären Syphilis. L'Union 18.
Bourguet, Fall von syphilitischen Excrescenzen um die Glottis herum, die eine tödtliche Asphyxie zur Folge hatten. Gazette médicale de Paris 17.
de Castelnau, Ueber Inoculation der secundären Syphilis. Gaz. des hôp. 19. 49.
Chausit, Schuppige primitive Syphilide, Iritis, Heilung durch die Schmierkur. Ibid. 38.
Consiliarius der therapeutischen Syphilis von einem prakt. Arzt. Wien.
Depaul, Ueber *Syphilis congenita*. Gaz. des hôp. 50. 51.
Doutseb, Ueber Syphilis bei Kindern. Journ. f. Kinderkr., März, April.
Droste, Zur Streitfrage über Inoculation der secundären Syphilis. Deutsche Klinik 32.
Franz, Ein Fall von Syphilidopemphix. Pr. Vereins-Ztg. 31.
Gordon, Statistische Bemerkungen über die syphilitischen Affectionen im 54. Regiment. Dubl. Press 634.
Liman, Ricord's Briefe über Syphilis. Deutsch bearbeitet. Berlin.
Milton, Ueber Gonorrhöe. Med. Times, Febr.
Ressiguier, Ueber Syphilis. Gaz. méd. de Montp. 11.
Ricord, Briefe über Syphilis. L'Union 26. 32. 44.
Sigmund, Bericht über die Abtheilung und Klinik für Syphilis im allgemeinen Krankenhause zu Wien. Deutsche Kl. 23. 24. 26. 28. 29.
Solly, Ueber brandigen Bubo. Lond. Journ., April.
Stark, Fälle, durch die es bewiesen wird, dass die secundäre Syphilis ansteckend ist. Edinb. Journ., April.
Tronsin, *Préservation de la Syphilis et de son extinction dans l'armée et dans les maisons de tolérance. Traitement préservatif et curatif de cette maladie, des dartres et des affections scrofuleuses.* Paris.
Vidal (de Cassis), Ueber Inoculation des syphilitischen Ecthyma. Gaz. des hôp. 20. 22. Ann. d. malad. de la peau, Febr., März.
— Ueber Inoculation der secundären Syphilis. L'Union 19.
Waller, Weitere Beiträge betreffend die Contagiosität der secundären Syphilis, nebst einem Anhange über die Inoculation der Syphilis bei Thieren. Prager Vierteljahrs-Schr. III.

Sonnabend, № 38. 20. September 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Beobachtungen über Herniotomie.

Aus den Notizen des verstorbenen Medicinalrathes Dr. Lanz in Rüdesheim bearbeitet und mitgetheilt von

Hofrath Dr. L. Spengler in Herborn.

Die Verschiedenheit der Umstände, welche bei den Brüchen beobachtet wird, und die Mannichfaltigkeit dessen, was der Wundarzt bei der Heilung derselben thun muss, ist so gross, dass in der That der Wundarzt in wenig Krankheiten so viel Einsicht, Erfahrung, Aufmerksamkeit und Geschicklichkeit nöthig hat, als bei dieser. Dieser Ausspruch Richter's in seiner Abhandlung von den Brüchen, welches Werk nebst seiner Wundarzneikunst, trotz der neuesten Bereicherungen der Chirurgie, in vieler Beziehung noch als klassisch zu betrachten ist, wie es sich ja auch noch Dieffenbach als Muster und Vorbild aufgestellt hat, beweist die Wichtigkeit des fraglichen Gegenstandes zur Genüge, und es bedarf wohl nicht erst der Rechtfertigung, wenn die seit einer Reihe von Jahren von einem gewiegten Praktiker gemachten Erfahrungen darüber der Publicität übergeben werden. Der Operateur war zu bescheiden, um zu glauben, dass er etwas Neues zu Tage fördern werde, was nur von den Heroen unserer Kunst, die das Glück haben, Hospitälern vorzustehen, oder in grossen Städten einen ausgedehnten Wirkungskreis haben, zu erwarten wäre. Die Mannichfaltigkeit jedoch und der Umstand, dass fast jeder Bruch ein anderer ist und seine besonderen Eigenthümlichkeiten hat, dürfte bei den Collegen, die reges Interesse für diesen Gegenstand haben, Ursache genug sein, warum es keiner Entschuldigung bedarf, die nachstehenden Beobachtungen über einen so wichtigen Gegenstand zu veröffentlichen. Es werden dann auch die Fehler, die Jeder zu machen mehr oder minder in den Fall gekommen ist, mit Nachsicht beurtheilt werden, wohl wissend, dass das Krankheitsbild *in concreto* ein ganz anderes ist, als *in abstracto*, wie es uns die Compendien malen. Wie oft begegnet es uns, dass wir bei Operation eines Bruches nicht selten Schichten von hautartigen Gebilden, von Fett, von Exsudatmassen etc. finden, die weit von der Norm abweichen, die in der sorgfältigsten Beschreibung einer Hernie nicht zu finden sind! Aus diesen Gründen wollte der Operateur selbst seine Erfahrungen dem ärztlichen Publikum übergeben, und begann mit der Sammlung und Ordnung seines Materials. Doch es war ihm nicht vergönnt, die letzte Feile anzulegen: der Tod überraschte ihn in seinen besten Jahren. Ich habe mir nun aus Hochachtung für den Verstorbenen die Mühe genommen, die Notizen zu ordnen und zu bearbeiten, und übergebe hiermit die reichen Erfahrungen einer Privat- und Landpraxis den Annalen der Wissenschaft, indem sie gewiss der Hospitalpraxis gegenüber ein nicht unbedeutendes Gewicht haben werden.

1. Herniotomie bei einem 8 Jahre alten Knaben. Heilung.

Angeborener Leistenbruch auf der linken Seite bei einem zarten, sonst gesunden, achtjährigen Knaben, der schon häufig Incarcerationen überstanden hatte. Die jetzige dauerte seit ungefähr 24 Stunden, und war, wie sich unten ergeben wird, höchst wahrscheinlich durch Traubenkerne veranlasst worden. Die Symptome der Enteritis steigerten sich bis zu anhaltendem Erbrechen; Fieber war sehr heftig. Es wurden ausgiebige allgemeine (zwei Aderlässe) und örtliche Blutentleerungen gemacht, kalte Aufschläge auf den Bruch gelegt, der Kranke in ein warmes Bad gesetzt, Tabacksklystiere gegeben, eine Oel-Emulsion gereicht, und die Taxis vergeblich versucht. Es wurde deshalb zur Operation geschritten. Der eingeklemmte Bruch bildete eine längliche, etwa $1\frac{1}{4}$ Zoll im Durchmesser betragende, nach dem Bauchringe etwas schmäler zulaufende, gespannte Anschwellung, die sehr schmerzhaft war; der Hoden war an der Basis der Geschwulst undeutlich zu fühlen. Nach dem Hautschnitte wurde das Fett weggenommen, dabei aber die *Arteria pudenda externa* verletzt, die sogleich unterbunden wurde. Nach Eröffnung des nicht fluctuirenden und nur wenig Flüssigkeit enthaltenden Bruchsackes fand sich der Darm mit demselben verklebt; die Ad-

Feuilleton.

Verzeichniss der medicinischen und naturwissenschaftlichen Vorlesungen auf der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin im Winter 1851—52.

(Schluss aus No. 37.)

Naturwissenschaften.

Experimentalphysik liest Hr. Prof. Magnus 5 Mal wöch. v. 12—1 U. privatim.

Experimentalphysik, Hr. Prof. Dove 4 Mal wöchentlich Mittw. und Sonnab. von 3—5 U. privatim.

Die Mechanik und deren Anwendung auf die einzelnen Capitel der Physik liest Hr. Prof. Ad. Erman Dienst., Donnerst. und Freit. von 3—5 U. privatissime.

Die Gesetze der Schwere und die Wärmelehre wird Hr. Dr. Wiedemann Dienst. u. Donnerst. von 10—11 U. unentgeltlich vortragen.

Akustik liest Hr. Dr. Beetz Freit. von 10—11 U. unentgeltlich mit Versuchen.

Galvanismus und Magnetismus, derselbe Dienst. von 3—5 U., Freit. von 4—5 U. privatim, mit Versuchen.

Zu Privatissimis über Physik erbietet sich derselbe.

Physikalische Colloquia leitet Hr. Prof. Magnus privatissime.

Allgemeine Geschichte der Physik, von Newton bis auf die neueste Zeit, trägt Hr. Prof. Poggendorff Mittw. und Sonnab. von 11—12 U. öffentlich vor.

Physik der Erde oder die geographischen Erscheinungen in ihrem wissenschaftlichen Zusammenhange liest Hr. Prof. Ad. Erman Dienst., Donnerst. und Freit. von 5—6 U. öffentlich.

Physikalische Geographie, Hr. Dr. Schlagintweit Mont., Dienst. und Donnerst. von 4—5 U. privatim.

Meteorologie liest Hr. Prof. Dove Dienst. u. Freit. v. 6—7 U. öffentl.

Ueber die Phänomene der Gletscher, Hr. Dr. Schlagintweit Sonnab. von 12—1 U. unentgeltlich.

Einleitung in die medicinische Klimatologie, Hr. Dr. A. Schultz Dienst., Donnerst. und Freit. von 9—10 U. privatim.

häsionen waren frisch und liessen sich leicht durch den Scalpellstiel lösen. Das untere Ende des Darmes aber war mit der Albugioea fest verwachsen, jedenfalls in Folge früherer Entzündungsprocesse; die Verwachsung musste mit dem Messer getrennt werden. Es wurde der Bauchring nach oben eingeschnitten, der gewöhnliche Verband angelegt und eine Emulsion verordnet. Der Verlauf hatte nun nichts Eigenthümliches, nur dass 3 Tage hindurch eine Menge Hülsen und Kerne von Trauben entleert wurden, nebst verhärteten Kothklumpen und vielen Würmern. — Genesung.

2. Operation einer *Hernia cruralis*. Künstlicher After. Heilung.

Der Verlauf dieser Operation hat manches Eigenthümliche, und zeigt namentlich, wie viel die Heilkraft der Natur bei einem künstlichen After vermag, wenn dieselbe nur einigermaassen von der Kunst unterstützt wird. Der Bruch war eine alte *Hernia cruralis* von der Grösse eines Taubeneies bei einer schwächlichen Frau von einigen 40 Jahren. Nachdem die Einklemmung 5 Tage gedauert hatte, wurde erst ärztliche Hülfe begehrt. Da zeigte sich der Leib sehr aufgetrieben, höchst schmerzhaft; die Schmerzen dauerten nicht beständig an, sie setzten manchmal aus, einmal sogar einen ganzen Tag. Anfangs trat häufiges Würgen und Erbrechen, jedoch ohne alle kothige Beimengung, ein, das später aufhörte; auf Klystiere gab es eine einmalige Stuhlentleerung; hernach Stuhlverhaltung; das Fieber war nicht sehr bedeutend, aber eine ungewöhnliche *Prostratio virium* eingetreten. Der geringe Umfang des Bruches liess einige Zweifel in der Diagnose, man war versucht, die Geschwulst für eine angeschwollene Drüse zu halten. Nach fruchtlosen Versuchen der Taxis und den übrigen gebräuchlichen Mitteln (Klystiere, Blutegel, kalte und warme Umschläge, Emulsionen) wurde am 7. Tage die Operation zugelassen. Nach dem Hautschnitte, der der Länge nach gemacht wurde, zeigte sich die Muskelscheide sackartig ausgedehnt, so dass sie für den Brucksack gehalten werden konnte; allein nach Eröffnung dieses Sackes kam erst der Bruchsack. Dieser war sehr degenerirt, hier und da wie brandartig, und ohne alles Wasser. Der Darm war mit dem Bruchsack fest verwachsen, so dass die Adhäsionen mit dem Messer getrennt werden mussten. Nach Einschneiden des Gimbernat'schen Bandes wurde der livide Darm reponirt. Bald nachher mehrere copiöse Stühle, worauf der Leib beifiel und die entzündlichen Symptome sich milderten. Die nächsten 3 Tage wiederholten sich die Stuhlentleerungen, es trat Schweiss und Nachlass des Fiebers ein. Vom 5. Tage an wurde statt des bisher verabreichten Ricinusöls aus Ersparniss *Ol. Crotonis* in Pillenform gereicht, um so mehr, da der entzündliche Zustand verschwunden, und die torpide Constitution der Kranken keine Contraindication bot. Nach Verbrauch eines Grans stellte sich Erbrechen von kaffeeartiger Flüssigkeit mit unerträglichem Kratzen im Halse, Leibschmerzen und sichtlicher Verschlimmerung des Zustandes ein. Das Crotonöl wurde sogleich ausgesetzt; worauf es alsbald wieder besser ging; der Leib blieb offen, war fast ganz unschmerzhaft und beigefallen, das Fieber unbedeutend. Als am 8. Tage nach der Operation der Verband weggenommen wurde, fand sich Koth, ein todter Spulwurm und ein längliches Stück Haut, dem Anschein nach vom Darm, in der Wunde. Das Hautstück schien nicht vom ganzen Umfang des Darmes abgestossen zu sein, sondern nur von der Hälfte desselben, und war in der Mitte etwa in der Grösse einer Flintenkugel perforirt. Man konnte deutlich die Längsfasern, aber nicht mit Bestimmtheit die innere Haut unterscheiden. Ein dauernder After schien unvermeidlich. Die Wunde wurde locker verbunden, ein Bourdonnet eingelegt und eine Oel-Emulsion gereicht. Vergebens wurde aber Kothabgang durch die Wunde erwartet, es zeigte sich sogar im ganzen Verlauf nicht eine Spur von Koth mehr in derselben, dagegen wurden zwei Nachttöpfe voll dünnflüssiger, mit harten wallnussgrossen Knollen vermischter Fäces per anum entleert. Das Befinden der Patientin war bis zum 12. Tage erwünscht, die Wunde hatte ein gutes, granulirtes Aussehen, der Appetit hatte sich eingestellt. Jetzt verschlimmerte sich der Zustand wieder, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, fauliges Aufstossen, Spannung des Leibes, copiöse, dünne, mit festen Kothmassen vermengte Stühle, der Puls sehr klein und schwach, grosse Schwäche, viel Durst. Es ging abermals ein Stück vom Darm oder Bruchsack, was nicht genau unterschieden werden konnte, aber kein Koth, durch die Wunde ab. Am 13. Tage trat Besserung ein, häufige Stuhlentleerungen, und dabei Abgang eines häutigen Stükkes per anum, der Leib war nicht mehr schmerzhaft und ganz beigefallen. Die Wunde fing nun an, sich aus der Tiefe zu schliessen, granulirte langsam, und nach 4 Wochen war die Wunde vernarbt, sowie die Frau gesund.

3. Angeborener Leistenbruch v. enormer Grösse. Tod.

Der $5\frac{1}{2}$ Jahre alte Knabe von gesundem Ansehen hatte eine Hernie linker Seits mit zur Welt gebracht, die in den ersten Jahren durch ein Band zurückgehalten wurde. Es wurde dies zwar später noch immer applicirt, war aber ganz zwecklos, so dass der Bruch stets grösser wurde, und den Umfang und die Länge fast einer Champagnerflasche erreichte und sich bis in die Nähe des Knies herabsenkte. Schon früher, aber besonders seit einem halben Jahre, traten Störungen der Leibesöffnung ein, Verstopfung, öfteres Erbrechen, Schmerz im Leibe etc., welche Zufälle seit Kurzem bedeutend zugenommen und den Knaben öfters in die augenscheinlichste Lebensgefahr gebracht haben. Von vielen Aerzten waren Repositionsversuche gemacht worden. Mit vieler Mühe und grösster Ausdauer vermochte man zu verschiedenen Zeiten die Geschwulst bis zur Hälfte etwa zu verkleinern. Unter diesen Umständen erschien die Operation indicirt, denn der Knabe war schon jetzt in hohem Grade beim Gehen gehindert, und es stand zu erwarten, dass durch Vergrösserung des Bruches sich dieser Uebelstand noch vermehren würde; ferner fanden öfters Einklemmungen, Dislocationen der Gedärme statt, wie die eben angeführten Symptome darthun, und die Verwachsungen vervielfältigten sich, und endlich war die Taxis unmöglich. Mehrere consultirte Aerzte theilten diese Ansicht. Die Ansichten über Zulässigkeit der Radicaloperation beweglicher Brüche sind bekanntlich sehr getheilt, Manche lassen sie gar nicht, Manche nur unter gewissen Umständen zu. Darin stimmen jedoch die meisten Chirurgen überein, dass im jugendlichen Alter, bei grossen Brüchen, die nicht reponibel, theilweise verwachsen und durch kein Bruchband zurückzuhalten sind, die Operation erforderlich ist. Die Operation im fraglichen Falle ging im Ganzen leicht von Statten. Es wurde die Reposition zuerst ohne Erweiterung des Leistenringes versucht, allein vergeblich. — Im Brucksack lag ein ungeheures Convolut von Gedärmen mit dem *Coecum* und dem *Processus vermiformis*, die grossentheils dunkelroth, und theilweise, jedoch nicht intensiv, unter sich und mit dem Bruchsacke verwachsen waren. Erst nach ergiebigem Einschneiden und Lösung der Verwachsungen mit dem Finger gelang die Reposition, die besonders durch das beständige Schreien und Drängen des Knaben erschwert wurde. Schon am 3. Tage zeigten sich alle Symptome von Enteritis und Peritonitis, tympanitische Auftreibung des Leibes, heftige Schmerzen in demselben, häufiges Erbrechen, Verstopfung; trotz vieler Klystiere keine Oeffnung, Fieber, kleiner, schneller Puls etc.

Ueber die Heilsamkeit des Klima's von Italien, namentlich Roms und Neapels, derselbe Sonnab. von 10—11 U. unentgeltlich.
Experimentalchemie liest Hr. Prof. Mitscherlich täglich v. 11—12 U. privatim.
Experimentalchemie, Hr. Prof. H. Rose 6 Mal wöchentl. v. 9—10 U. privatim.
Pflanzen- und Thierchemie lehrt Hr. Prof. Mitscherlich Mont., Mittw. und Sonnab. von 8—9 U. privatim.
Die chemischen Gesetze und Theorien erläutert Hr. Prof. Rammelsberg 1 Mal wöchentlich öffentlich.
Unorganische Pharmacie, Hr. Prof. H. Rose Mont., Mittw. und Freit. von 10—11 U. privatim.
Die chemischen Grundsätze der Metallurgie und Hüttenkunde lehrt Hr. Prof. Rammelsberg 3 Mal wöchentlich privatim.
Praktische Uebungen in analytisch-chemischen Arbeiten leitet Hr. Prof. Rammelsberg im Laboratorium täglich privatissime.
Mineralogie wird Hr. Prof. Weiss vortragen in 6 Stunden wöchentlich von 12—1 Uhr.
Mineralogie wird Hr. Prof. G. Rose 5 Mal wöchentlich Mont., Dienst., Mittw., Donnerst. und Freit. von 2—3 U. privatim vortragen.
Krystallographie, Hr. Prof. Weiss Mont., Dienst., Donn. u. Freit. v. 10—11 U.
Versteinerungskunde liest Hr. Prof. Beyrich 4 Mal wöchentlich Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. von 5—6 U. privatim.
Ueber den geognostischen Bau des Harzes Mittw. von 5—6 U. derselbe öffentlich.
Allgemeine Geognosie, verbunden mit Demonstrationen, liest Hr. Dr. Gumprecht privatim wöchentlich Mont., Dienst., Donn. u. Freit. v. 3—4 U.
Ueber die charakteristischen Versteinerungen der Formationen wird derselbe 2 Mal wöchentlich Mittw. u. Sonnab. unentgeltlich vortragen.
Allgemeine Naturgeschichte liest Hr. Dr. Koch 4 Mal wöchentlich von 3—4 U. Mont., Dienst., Donn. und Freit. privatim.
Naturgeschichte der Hausthiere, Hr. Prof. Störig Mittw. v. 10—11 U. öffentl.
Allgemeine Zoologie, mit Wiederholungen in der zoologischen Sammlung, täglich von 1—2 U. Hr. Prof. Lichtenstein.
Allgemeine Anatomie oder Gewebelehre trägt Mittw. und Sonnab. von 9—10 U. Hr. Dr. Schultz privatim vor.
Ueber Entomologie liest Hr. Prof. Klug wöchentlich 2 Mal öffentlich.
Entomologie wird 2 Mal wöchentlich von 4—5 U. privatim Hr. Dr. Schaum vortragen.

Einige Stunden vor dem an demselben Tage erfolgten Tode ein ergiebiger fäculenter Stuhl und Erbrechen chocoladeähnlicher Flüssigkeit.

Die Section ergab zwischen den Windungen der Gedärme, welche geröthet waren, eitriges und plastisches Exsudat in nicht sehr grosser Menge. Das Peritonäum der Bauchdecken zeigte deutlich die Spuren der Entzündung, war geröthet und mit Exsudat bedeckt. *Coecum* und *Processus vermiformis* war links gelagert, wie schon oben bemerkt; das *Colon ascendens* war ganz aus seiner natürlichen Lage gedrängt und war nicht von den kleinen Gedärmen bedeckt, sondern auf denselben gelagert; sein Lumen um die Hälfte verkleinert durch das beständige Dehnen und Zerren der im Hodensack gelegenen Gedärme.

Die Hauptursache der so schnell tödtlich verlaufenen Entzündung ist wohl hauptsächlich in dem Umstande zu suchen, dass die Bauchhöhle, seit Jahren eines grossen Theils der Gedärme beraubt, dieselben jetzt wieder auf einmal aufnehmen, wodurch Zusammenpressen etc. stattfinden musste. Auch wurde in der Unterleibshöhle eine solche Raumverminderung gesetzt durch das Zurückbringen der Gedärme in diese, dass die zurückgebrachten Eingeweide dieselben Symptome der Einklemmung verursachten, wie im gewöhnlichen Fall beim Austreten der Gedärme in einen Bruchsack. Sodann wurden die schon vor der Operation in einen Reizungszustand versetzten Gedärme durch die mühsame Operation immer mehr irritirt. Man hätte vielleicht besser gethan, die Reposition nicht auf einmal, sondern in Zwischenräumen zu versuchen. So sehr Dieffenbach gegen die Operation eines nicht eingeklemmten verwachsenen Darmbruches ist, und so sehr er bei Einklemmungen zur Vorsicht räth, so giebt er doch zu, dass dringende Umstände dieselbe nöthig machen können, wobei die verschiedenartigen Verwachsungen gelöst und dann der Darm reponirt werden muss. Jedoch hat man bei der Operation grosser Scrotalbrüche immer die wenigsten Chancen für einen glücklichen Ausgang.

4. Operation eines incarcerirten äusseren Leistenbruches. Heilung.

Bei einer 36 Jahre alten Frau, die seit drei Wochen Wöchnerin, dabei aber gesund war und eine kräftige Constitution hatte, entstand Einklemmung ihres äusseren Leistenbruches. Als ärztliche Hülfe verlangt wurde, soll die Einklemmung schon 8 Tage bestanden haben. Da nun bereits drohende Symptome vorhanden, und alle Mittel zur Reposition fruchtlos blieben, so wurde in der Nacht die Operation gemacht. Neben dem Darm war entartetes und verwachsenes Netz vorgefallen, das gelöst, abgeschnitten, ohne Unterbindung der Gefässe reponirt wurde. Der fernere Verlauf bot nichts Bemerkenswerthes mehr dar. Die Frau konnte nach 3 Wochen das Bett verlassen.

5. Operation eines alten Leistenbruches. Heilung.

Ein dem Trunke ergebener Mann hatte seit 5 Wochen eine *Fract. comminuta* des Unterschenkels erlitten; in deren Folge trat Gangrän ein, worauf eine schlechte Eiterung sich einstellte; später stiessen sich mehrere Knochenstücke ab. Der Kranke hatte im Bett das Bruchband abgelegt. Erst 4 Tage nach der Einklemmung wurde der Arzt von dem gefahrvollen Zustande in Kenntniss gesetzt. Alle Zeichen der Entzündung waren vorhanden, gegen die alle Mittel, unter denen besonders Blutentziehungen, vergebens angewendet wurden. Die Taxisversuche blieben ohne Erfolg. Die Geschwulst hatte die Grösse einer Mannsfaust. Da nach Klystieren ziemlich viel Koth entleert wurde, und das Volumen für einen Littre'schen Bruch zu bedeutend war, so wurde ein Netzbruch diagnosticirt. Bei der Operation zeigte sich die Richtigkeit der Diagnose. Das sehr entartete Netz lag in der Grösse einer Faust unmittelbar auf der *Tunica vaginalis propria testis* — (*Hernia congenita*). Die ganze Partie wurde abgeschnitten, die einzelnen Gefässe torquirt und ohne Unterbindung reponirt. Der Verlauf war regelmässig. Die Bruchwunde heilte viel schneller, als die des Unterschenkels.

6. Operation eines alten Schenkelbruches bei einer 56jährigen Frau. Heilung.

Eine 56jährige Frau von guter Constitution hatte seit langer Zeit einen Schenkelbruch rechterseits, aber, da sie die Natur der Geschwulst nicht kannte, kein Bruchband getragen. Sie litt jetzt seit 14 Tagen an Leibesverstopfung, und höchst wahrscheinlich seit 8 Tagen an Incarceration mit den gewöhnlichen Erscheinungen: Erbrechen, Schmerz im Leibe, Fieber etc. Anfangs wurde dieser Krankheitszustand misskannt und als gastrisches Fieber behandelt. Erst als die Zufälle zunahmen, wurde nach einer Geschwulst in der Leistengegend inquirirt, allein eine verneinende Antwort gegeben, womit der Arzt sich beruhigte und aus Decenz gegen die alte Dame die Manualuntersuchung unterliess. Den folgenden Tag wurden die Zufälle der Enteritis drohender, und es stellte sich Kothbrechen ein. Trotz des heftigen Widerstrebens der Patientin wurde jetzt die Inguinalgegend untersucht, und zum grossen Schrecken eine incarcerirte Inguinalhernie gefunden. Jetzt erst gestand die Kranke, dass sie schon lange damit behaftet sei, dies Ding aber für einen Gichtknoten gehalten habe. Blutegel, Cataplasmen etc. waren schon seit mehreren Tagen applicirt worden; es wurde jetzt die Taxis versucht, und zwar sowohl in verschiedenen Lagen im Bett, als im Bade, jedoch vergeblich. Nicht ohne grosse Mühe wurde die Einwilligung zur Operation erlangt. Die Blosslegung des Bruchsackes war wegen grosser Fettanhäufung sehr schwierig. Die Darmschlinge sah ganz dunkel aus, war collabirt, so dass man auf eine Perforation gefasst sein musste; sie wurde jedoch, nachdem die ziemlich festen Adhäsionen am Bauchring gelöst waren, zurückgebracht. Das Kothbrechen dauerte noch 12 Stunden fort, es erfolgten aber nebenbei auf Klystiere reichliche Stühle. Es wurden 12 Blutegel gesetzt, *Ungt. neapol.* eingerieben, Cataplasmen aus *Spec. emoll.* und *Herb. Hyosc.* gemacht, und unter öfterer örtlicher Blutentziehung erholte sich die Kranke langsam, aber vollkommen, ohne dass die Befürchtung eines künstlichen Afters sich realisirt hätte. — Dieser Fall giebt besonders einen Beitrag zum *savoir faire* des Arztes, indem man sich durch eine übel angebrachte Decenz nie von einer Manualuntersuchung abhalten lassen soll!

7. Operation eines alten äusseren Leistenbruches. Heilung.

Eine gesunde Förstersfrau von einigen 40 Jahren hatte schon seit mehreren Jahren einen Bruch, der oft in der Grösse eines Hühnereies vorgetrieben wurde. Obgleich der Bruch oft vorgefallen, jedoch durch Hausmittel (warme Tücher etc.) zurückgebracht wurde, hatte die Frau dennoch die Unvorsichtigkeit, kein Bruchband zu tragen, obschon sie die schwersten Arbeiten verrichten musste. Durch schweres Heben hatte sich jetzt der Darm eingeklemmt, und als der Arzt hinzukam, hatte die Incarceration bereits 8 Tage bestanden. Da die Geschwulst nicht grösser als ein Ei war, so war es deshalb nicht leicht zu unterscheiden, ob man einen Inguinal- oder Cruralbruch vor sich hatte. Enteritis war in hohem Grade ausgebildet, der Leib war stark aufgetrie-

---

Medicinische Zoologie wird derselbe 2 Mal wöchentlich von 4—5 U. privatim vortragen.

Naturgeschichte der Krebse und Spinnen liest derselbe 1 Mal wöchentlich von 4—5 U. unentgeltlich.

Allgemeine Botanik trägt vor Hr. Dr. Koch 4 Mal wöchentlich von 2—3 U. Mont., Dienst., Donnerst. und Freit. privatim.

Anatomie und Physiologie der Pflanzen trägt Hr. Prof. Braun 3 Mal, nämlich Dienst., Donnerst. und Sonnab. von 3—4 U. vor privatim.

Auserwählte Theile der Pflanzenphysiologie, Hr. Dr. Caspary Dienst., Donnerst. und Sonnab. von 10—11 U. privatim.

Die natürlichen Pflanzenordnungen erläutert Hr. Dr. Jessen 4 Mal wöchentlich Mont., Dienst., Mittw. u. Donnerst. von 4—5 U. privatim.

Ueber Ernährung der Pflanzen liest Hr. Dr. Pringsheim Mittw. von 1—2 U. unentgeltlich.

Naturgeschichte der kryptogamischen Gewächse trägt Hr. Prof. Braun 3 Mal Mont., Mittw. und Freit. von 3—4 U. privatim vor.

Allgemeine Phykologie liest Hr. Dr. Jessen Mittw. v. 5—6 U. unentgeltlich.

Die Anfangsgründe der Botanik nebst Erklärung der officinellen Gewächse nach getrockneten Exemplaren lehrt Hr. Dr. Berg tägl. v. 2—3 U. privatim.

Die Pharmakognosie trägt derselbe 3 Mal wöchentl. v. 8—9 U. privatim vor.

Botanische Colloquia leitet derselbe privatissime.

Pharmaceutische Botanik und Pharmakognosie, durch Demonstrationen erläutert, lehrt Hr. Dr. Walpers Mont. u. Dienst. v. 1—3 U. privatim.

Derselbe erbietet sich zu botanischen Privatissimis.

Ueber die Flora der Vorwelt liest Hr. Prof. Braun Mont. v. 6—7 U. öffentlich.

Pflanzengeographie erläutert Hr. Dr. Koch Mittw. v. 11—12 U. unentgeltl.

Dieselbe Hr. Dr. Caspary 3 Mal wöchentlich unentgeltlich.

Zu praktischen Cursen in der mikroskopischen Anatomie der Pflanzen und zu Privatissimis über einzelne Theile der Botanik erbietet sich Hr. Dr. Jessen.

Zu mikroskopischen Demonstrationen aus den verschiedenen Theilen der Botanik erbietet sich Hr. Dr. Pringsheim an zu bestimmenden Tagen und Stunden.

Zu botanischen Uebungen nach Art des naturhistorischen Seminars in Bonn erbietet sich Hr. Dr. Caspary Mont. von 4—5 U. unentgeltl.

ben, sehr schmerzhaft; heftiges Fieber, kaum fühlbarer, schneller Puls, kalte Extremitäten, Kothbrechen, so zu sagen *Facies hippocratica*, unauslöschlicher Durst etc. Es wurden Blutegel gesetzt, Oelmixturen gegeben, Aufschläge von *Spec. emoll.* mit *Herb. Bellad.* gemacht und erweichende Einreibungen verordnet. Da Alles ohne Erfolg blieb, schritt man zur Operation, obschon man die Prognose schlecht stellen musste. Nach Blosslegung des Bruchsackes, der bedeutend verdickt war, wurde der *Annulus abdominis* gerade nach oben eingeschnitten. Der Darm hatte eine verdächtige Farbe, und musste aus Furcht vor Verletzung sehr behutsam reponirt werden. Nach mehreren Klystiren und *Oleum Ricini* innerlich gab es reichliche Oeffnung unter Nachlass aller Symptome. Der weitere Verlauf zeigte keine Eigenthümlichkeiten; der frisch eintretenden Entzündung wurden antiphlogistische Mittel — jedoch ohne Aderlass — entgegengesetzt. Die Frau erholte sich sehr langsam, besonders deshalb, weil sie von einem tiefsitzenden rheumatischen Schmerz im linken Fuss, wovon sie öfter schon im Woehenbett befallen worden war, heimgesucht wurde. Die Genesung schob sich in die 6. Woche hinaus.

Dieser Fall, wo die Kranke vor der Operation rettungslos verloren schien, liefert den Beweis, dass auch in den verzweifeltsten Fällen Rettung möglich, und es pflichtwidrig ist, den Kranken in solchem Zustande, um seinem Rufe nicht zu schaden, seinem Schicksal zu überlassen.

8. Operation eines alten Schenkelbruches. Heilung.

Eine alte Frau von 60 Jahren hatte schon seit lange einen linksseitigen Schenkelbruch von ungewöhnlicher Grösse. Er hatte sich nun eingeklemmt, und nach 3 Tagen wird der Arzt gerufen. Bei der Operation begegnete man vielen Lagen häutiger Gebilde, ehe der Bruchsack geöffnet werden konnte. Neben der Darmschlinge war viel Netz vorgefallen; Darm und Netz waren missfarbig. Letzteres wurde weggeschnitten und ohne Unterbindung zurückgebracht. Eine Stunde nach der Operation stellten sich Convulsionen ein, an denen die Frau früher öfter gelitten hatte. Abends trat verstärktes Fieber auf; es erfolgte Stuhlentleerung, und die folgenden Tage ging Alles erwünscht. Am 3. Tage des Nachts und den folgenden Morgen stellten sich Convulsionen im höchsten Grade ein, dabei mehrere Stühle. Nachmittags Besserung, geringeres Fieber, was noch mehrere Tage mit den Convulsionen anhielt. Die Zunge war sehr roth, empfindlich. Erst den 8. Tag hörten die Convulsionen auf. Den 14. Tag löste sich ein brandiges Stück Netz ab und stellte sich gleichzeitig ein Mutterblutfluss ein, woran sie früher häufig gelitten, der die ohnehin schon sehr herabgekommene Frau äusserst schwächte. Trotz aller genannten ungünstigen Verhältnisse erfolgte nach 5 Wochen Genesung. Später wurde die Frau an *Incontinentia urinae* behandelt und dabei in Erfahrung gebracht, dass sie schon 15 Jahre einen Mutterkranz getragen. Dieser wurde sofort entfernt. Er war steinhart, incrustirt, und hatte bedeutende Zerstörungen in der Scheide bewirkt, auch die erwähnten Blutungen veranlasst. Die Frau genas auch von diesen Leiden, indem die Geschwüre und Wucherungen der Scheide durch passende Behandlung verschwanden.

9. Operation eines alten Schenkelbruches. Heilung.

Bei einer 48 Jahre alten sonst gesunden Frau hatte sich ein alter Schenkelbruch seit 4 Tagen eingeklemmt. Da die Frau seit 3 Tagen menstruirt war, so wurden diesem Zustande anfangs die Zufälle zugeschrieben und an die wahre Ursache nicht gedacht. Den folgenden Tag, beim ersten Besuch des Arztes, waren die Zufälle sehr gelind, weshalb die Untersuchung des Leibes nur oberflächlich vorgenommen. Die Frau erwähnte keine Silbe von ihrem so lange bestehenden Leibschaden. Dieser hatte sich schon häufig eingeklemmt und war durch warme Tücher etc. von selbst zurückgegangen. Den 3. Tag erfolgte bedeutende Verschlimmerung, und der Zustand der Kranken war höchst gefahrvoll. Zu nicht geringem Schrecken wurde jetzt die wahre Ursache bekannt. Die Operation wurde auf den folgenden Tag zugegeben. Bis dahin wurden die gebräuchlichen dynamischen Mittel zur Bewerkstelligung der Reposition angewendet. Die Operation selbst bot nichts Besonderes dar, obschon sich auch hier, wie bei jedem Bruche, manche Eigenthümlichkeiten vorfanden. Der Darm war dunkel gefärbt und an der Bruchpforte etwas verwachsen. Die Frau litt an *Prolapsus uteri*, der das Urinlassen so hinderte, dass längere Zeit der Katheter gebraucht werden musste. Es trat baldige Heilung ein.

10. Operation eines enorm grossen Scrotalbruchs. Tod.

Ein kachektischer Mann von 62 Jahren, der lange einen Bruch hatte, litt vor einigen Jahren an Hydrops. Jetzt dauerte die Einklemmung 7 Tage. Seit 3 Tagen waren rohe Taxisversuche gemacht worden. Die Zeichen der Einklemmung waren die gewöhnlichen, Kothbrechen etc. Das Fieber ist bedeutend, jedoch die Schmerzen verhältnissmässig gering, was bei der torpiden Constitution leicht erklärlich. Es wurden nun weiter nicht lange Repositionsversuche in und ausser dem Bade gemacht, sondern man schritt alsbald zur Operation, obschon die Prognose äusserst schlecht war. Der Bruchsack war ungemein verdickt und entartet, und enthielt $^3/_4$ Schoppen missfarbigen, dunkeln Blutwassers. Die Darmschlinge, von der Grösse eines mässig dicken Apfels und runder Form, war mehr oder minder missfarbig, dunkel, an mehreren Stellen brandartig aussehend (wohl Folge der ersten rohen Repositionsversuche), sulzig infiltrirt. Eine halbe Stunde darauf erfolgte wenig dünner, nach 5 Stunden auf Klystiere häufiger dünner, mit Knollen vermengter Stuhl. Als am folgenden Tage wieder zwei Stühle erfolgten, fühlte sich der Kranke sehr behaglich. In der Umgebung der Wunde fühlte der Kranke etwas Schmerz, weshalb 10 Blutegel gesetzt wurden; diese bluteten lange nach. Gegen 1 Uhr des Nachts trat grosse Schwäche ein, die Extremitäten wurden kalt, die Gesichtszüge verfielen, Puls war klein und machte 100 Schläge in der Minute. Gegen Morgen trat Leibesöffnung ein, an dem nächstfolgenden Tage noch zwei Mal mit einem Wurm; allein auch zweimaliges Erbrechen von Wasser und Schleim, die trockene Zunge liessen das Schlimmste befürchten. Die Wunde sah gut aus, nur dauerte die Schwäche stets fort, und Abends 8 Uhr erfolgte der Tod. — Die Section wurde nicht erlaubt.

Eine Perforation des Darmes möchte wohl hier nicht angenommen werden können, da der Stuhl bis zuletzt regelmässig und keine Darmcontenta in der Wunde sichtbar waren. Als Todesursache müssen wir die Enteritis ansehen, die in dem dyskrasischen Subjecte bald die Kräfte aufrieb.

11. Operation eines alten Schenkelbruches. Tod.

Eine sehr abgemagerte kränkliche Frau von 62 Jahren hatte zu beiden Seiten seit Jahren einen Schenkelbruch, die beide durch kein Bruchband zurückgehalten werden konnten. Die Einklemmung bestand jetzt seit ungefähr 8 Tagen; in den 2 letzten Tagen war Kothbrechen eingetreten. Der Puls war sehr klein, 100 und darüber, die Physiognomie entstellt, mitunter kalte Schweisse, der Leib nur in geringem Grade aufgetrieben, der Leibschmerz nicht bedeutend. Bei der linken Hernie wurde reponirt, bei der rechten gelang dies nicht. Die Prognose wurde zwar ungünstig gestellt, jedoch waren die consultirten Aerzte mit dem Operateur einig, die Herniotomie vorzunehmen. Diese war leicht und bald beendigt. Der Bruchsack enthielt kein Bruchwasser, die Darmschlinge war schwarz, wie brandig, am Schenkelring waren Adhäsionen, jedoch so zart, dass sie mit den Fingern getrennt werden konnten. Nach der etwas mühsamen Reposition floss Koth aus dem Schenkelkanal. Die Frau starb nach 6—7 Stunden.

Die Verletzung des Darmes konnte möglicher Weise veranlasst sein: 1) vor der Operation durch Brand oder das angestrengte Erbrechen; 2) durch die Versuche der Taxis; 3) durch Untersuchung mit der Sonde behufs der Entscheidung, ob der Bruchsack wirklich geöffnet war; 4) durch die Reposition der Darmschlinge und 5) endlich durch das Messer beim Einschneiden des Gimbernat'schen Bandes. Die Verletzung in oder hinter der Bruchpforte war nicht sichtlich. Der vierte Grund ist bei der Mürbheit des Darmes der wahrscheinlichste. — Man könnte hier, vielleicht nicht ganz ohne Grund, den Einwurf machen, dass der Zustand der Frau, die grosse *Prostratio virium*, die Symptome ferner, die nicht undeutlich auf eingetretenen oder eintretenden Brand schliessen liessen, die Operation contraindicirt hätte. Allein den oben No. 7 mitgetheilten Fall bedenkend, musste die Operation versucht werden. Denn eigentlich wissen wir *in concreto* einen sichern Maassstab für solche Zustände nicht, wir kennen die Grenzen nicht genau, die unser Handeln zulässig machen: auch der Erfahrenste wird häufig in Zweifel gelassen. — Eine andere Frage ist die, ob es nicht besser gewesen wäre, nach Hebung der Einklemmung die Darmschlinge nicht zu reponiren, sondern liegen zu lassen?

12. Operation eines linksseitigen Schenkelbruches. Heilung.

Eine 51jährige Frau hatte sich beim Heben derartig angestrengt, dass ihr alter Schenkelbruch sich einklemmte. Gleich darauf wurden Repositionsversuche gemacht. Nach einem Klystier von *Infus. Chamom.* mit 38 Gran *Herba Bellad.* stellte sich heftige Narkose ein: Eingenommenheit des Kopfes, Schmerz und Schwindel, Delirien, erweiterte Pupille, Röthe des Gesichts, Schläfrigkeit, Kratzen im Halse etc., welche Zufälle 8—9 Stunden anhielten. Auf den Leib wurden zuerst Blutegel gesetzt, und dann Cataplasmen aus derselben Masse gemacht, aus der das Klystier bestand. Vielleicht hatte Resorption durch die Blutegelstiche stattgefunden und so mit zur Belladona-Vergiftung beigetragen, denn nach Vogt reicht man nur einen Scrupel Belladonna auf ein Klystier. Nach 26 Stunden wurde Lanz gerufen, der sofort sich zur Operation anschickte. Nach dem Hautschnitte wurde viel Fett weg-

genommen, und dann mussten viele hautartige Zellschichten durchschnitten werden. Darauf zeigte sich eine sackförmige Membran, die viel dunkle Flüssigkeit enthielt und anfänglich für den Bruchsack gehalten wurde, was sich jedoch bei näherer Untersuchung nicht bestätigte. Im Bruchsack, der einen dem *Processus vermiformis* ähnlichen Divertikel hatte, fand sich ziemlich viel dunkles Bruchwasser; der Bruchsack selbst war sehr dunkel gefärbt, weniger die ziemlich grosse Darmschlinge. Der Schenkelring musste behufs der Reposition stark eingeschnitten werden. Nach der Operation trat freiwillige Oeffnung ein. Das ziemlich starke Fieber hielt 3 Tage an, dann erfolgte baldige Genesung.

13. Operation eines alten Schenkelbruches. Heilung.

Eine 62 Jahre alte schwächliche, aber sonst gesunde Frau hatte seit langer Zeit auf der rechten Seite einen Schenkelbruch. Die Einklemmung hatte 2 Tage gedauert. Der Leib war tympanitisch aufgetrieben, bald nach der Einklemmung trat Erbrechen auf, welches stets anhielt und am 2. Tage Koth entleerte; das Fieber war nicht bedeutend. Als die Taxis während mehrerer Stunden vergeblich versucht war, und die dynamischen Mittel ohne Erfolg blieben, wurde die Operation gemacht. Neben der verdächtig dunkel aussehenden Darmschlinge lag ebenso gefärbtes Netz. Nach der sehr schwierigen Erweiterung des Schenkelringes konnte die Reposition nicht bewerkstelligt werden. Bei genauerer Untersuchung ergab sich, dass zwischen dem eingeschnittenen Gimbernat'schen Bande und den vorliegenden Theilen ein sehniger Strang undurchschnitten geblieben; als aber auch dieser durchschnitten, gelang die Reposition doch nicht, was erst dann geschah, als die stattfindende ziemlich intensive Verklebung des Darmes mit dem Netz mittelst des Fingers, und die jenes mit dem Bruchsackhalse mit Hülfe des Messers gelöst war. Nachdem die Darmschlinge zurückgebracht, wurde das Netz im ganzen Umfange unterbunden und die vorliegende Portion abgeschnitten. Dennoch dauerte eine beunruhigende Blutung aus dem Netz fort, was bei der ohnehin sehr herabgekommenen Frau nöthig machte, die einzelnen kleinen Arterien des Netzes jede für sich zu unterbinden. Es erfolgte alsbald freiwillig Leibesöffnung. Die Reaction war die folgenden Tage gering, wozu nicht unwahrscheinlich der starke Blutverlust beigetragen. Obgleich die Umstände, wie sie so eben geschildert, gerade keine günstige Prognose vermuthen liessen, so erholte sich dennoch die Frau schnell und vollkommen ohne allen Arzneigebrauch.

14. Operation eines alten Schenkelbruches. Heilung.

Eine unverheirathete Person von einigen und 40 Jahren erlitt plötzlich an ihrem alten linksseitigen Schenkelbruch eine Einklemmung. Nachdem sie 2 Tage bestanden hatte, wurden die Zufälle sehr dringend. Die Taxisversuche blieben fruchtlos. Der Umfang der Geschwulst war bedeutend und so uneben, dass gleichzeitig angeschwollene Drüsen vermuthet wurden. Die Operation ergab einen ungewöhnlich prallen Bruchsack, nach dessen Oeffnung das Bruchwasser in einem grossen Bogen hervorsprang, und noch eine Menge in demselben zurückblieb. Ausserdem fand sich in demselben eine Hydatidengeschwulst von dem Umfang eines Taubeneies, mit sehr dünnen Wänden. Sowohl die Erweiterung der Bruchpforte, als die Reposition der nicht auffallend missfarbig aussehenden Darmschlinge war schwierig. Der weitere Verlauf hatte nichts Besonderes. Der grösste Theil der Wunde heilte *per primam intentionem*. Die gänzliche Vernarbung wurde jedoch durch einen Ausschlag, der sich in grosser Ausdehnung um die Genitalien bis zur Wunde ausbreitete, lange aufgehalten.

15. Operation eines alten Schenkelbruches. Heilung.

Einer 72jährigen schwächlichen, an Husten und häufigem Blutauswurf leidenden Frau incarcerirte sich ohne besondere Ursache ihr viele Jahre schon bestandener linksseitiger Schenkelbruch. Die Einklemmung hatte nahe an 4 Tage gedauert, als die Symptome beginnender Enteritis auftraten. Bald auch erschien kothartiges Erbrechen. Die Versuche der Taxis in und ausser dem Bade blieben ohne Erfolg. Es wurde also die Operation gemacht. Neben der Darmschlinge war Netz vorgelagert; beide sahen ungewöhnlich dunkel aus. In solchen Fällen ist die Erweiterung der Bruchpforte fast immer schwierig, was denn auch hier der Fall war. Das vorliegende Netz wurde im ganzen Umfang unterbunden und zurückgebracht. Es ereignete sich später nichts Beunruhigendes mehr. Ein grosser Theil der Wunde heilte durch schnelle Vereinigung; der das Netz umschnürende Faden lag fünf Wochen, und war selbst mit Gewalt nicht zu entfernen, wodurch das völlige Verschliessen der Wunde natürlich verzögert wurde; die Genesung schritt langsam voran, und die Frau erlangte ihre völlige Gesundheit wieder.

Zwei Fälle von Vergiftungen, nebst den Sectionsergebnissen.

Von
Sanitätsrath Dr. Kersten in Magdeburg.

[Schluss aus No. 33.]

2. Sublimatvergiftung.

Der 22jährige Arbeiter S. nahm aus Lebensüberdruss aus einer mit „Gift" und mit drei Kreuzen bezeichneten Kruke, die er unter ganz bei Seite gestellten Sachen gefunden hatte, Morgens um 5 Uhr am 12. September 184— eine starke Dosis eines weisslich-gelblichen Pulvers, bald darauf verspürte er heftige Leibschmerzen, Schneiden und Würgen in der Magengegend, dem sich Erbrechen zugesellte, und so rief er die Hülfe seiner Verwandten an, ohne ihnen jedoch von der Ursache seines Uebels die Wahrheit zu sagen. Von Stunde zu Stunde wurde das Befinden übler und gegen 11 Uhr, also nach Verlauf von wenigstens 6 Stunden, fand ich den Kranken in folgendem Zustande:

Das Gesicht zeigte eine bedeutende Entstellung, war wachsartig glatt, bleich, fast grau, aufgedunsen, so dass ich den Patienten, den ich früher wohl gekannt hatte, nicht wieder erkannte, die Augen lagen tief in ihren Höhlen, waren von blauen Ringen umgeben; die Weichtheile um die ganze Unterkinnlade waren stark geschwollen, die Unterlippe namentlich rosenfarbig aufgetrieben, dass sie wenigstens das Dreifache des gewöhnlichen Volumens einnahm; der Mund stand offen, die Zunge war sehr geschwollen, konnte nicht aus dem Munde vorgestreckt werden und selbst die Bewegung im Munde fiel sehr schwer und war sehr schmerzhaft, sie war ganz dunkelgeröthet; Excoriationen wurden aber nicht bemerkt. Der Gaumen erschien ebenfalls wie alle Weichtheile im Munde und Rachen sehr angeschwollen und dunkelroth, das Zahnfleisch war an der obern wie an der untern Kinnlade sogar nussfarbig, die Zähne, welche an sich sehr defekt waren, zeigten einen schmutzig grauen Ueberzug; es floss dabei viel Speichel aus dem Munde und ein heftiger Gestank verbreitete sich aus demselben; die äussere selbst leise Berührung der ganzen untern Gesichtshälfte, namentlich der Gegend der Speicheldrüsen des Halses — besonders an seiner linken Seite — war äusserst schmerzhaft, die Haut war aber nicht geröthet, erschien mehr grau. Patient klagte ferner über einen sehr heftigen, zusammenschnürenden brennenden Schmerz vom Munde an, dem Halse und der Speiseröhre entlang, bis zum Magen und Darmkanal, er hatte fortwährende Uebelkeit, häufiges Erbrechen, das die Schmerzen noch ungemein steigerte, und womit viel zäher Schleim, der zuweilen mit Blut gemischt war, herausgewürgt wurde. Die Magengegend war auch gegen mässigen Druck sehr empfindlich. Der Kranke hatte ferner steten und heftigen Drang zum Stuhlgange, ohne dass wirklich Koth entleert wurde, bei jedem Versuche zur Befriedigung dieses Dranges wurden nur furchtbar stinkende Blähungen ausgestossen, nie Koth; daneben bestand noch ebenso starkes Drängen zum Uriniren, wobei nur einige Tropfen Urins herausgepresst wurden. Patient hatte ferner einen sehr grossen, kaum löschbaren Durst, aber jeder Versuch denselben nur einigermassen zu stillen, als Feuchtigkeiten zu verschlucken, rief die grössten Schmerzen, convulsivische Zusammenziehungen des Gesichts und Erbrechen hervor. Vor allen Dingen aber hatte er noch grosse Athmungsbeschwerden, das Athemholen war beschleunigt und rasselnd, auch das Sprechen ganz unmöglich, er konnte laute Töne gar nicht herausbringen, so dass es sehr schwer war, ihn zu verstehen und die Fragen mussten auch so eingerichtet werden, dass er nur mit „Ja oder Nein" zu antworten brauchte. Daher war er denn auch im höchsten Grade unruhig, warf sich fortwährend im Bette hin und her, ohne auch nur in einer Lage etwas Ruhe finden zu können, er hatte dabei eine grosse Schwäche und Hinfälligkeit, die zuweilen selbst in ohnmachtähnlichen Zustand überging; der Puls war etwas frequenter als in der Norm und härtlich. Die Temperatur am ganzen Körper erhöht, das Sensorium nicht getrübt. — —

Diese so plötzlich aufgetretenen und so heftigen Symptome mussten einer besondern Ursache ihr Entstehen verdanken, und als ich daher mit Ernst in den Patienten drang, gab er mit grösster Mühe und kaum vernehmlich das Wort „Gift" zu verstehen; noch schwieriger wurde es von ihm herauszubringen, wo er dasselbe herbekommen und ob noch etwas davon vorhanden sei. Letzteres fand sich endlich, die chemische Untersuchung wies nach, dass das Gift Sublimat mit einer vegetabilischen Substanz, — wahrscheinlich mit Mehl — gemischt war.

Abends. Fast sämmtliche Symptome haben sich bedeutend noch gesteigert, der Patient ist, als sollte er jeden Augenblick den Geist aufgeben; die Geschwulst der Weichtheile des Gesichts und im Munde ist gestiegen, namentlich auch die Oberlippe so verschwollen, das beide Lippen wie Blasen aussehen; am Gaumen sind, auch blasenähnlich, flache Geschwüre, von runder Form, von der Grösse eines Hellers und

mit gelblichem Grunde. Das Schlucken ist fast unmöglich, es entstehen danach allgemeine convulsivische Zuckungen. Die Neigung zum Erbrechen und das wirkliche Erbrechen mit gleichen Stoffen dauert noch fort; am Nachmittage sind vier Stuhlgänge unter heftigem Tenesmus erfolgt, die entleerten Massen hatten eine dunkelbraune, fast schwarze Farbe und einen aashaften Geruch; Urin war einmal in grösserer Menge gelassen. Das Sensorium war noch frei, auch das Gehör vollkommen gut, und wenn der Patient zuweilen auf die vorgelegten Fragen nicht antwortete, so hatte dies entweder seinen Grund in der Furcht vor längerem Sprechen oder in der grossen ohnmachtähnlichen Schwäche, nicht aber darin, dass er schwerhörig geworden wäre. Vor den Augen wollte er jedoch ein Flimmern verspüren und daher die Gegenstände nicht ganz deutlich zu sehen, oder wenigsten zu erkennen im Stande sein.

Den 13. Septbr. Morgens. Die Nacht ist zwar schlaflos, ja höchst unruhig verbracht, doch sind alle Symptome nicht mehr in gleicher Stärke wie am Abend vorhanden. Die Geschwulst im Innern des Mundes ist nach Application von 36 Blutegeln an den Hals u. s. w. etwas gewichen, Patient kann leichter das in Wasser gerührte Eiweiss verschlucken, ohne dass jedesmal heftige Convulsionen ausbrechen; nach dem Pinseln mit Mandelöl und dem öfteren Ausspülen hat sich die Empfindlichkeit in sämmtlichen Weichtheilen etwas gelegt. Auch die Schmerzhaftigkeit in der Magengegend hat sich, nachdem 10 Blutegel gesogen haben, gemindert. — Als neues Symptom waren glänzende, rothbraune Flecken an den Ballen und Sohlen der Füsse erschienen, von denen sich die Röthe durch Fingerdruck nicht wegbringen liess, sie hatten einen Umfang wie ungefähr ein Zweithalerstück, waren aber mehr von unregelmässiger Form, zeigten keine vermehrte Hitze oder grosse Schmerzhaftigkeit, verhielten sich überhaupt den Flecken bei *Peliosis senilis* im höchsten Grade ähnlich. Der Durchfall hatte noch gleichmässig angehalten, ebenso war noch oft Erbrechen erfolgt. —

Abends. Im Laufe des Tages wurde zwar einige Abnahme in der Heftigkeit, mit welcher früher die Erscheinungen aufgetreten waren, namentlich Minderung der Geschwulst um und in dem Munde, und dadurch grössere Leichtigkeit des Schluckens sichtbar, indessen stellten sich stärkere Hitze über dem ganzen Körper, noch vermehrter Durst und ein harter Puls ein.

Den 14. Septbr. Morgens. Der Aderlass von 12 Unzen, welcher am Abend vorher instituirt war, hatte zur Folge, dass etwas Ruhe eintrat; und da nun auch die Inspirationen leichter erfolgten, so hatte selbst Schlaf auf zwei Stunden den Patienten erquickt. Er war daher auch heute mit seinem Befinden gegen die frühern Tage sehr zufrieden, auch waren keine neuen beunruhigenden Erscheinungen aufgetreten. Ausser dem heftigen Durst schien nur jetzt noch besonders der so sehr copiöse Durchfall, mit dem aber jedesmal eine grosse Menge dunkelgrüngefärbten Kothes in breiiger Consistenz entleert wurde, die Hauptqual des Patienten auszumachen. Das Erbrechen nämlich hatte sich fast ganz verloren, der Schmerz beim Druck in der Herzgrube wurde nicht mehr verspürt, das Schlingen ging schon mit grösserer Leichtigkeit, wiewohl noch nicht ganz ohne alle Beschwerden vor sich. Der Puls war weicher, die Haut fing an zu duften, der Urin floss reichlich, ohne sonderliche Beschwerden, in dunklerer Röthe, machte noch kein Sediment, das aus der Ader am Abend vorher gelassene Blut zeigte eine derbe Speckhaut, überhaupt die Charaktere des phlogistischen Blutes.

Abends. Im Laufe des Tages trat noch einige Besserung in dem Befinden des Kranken ein, so zwar, dass er selbst sich von den lästigen Symptomen etwas befreiter fühlte, und dass auch der beobachtende Arzt wirklich Nachlass in der Heftigkeit der Erscheinungen wahrnahm.

Am 15. Septbr. Morgens. Die Nacht war verhältnissmässig gut verlaufen, der Patient hatte einige Stunden ziemlich ruhigen Schlafes genossen; die Anschwellung der Weichtheile im Gesicht war bei weitem minder, dasselbe fand auch mit denen im Munde statt, so dass das Schlucken viel leichter von statten ging, weshalb Patient auch den Versuch machte, etwas Suppe zu geniessen, der ihm ziemlich gut gelang. Speichelfluss hielt mit dem eigenthümlichen so höchst widerwärtigen Geruche noch an, die Mundgeschwüre aber reinigten sich mehr und mehr. Die Respiration ging viel leichter, Patient konnte ganz tief inspiriren, ohne dass er im Geringsten zum Husten dadurch gereizt wurde; auch die Schmerzhaftigkeit in der Magengegend war minder, Erbrechen war gar nicht mehr erfolgt, aber der Durchfall hielt noch an mit Massenentleerung von gleicher Farbe und Beschaffenheit wie früher. Der Puls war weich, die Haut zum Schwitzen geneigt; der Durst geringer, Urin in grosser Menge und ohne Beschwerden gelassen.

Abends. Auch den Tag über hatte die Besserung im Fortschreiten beharrt, so dass alle Symptome noch gemildert erschienen; und ein Gleiches erfolgte in den beiden nächsten Tagen am 16. und 17. Septbr., an welchem letzten Tage sich Patient sogar so wohl fühlte, dass er, zwar ohne ärztliche Erlaubniss, das Bett auf einige Zeit verliess. Nur der Durchfall hielt noch fortwährend in beunruhigender Stärke an.

Am 18. verschlechterte sich wider Erwarten der Zustand bedeutend, die Haut, welche schon fast natürliche Beschaffenheit wieder erlangt hatte, wurde von Neuem bleich, erdfahl, namentlich das Gesicht, die Augen sanken mehr in ihre Höhlen zurück, der blaue Ring bildete sich wieder um sie, die obern Augenlider fielen zur Hälfte nieder, nur schwer wurden sie soweit gehoben, dass das ganze Auge sichtbar war; in den Ecken war eitriger Schleim. Der Kranke klagte dabei über öfters eintretendes Frösteln, das mit starker Hitze wechselte, über Kurzathmigkeit, Herzklopfen, Schwindel und Zittern am ganzen Körper. Der Puls war auf 120 gestiegen, klein und weich. Der Durchfall hatte sich noch vermehrt.

Am 19. Septbr. waren sämmtliche Erscheinungen noch verschlimmert; der Kranke klagte noch Ohrensausen und Schwerhörigkeit, auch fanden sich um mehre Gelenke wieder bedeutende Purpuraflecke, der Speichelfluss war sehr bedeutend, die Geschwüre im Munde zeigten sehr missfarbiges Aussehen, Zunge und Zähne belegten sich mit dickem Schleim, der zu Krusten antrocknete; der Durchfall wurde immer stärker; der Puls in seiner Frequenz noch vermehrt. Der Schlaf floh den Patienten gänzlich.

Am 20. Septbr. traten die putriden Erscheinungen im höchsten Maasse auf; aus dem Munde verbreitete sich ein furchtbarer Gestank; die Massen, die dem Kranken unbewusst aus dem After abgingen, waren ganz blutig, im höchsten Grade stinkend und in bedeutender Quantität; der Kranke verfiel oft in Ohnmachten, und hatte blande Delirien. So erfolgte

am 21. Septbr. Morgens 3 Uhr der Tod als ein sanftes Einschlafen, ohne weitern Todeskampf, namentlich ganz ohne Krämpfe.

Die Section wurde zwei Tage nachher vorgenommen, und ergab folgendes Resultat: Der Ausdruck des Gesichts verräth eine schmerzlose Todesart. Die Augen sind sehr eingefallen, Sclerotica ohne Gefässnetz; die Nase mit schwarzem Schleim angefüllt. Der Mund offen; die Zunge stark geschwollen, aber gestreckt hinter den Schneidezähnen; die Lippen, die Zunge, der harte und weiche Gaumen waren mit einer dunkelgrünlichen, übelriechenden, zum Theil schmierigen, zum Theil ¼ bis ganze Linie dicke Krusten bildenden Masse bedeckt; nach Entfernung derselben fand man die Schleimhaut rauh, theils blau, theils schwarzblau, theils aschfarbig; insbesondere liess sich die Zunge sehr rauh anfühlen, deren Warzen sehr entwickelt waren. Die Percussion ergab an dem wohlgeformten Brustkasten überall ein helles Geräusch, beim Anklopfen auf den Unterleib vernahm man nur ein schwaches trommelartiges Geräusch. Die Fingergelenke sehr steif, die Finger selbst fest in die Handteller eingeschlagen; die Zehen waren dagegen gestreckt. Die nächste Umgebung des offenstehenden Afters war mit braunem, ins schwarze spielenden dickflüssigem Blute beschmutzt, und beim Umwenden des Leichnams behufs Besichtigung der Rückenfläche ergoss sich aus dem After noch eine beträchtliche Menge gleich beschaffenen Blutes. Auf dem ganzen Rücken starke Todtenflecken von blassblauer Farbe: an den Bauchdecken leichte grünliche Färbung; noch kein Verwesungsgeruch. — Das Haar lässt sich bei mässigem Zuge schon ausziehen. Die gesammte Muskulatur ist sehr schlaff, und der Körper höchst abgemagert. —

Section. Unterleib. Das Netz nicht mit Blutgefässen angefüllt, bedeckt den obern Theil der dünnen Gedärme. Am serösen Ueberzug des Magens wurde wie am übrigen Peritonaeum weder Gefässnetz noch grösse Anfüllung der Kranzgefässe wahrgenommen. Die Muskelhaut desselben war dunkler als gewöhnlich, aber ohne deutliche Blutüberfüllung; die Schleimhaut war mit einer gallertartigen schwarzbraunen, schmierigen Masse dick überzogen, welche einen widrigen, jedoch keineswegs cadaverösen Geruch verbreitete; nach Entfernung dieses Ueberzugs mittelst eines Schwammes und Skalpelstieles zeigte sich die Schleimhaut selbst von grünlich brauner Farbe. Sie bildete ausserdem zahlreiche, theils kreisrunde, theils längliche, etwa eine halbe Linie hohe Erhabenheiten von der Grösse einer Linse bis zu der eines Zweigroschenstücks, auf denen man jedoch überall noch die Schleimhaut als solche zu erkennen im Stande war. Besonders im blinden Sacke des Magens standen die Flecke so dicht neben einander, dass nur ein bis zwei Linien breite Zwischenräume dieselben trennten. An einzelnen Stellen, welche den Umfang einer Linse zeigten, fehlte die Schleimhaut gänzlich, und diese waren in flache Geschwüre daher verwandelt. Am kleinen Bogen waren die eben erwähnten Flecke nur sehr vereinzelt, dagegen sah man hier deutlich ein dichtes Netz von Blutgefässen, auch waren mehre Stellen von dem Umfang eines Fünfsilbergroschen-Stücks von unter die Schleimhaut ergossnem Blute rothgesprenkelt. Der Inhalt des Magens bestand lediglich aus dickem schwarzen Blute. Die Leber war braunroth, von normaler Grösse, ohne Zeichen von Entzündung, frei von Texturveränderungen mit mässigem Blutgehalt. Die Gallenblase enthielt 2 Loth dunkelgelber flüssiger Galle.

Die Milz dunkelbraun, von fehlerfreiem Gefüge, etwas reichlicherm Blutgehalt. Die Bauchspeicheldrüse normal. Der Bauchfellüberzug des ganzen Darmkanals war ganz gleichförmig dunkelolive gefärbt, und zeigte kein Gefässnetz. Die Gekrösgefässe dagegen strotzten von Blut. Die Schleimhaut der dünnen Gedärme war durchgehends, insbesondere aber in den Falten, beträchtlich aufgewulstet, und mit einer gallertartigen, schwarzen und schwer mittelst eines Schwammes oder Messerstiels zu entfernenden Masse dick überzogen. Der übrige Inhalt war dem des Magens gleich; ein dickflüssiges, fast geruchloses Blut ohne Beimischung von Koth. In den dicken Gedärmen hatte die Schleimhaut einen gleichen gallertartigen Ueberzug, wie in den dünnen, nach sorgfältiger Entfernung dieses Ueberzugs erschien sie von schwarzgrauer Färbung, sass aber fest auf der Muskelhaut und liess sich mit dem Messerstiele nicht abschaben. Erhebungen und Geschwüre wie im Magen waren nicht vorhanden. — Die Nieren und Harnblase völlig normal. — Nirgends Verwachsungen von Darmschlingen oder sonst Zeichen peritonäaler Entzündung. Die *Vena cava adscendens* strotzte von schwarzem flüssigen Blute. —

Brust. Die Brustmuskeln waren ungewöhnlich dunkel. — Die Lungen füllten den Thorax aus, waren vorn blau marmorirt, hinten dunkelblau; die rechte war seitwärts mit dem Rippenfell im Umfang eines Thalers fest verwachsen. Beide zeigten sich frei von Texturfehlern, waren aber bedeutend ödematös. Die Brustfellsäcke enthielten auf jeder Seite etwa acht Unzen dunkelrothes, fast schwärzliches Serum, welches keinen besondern Geruch verbreitete. Der Herzbeutel dagegen enthielt wenig farbloses Serum. Das Herz selbst war sehr welk, die Kranzgefässe nur mässig mit Blut gefüllt. Die rechte Herzhälfte enthielt kaum eine Drachme schwarzen, flüssigen Blutes, dagegen aber ein sehr bedeutendes, faserstoffiges Gerinnsel, welches sich in Gestalt von zweifingerdicken Strängen gegen sechs Zoll weit in die beiden Hohlvenen erstreckte, wovon die obere, absteigende sonst fast blutleer war. Auch die linke Herzhälfte war angefüllt mit einer bedeutenden polypösen Masse, die sich in die Aorta hineinerstreckte. In der Luftröhre und im Kehlkopfe war eine Menge schmutzig gelber Schaum, die Schleimhaut dieser Theile war natürlich, nur in der Nähe des Kehldeckels war mässige Röthung durch ein dichtes Netz von Blutgefässen veranlasst. Die Speiseröhre zeigte nur in der untern Hälfte mässige Röthung, die je näher dem Magen hin, desto saturirter wurde. Erosionen wurden nicht vorgefunden. Auch war die Schleimhaut nirgends aufgewulstet und daher nirgends Verengerung. Die Schleimhaut des Rachens, der Mandeln, des Zäpfchens, der hintern Wand des Gaumensegels und des Kehldeckels war mit einer schmierigen, schwärzlich grünen Masse überzogen, welche einen widerlichen, aber nicht cadaverösen Geruch verbreitete, die Schleimhaut selbst war aufgewulstet, von schmutzig grauer ins Olive spielender Färbung und etwas erweicht.

Kopf. Unter die harte Hirnhaut war eine bedeutende Menge trüber Flüssigkeit ergossen. Das grosse Gehirn hatte die richtige Derbheit; die Seitenhöhlen enthielten ein Quentchen farblosen Serums, die *Plexus choroidei* waren blassroth. Das kleine Gehirn etwas fester als in der Norm. Der Blutgehalt überall mässig, das Blut selbst flüssig und sehr schwarz.

Eine chemische Untersuchung der Contenta des Magens und Darmkanals, so wie dieser Theile selbst konnte nicht vorgenommen werden, sie würde aber auch wohl höchst wahrscheinlich zu keinem Resultat — zur Entdeckung von Quecksilber — geführt haben, da schon mehrere Tage von dem Genuss des Giftes an bis zum erfolgten Tode verflossen waren, dasselbe also auch ohne Zweifel in den ersten Wegen nicht mehr würde aufgefunden worden sein. Es unterliegt aber trotzdem keiner Frage, dass im vorliegenden Falle wirklich eine Vergiftung stattgefunden hat; die Untersuchung des Inhalts der mit Gift u. s. w. bezeichneten Kruke, welche der Patient auch als diejenige erkannte, aus welcher er das Pulver genommen hatte, das ihm — der vorher ganz gesund gewesen war — die so heftigen Qualen plötzlich verursachte, beweist dies ganz klar, indem sie, wie schon oben bemerkt, die Substanz als Sublimat, und zwar in reichlicher Menge, zu erkennen giebt. Es sprachen aber auch ebenso die Symptome und der Verlauf des Uebels für eine ganz besondere Ursache, welche hier nur der Genuss einer corrodirenden Substanz sein konnte.

Eine Vergleichung dieser letzten Krankengeschichte mit der ersten lässt zwar manche Aehnlichkeiten zwischen beiden auffinden, aber noch mehr treten doch die Verschiedenheiten unter ihnen bei genauerer Aufmerksamkeit so deutlich hervor, dass die einzelne Aufführung derselben überflüssig erscheint.

Der Verlauf der letztern Vergiftungsgeschichte zeigt auch ganz deutlich, dass die Wirkung des Quecksilbers, und vornämlich des Sublimats, wenn er nicht durch Hervorrufung einer brandigen Magenentzündung den Tod ganz rasch herbeiführt, auch auf das Nervensystem und auf das Blut gerichtet ist. Und wie das Quecksilber überhaupt aller Vegetationsthätigkeit feindlich entgegenwirkt, so greift der Sublimat besonders auf dynamisch-chemische Weise in die Mischung und Ernährung ein, wobei denn aber auch das Nervensystem besonders in seinen Centraltheilen mit afficirt werden muss. Dies finden wir in unserm Falle vollkommen bestätigt: nachdem in der Mitte der Behandlungszeit die besten Hoffnungen für die Genesung schon auftauchen konnten, trat fast ganz plötzlich und unerwartet eine solche Zersetzung des Blutes ein, die wir als eine höchst faulige bezeichnen, und bewirkte durch die Colliquationen, verbunden mit den nervösen Erscheinungen, den Tod so schnell, wie er einige Zeit vorher nicht erwartet werden konnte.

Phlegmonöse Zellgewebsentzündung der Unterkiefergegend.

Von

Dr. E. A. Meinel.

Es ist die eben benannte Entzündung des Halszellgewebes mit ihrem meist unglücklichen Ausgange noch so selten beobachtet worden (im Ganzen 30—40 Mal bis jetzt [Spengler]), dass vor der Hand noch jeder Fall von Bedeutung ist, der Einiges zur Erforschung dieser so rapid verlaufenden Krankheit beiträgt. Ich glaube, die zu erzählende Geschichte kann um so mehr darauf Anspruch machen, als sie eine gelungene Heilung erzählen wird. Ich hatte schon längst die Absicht, sie mit einer ausführlicheren Arbeit über die bis jetzt beobachteten und der Oeffentlichkeit übergebenen Fälle dem ärztlichen Publikum bekannt zu geben, doch eine Krankheit, die mich nun selbst schon 15 Monate ans Krankenbett fesselt, hat mich davon abgehalten. Spengler hat neuerdings einen Fall von brandiger Zellgewebsentzündung des Halses bekannt gegeben, und derselbe mich wieder an den von mir beobachteten erinnert, so dass ich ihn nun, nachdem ich wieder ein wenig zur Arbeit fähig bin, aus meinem Diarium hervorzog und nun so ohne weitere Bemerkungen der Oeffentlichkeit übergebe. Die beabsichtigte Sichtung des vorhandenen Materials überlasse ich gern einer andern Feder, begnüge mich, einen kleinen Beitrag zu demselben zu liefern, und will nur einige wenige Bemerkungen anfügen, die auf das Wesen und die Behandlung unserer Krankheit Bezug haben.

Ich bin mit Spengler ganz einverstanden, wenn er diese Krankheit für eine Phlegmone des Zellgewebes am Halse, namentlich um die Unterkieferspeicheldrüse erklärt, die durch besondere anatomische und physiologische Verhältnisse begünstigt, schnell in Brand übergeht und dann rasch die übrigen begleitenden typhösen Symptome hervorruft. Die Blutvergiftung kann nur secundär, d. h. vom localen Leiden ausgehend, sein, wie wären sonst die geringen, von den Kranken selbst kaum beachteten Symptome mit fieberlosem Pulse und durchaus ungestörtem Allgemeinbefinden zu Anfang der Krankheit zu erklären? — Die durch die vielen Gefässe in der Halsgegend rasch möglich werdende Resorption der durch die Nekrose des Zellgewebes erzeugten Jauche erklärt dagegen das rasche Eintreten der typhösen Erscheinungen zur Genüge.

Wie man über das Wesen der brandigen Zellgewebsentzündung noch wenig im Klaren ist, ebenso steht es auch mit der Therapie, und leider stehen wir am Bette eines solchen Kranken fast immer auch an seinem Todtenbette. Könnte ein Fall einen Ausschlag geben, so gäbe der von mir beobachtete Fall wohl einen Fingerzeig, nämlich den, dem sich gebildeten Eiter sobald wie möglich, und namentlich noch vor dem Uebergang in Jauche, freien Abfluss zu verschaffen, aber einestheils wird dies kaum in allen Fällen — wenn man auch vom Vorhandensein desselben sich überzeugt hat — möglich sein, anderntheils dürfte dies auch in manchen Fällen wegen der harten Geschwulst, tiefen Lage etc. sehr schwierig, ja unmöglich werden. Was von einer innerlichen Behandlung zu erwarten steht, darüber giebt uns leider der ziemlich trostlose Stand der Therapie überhaupt täglich Aufschluss genug. Hoffen wir von der Zukunft, dass sie uns vielleicht Tröstlicheres in dieser Beziehung bringen möge, denn es ist gewiss nichts härter für den Arzt, als am Krankenbette zu stehen und sich sagen zu müssen: „Hier kann ich nicht helfen.“

Der Eisenbahnarbeiter Stopfer, 26 Jahr alt, von Altmannstein, ein kräftiger starkknochiger Mann, wurde am 13. Jan. 1849 in das Eisenbahnarbeiterhospital zu Roth am Sand aufgenommen. Er war stets gesund gewesen und hatte nur seit etwa 14 Tagen über einige Beschwerde beim Schlingen und über Schmerz am untern Rande des Unterkiefers und in der Unterkieferzahnreihe, ohne dass hier ein cariöser Zahn befindlich gewesen wäre, zu klagen.

Der Kranke zeigte normalen Puls, Hauttemperatur und Gesichtszüge, und man hätte für den ersten Augenblick sich verleiten lassen können, zu glauben, dass hier nichts Krankhaftes vorliege; erst die Klage, dass das Schlingen erschwert sei und die Zähne schmerzten, forderten zur genaueren Untersuchung auf. In der Rachenhöhle fand

sich nichts vor; bei der Untersuchung der äussern Halsgegend zeigte die Unterzungengegend eine Geschwulst von 3 Zoll Länge und 2 Zoll Breite. Sie hatte die Härte des Steins, die Haut darüber war nicht geröthet und verschiebbar. Druck auf die Geschwulst schmerzte nicht. Nachdem der Kranke rasirt worden war, wurde ein Blasenpflaster über die Geschwulst gelegt, innerlich erhielt der Kranke ein Abführmittel aus *Magnesia sulphurica*.

Die nachfolgende Nacht war gut; es waren mehrere Stühle erfolgt. Die Schlingbeschwerden sind nicht heftiger geworden, ebenso hatte die Geschwulst keine Veränderung erlitten. Die Zunge, welche gestern noch ganz rein gewesen war, ist heute gelblich belegt, Appetit gering. Die Vesicatorstelle wird mit *Unguentum Sabinae* verbunden. Innerlich erhält der Kranke Jodkali. Keine vermehrte Pulsfrequenz. Die Zahnschmerzen dauern fort.

Die Nacht vom vierten zum fünften Tage war sehr unruhig. Die Geschwulst hatte sich mit Beibehaltung ihrer Härte sehr vergrössert, sie erstreckte sich nun bis hinter beide Unterkieferwinkel auch weiter abwärts am Halse. Dabei sind jedoch die Schlingbeschwerden nicht vermehrt, aber das Sprechen ist unmöglich, die Zunge kann kaum mehr mit der Spitze aus der Mundhöhle hervorgestreckt werden. Stinkender Geruch aus dem Munde; Stuhlentleerung regelmässig. Kopfschmerzen vorzugsweise im Hinterhaupt, Zahn- und Kieferschmerzen dauern fort. Puls frequent, klein.

Abends Exacerbation, Puls sehr frequent und voller, als am Morgen, leichter warmer Schweiss. Geruch aus dem Munde und Geschwulst.

Am folgenden Tag delirirt der Kranke, schlummert viel. Der Kopf ist eingenommen; Klage über Schwindel, der Unterleib ist weich, schmerzlos. Es wird über die Geschwulst ein neues Blasenpflaster gelegt. Jodkali wird ausgesetzt. Mineralsäure unters Getränk. Zungenbeleg und Pulsfrequenz gleich.

Die kommende Nacht hatte der Kranke gut geschlafen und fühlte nach dem Erwachen Erleichterung beim Schlingen und Athmen. Die Geschwulst wird weicher, ohne jedoch Fluctuation zu zeigen, nun schmerzt aber Druck auf dieselbe. Die Zunge kann weiter und leichter aus dem Munde hervorgestreckt werden, doch hat sie ihren Beleg, wie der Geruch aus dem Munde in gleicher Weise fortdauert. Der Urin macht Sediment, leichter Schweiss, Puls noch immer sehr frequent (110).

Nachmittags zwischen 2 und 3 Uhr brach wider Erwarten die Geschwulst auf, und sehr stinkender Eiter floss in der Stärke eines Federkiels aus einer Oeffnung am vordern Rande des Kehlkopfes in grosser Menge ab. Bald kam auch aus der Oeffnung viel nekrotisches Zellgewebe, das leicht hervorgezogen werden konnte; zuletzt ergoss sich jauchigte, aashaft stinkende, röthlich braune Flüssigkeit. Nach dieser Entleerung hörte zur Stelle der lästige Zahnschmerz auf. Bis gegen Abend nimmt die Somnolenz des Kranken etwas ab, derselbe ist munterer. Die Geschwulst ist um ein Bedeutendes kleiner geworden, doch sind noch viele ungemein harte Stellen vorhanden. Der Puls hat noch die gleiche Frequenz.

Am 21. Jan., am Tage nach der Entleerung des Eiters, fühlt der Kranke merkliche Erleichterung. Der Kopfschmerz hat nachgelassen, Somnolenz verliert sich. Das Gesicht des Kranken ist componirter. Pulsfrequenz hat abgenommen (90). Es werden Einspritzungen von Chamillenabsud gemacht, und Mineralsäuren fortgereicht.

24. Jan. Die durch die Blasenpflaster erzeugten Geschwürsstellen sind nun völlig vernarbt. Die Eiterung aus der bestehenden Fistel dauert fort. Druck schmerzt nicht. Die vordere Hals- und Unterkiefergegend ist ohne Geschwulst; die Weichtheile haben den normalen Tonus. Es findet sich indess seitlich von beiden Unterkieferwinkeln nach vorwärts etwa in der Ausdehnung eines Kronenthalers je eine sehr harte Stelle. Das Allgemeinbefinden ist gut. Der Kranke hat ruhigen Schlaf und kann Compakteres schlingen. Auf die beiden verdächtigen Stellen werden Blasenpflaster gelegt. Die Mineralsäuren bleiben weg.

Am 1. Febr. sind die harten Stellen verschwunden. Der Kranke fühlt sich wohl.

Am 9. Febr. Heute — obwohl der Kranke die ganze Nacht geschlafen hatte — ist das Sprechen unmöglich. Bei der Untersuchung des Halses entleert sich aus der noch bestehenden Fistel sehr viel dicker Eiter ohne specifischen Geruch. Die Sprache kehrte während der Entleerung des Eiters wieder, ebenso waren nachher alle Schmerzen verschwunden, die während der Untersuchung heftig gewesen waren. Die Einspritzungen werden fortgesetzt. Das Allgemeinbefinden ist gut.

11. Febr. Es hat sich heute Nacht wieder eine Geschwulst an der vordern Seite des Halses gebildet, die dunkle Fluctuation zeigte; da dieselbe bis Nachmittag sich vergrösserte, da sich Sprachlosigkeit, Schmerz in der Unterkieferzahnreihe wieder eingestellt hatten, da sich gestern die Fistel geschlossen hatte, so machte ich am unteren Ende der Geschwulst eine Oeffnung, aus der sich eine grosse Menge dicken gelblichen Eiters entleerte. Nachdem ein Theil desselben abgeflossen war, kam die Sprache wieder und die Zahnschmerzen waren wie mit einem Schlage weggezaubert. Allgemeinbefinden ungestört. Es werden die aromatischen Injectionen wieder gemacht.

Am folgenden Morgen entleerte sich beim Verbande wieder sehr viel Eiter.

Am 13. Febr. war die Eiterung geringer und nahm täglich fort und fort ab. Das Allgemeinbefinden wurde nicht weiter gestört. Bis zum 20. Febr. hatte sich die neue Abscessöffnung geschlossen. Die ganze Halsgegend war weich und keine verdächtige Stelle mehr zu finden. Der Kranke war während seiner Krankheit sehr mager geworden.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Fälle von Krankheiten des Rückenmarkes, beobachtet in der medicinischen Klinik in Giessen.

Von

Professor Dr. Jul. Vogel und Dr. Dittmar.

(Fortsetzung aus No. 28.)

I. Fall von Paralysis, bedingt durch eine Exostose eines Halswirbels, mit physiolog. Bemerkungen.

Mitgetheilt von Prof. Jul. Vogel.

Dieser Krankheitsfall, wiewohl trostlos in therapeutischer Hinsicht, hat ein Interesse theils wegen der seltenen pathologisch-anatomischen Veränderung, welche die Lähmung veranlasste, theils weil er einen kleinen Beitrag liefert zur Lösung einiger Fragen, die sich auf die Anatomie und Physiologie des Rückenmarkes und seiner Nerven beziehen. Aus beiden Gründen scheint er mir einer Mittheilung werth.

Anna Bamberger, Dienstmagd aus Romrad, 16 Jahr alt, kam im August 1849 mit einer Lähmung der unteren und oberen Extremitäten und des grössten Theiles des Rumpfes auf meine Klinik.

Die Kranke war in ihren ersten Lebensjahren immer gesund gewesen. In ihrem 8. Jahre überstand sie eine schwere Krankheit, während der sie 6 Wochen lang das Bett hüten musste. Sie erholte sich zwar darnach, litt jedoch später zeitweise an Kopfschmerzen und Eingenommenheit des Sensoriums, wozu sich bisweilen Erbrechen gesellte. Diese Leiden steigerten sich in ihrem 10. Lebensjahre zu heftigen Anfällen von Hemicranie, welche ziemlich häufig kamen, in der Regel mehrere Tage anhielten und mit Erbrechen endigten. Als die Kranke in ihrem 15. Lebensjahre einen Dienst antrat, dauerten nicht bloss diese Anfälle von Hemicranie fort, es entwickelte sich auch ganz allmälig ein solcher Grad von Schwäche und Hinfälligkeit, dass sie ärztliche Hülfe suchen musste. Sie nahm Leberthran, der ihr Anfangs Erleichterung verschaffte, doch nur für kurze Zeit. Gegen Ende des letzten Winters nahm die allgemeine Schwäche so zu, dass B. Ostern ihren Dienst verlassen musste und in ihre Heimath zurückkehrte. Dort ging das unbestimmte Gefühl von Schwäche ziemlich rasch in eine Lähmung über, welche allmälig fortschreitend sich über den grössten Theil ihres Körpers verbreitete. Zuerst, gleich nach Ostern, wurde die linke obere Extremität gelähmt, darauf die rechte obere, dann die Muskeln des Rumpfes, die linke und zuletzt die rechte untere Extremität. Die Zeit, welche zur Ausbildung dieser Lähmung erforderlich war, betrug etwa 6 Wochen (von Ostern bis Pfingsten). Von Pfingsten bis zur Aufnahme der Kranken in die Klinik (etwa 3 Monate) war keine wesentliche Aenderung in ihrem Befinden eingetreten, mit der Ausnahme, dass die früher vorhandenen Anfälle von Hemicranie gänzlich ausgeblieben waren.

Der Zustand der Kranken bei ihrer Aufnahme war folgender:

Sie ist von kleiner Statur, zartem Körperbau, fast kindlichem Habitus (die Körperlänge betrug nur 135 Cm., der Umfang des Thorax unterhalb der wenig entwickelten Mammae nur 56 Cm.!), sie war noch nie menstruirt. Das Sensorium frei, alle Sinnesorgane normal, die Sprache unbehindert. Alle Kopf- und Halsmuskeln konnten willkürlich bewegt werden; dagegen hob sich der Thorax bei der Respiration sehr wenig. Die Arme und Hände waren vollkommen gelähmt und hingen schlaff herab, ebenso verhielten sich die unteren Extremitäten — doch wurden in letzteren durch Kitzeln, Bespritzen mit kaltem Wasser etc.

schwache Reflexbewegungen hervorgerufen, was an den oberen Extremitäten nicht gelang. Das Gefühl in den gelähmten Gliedern war nicht beeinträchtigt, jede Berührung wurde empfunden, Kälte und Wärme deutlich unterschieden. Die Kranke klagte über Schmerzen in den gelähmten Theilen, die immer vorhanden waren, aber an Intensität sehr wechselten und bisweilen, besonders Nachts, einen hohen Grad erreichten. Sie wurden durch Druck vermehrt und waren immer an den Theilen am stärksten, auf welchen die Kranke gerade lag, daher sie sehr häufig ihre Lage zu verändern wünschte. Dies musste auf ihr dringendes Bitten oft 10 bis 12 Mal in einer Nacht geschehen. Die Temperatur der oberen Extremitäten war wenig, die der unteren etwas mehr vermindert.

Der Appetit war gut, der Stuhlgang sehr träge und erfolgte gewöhnlich nur einmal in einer Woche. Die Urinentleerung war unregelmässig, bald stockend, bald erfolgte sie unwillkürlich.

Lungen, Herz, Leber und Milz boten keine Abnormität dar. Die Kranke war vollkommen fieberlos. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergab gar keine Abnormität, weder stärkeres Hervortreten noch besondere Empfindlichkeit einzelner Wirbel.

Bei einer Würdigung dieses Falles in prognostischer und therapeutischer Hinsicht musste sich vor Allem die Frage aufdrängen: was ist die Ursache der Lähmung?

An eine peripherische Ursache (Druck auf peripherische Nerven etc.) konnte nicht gedacht werden, dagegen sprachen zu viele, Umstände auf das Entschiedenste. Zuerst die weite Ausbreitung der Lähmung über einen so grossen Bezirk des Nervensystems, was nicht leicht bei peripherischen Lähmungen vorkommt, und die Abwesenheit von ursächlichen Momenten, welche so weit verbreitete peripherische Lähmungen zu bedingen pflegen, wie rheumatische Exsudationen — 2) sprach dagegen das Zustandekommen von Reflexbewegungen und 3) der Umstand, dass hier nur die motorischen Nervenfasern gelähmt, die sensiblen bloss gereizt und die sympathischen wenig oder gar nicht afficirt waren, während bei Affectionen peripherischer Nervenstämme, in welchen die drei Arten von Fasern nebeneinanderliegen, neben der Lähmung immer auch Anästhesie und Störungen der Ernährung (Neigung zu Hyperämien, Exsudationen, Verschwärungen) zugegen sind.

Die Ursache der Lähmung musste demnach eine centrale sein, d. h. entweder im Gehirn- oder im Rückenmark ihren Sitz haben.

Gegen die Annahme einer vom Gehirn abhängigen Lähmung sprachen wiederum erhebliche Gründe:

1) Eine grosse Klasse von Gehirnlähmungen ist halbseitig (Hemiplegie). Zu dieser zahlreichen Art von Lähmungen konnte unser Fall nicht gehören.

2) Bei vom Gehirn ausgehenden Lähmungen sind wohl immer mehr oder weniger Gehirnnerven, so wie das Sensorium bei der Lähmung betheiligt, wenigstens vorübergehend, was bei unserer Kranken nicht der Fall ist und auch früher nie der Fall war.

So kam man also durch Ausschliessung auf eine vom Rückenmark abhängige Lähmung. Es handelte sich nun darum, die Entstehungsweise und Beschaffenheit derselben genauer zu bestimmen.

Dass sie nicht von einer blossen Functionsstörung des Rückenmarkes, durch veränderte Innervation, abnorme Blutvertheilung etc. abhing (hysterische Lähmung), dafür sprach das stetige Fortschreiten, die lange Dauer und das unveränderte Bestehen der einmal ausgebildeten, sowie die Abwesenheit aller hysterischen Symptome bei unserer Kranken.

Es war daher wahrscheinlich, dass irgend eine materielle Ursache (organische Veränderung, Ablagerung, Geschwulst) das Rückenmark an einer bestimmten Stelle in der Art afficirte, dass die Fortleitung des Willensimpulses vom Gehirn durch die vorderen motorischen Stränge des Rückenmarkes nach der Peripherie an der erkrankten Stelle gehindert, die hinteren, sensiblen Stränge dagegen in der Art gereizt wurden, dass Schmerz (Hyperästhesie) entstand, welcher nach dem Gesetze der excentrischen Erscheinung in die Peripherie verlegt wurde.

Es konnte keine Schwierigkeit haben, die Stelle des Rückenmarks, wo eine solche Affection ihren Sitz haben musste, genauer zu bestimmen.

Da die oberen Extremitäten vollständig gelähmt waren, so mussten alle die motorischen Partien des Rückenmarkes, aus welchen der *Plexus brachialis* entspringt, afficirt sein. Dieser Plexus besteht aber aus den 4 untersten Hals- und dem obersten Brustnerven. Es musste demnach die Affection des Rückenmarkes bis zum 4. Halswirbel in die Höhe reichen. Eine genauere Bestimmung der oberen Grenze der Lähmung am Halse selbst, durch eine Untersuchung des Zustandes, in welchem sich die einzelnen Halsmuskeln befanden, führte zu keinem Resultate. Ich versuchte wiederholt durch eine genaue Betrachtung der einzelnen Halsmuskeln die Frage zu entscheiden, welche derselben die Kranke willkürlich bewegen konnte, welche nicht — das Resultat blieb immer zweifelhaft, und schien sich auch einmal ein bestimmtes Factum herauszustellen, so wurde es doch durch eine spätere Untersuchung immer wieder wankend gemacht.

Zum Glück liess sich die Frage nach der oberen Grenze der Rückenmarksaffection auf eine andere Weise entscheiden. Die Beobachtung ergab, dass die Kranke das Zwerchfell vollkommen bewegte, ja ihre Respiration war eine vorzugsweise abdominelle. Der *Nervus phrenicus*, dessen Hauptstamm bekanntlich vom 4. Halsnervenpaar entspringt, musste sich demnach oberhalb der erkrankten Stelle des Rückenmarkes befinden. Es musste demnach die obere Grenze der Affection zwischen den 4. und 5. Halswirbel fallen. Eine ebenso scharfe Bestimmung ihrer unteren Grenze war natürlich nicht möglich; da indessen Stuhl- und Urinentleerung zwar unregelmässig, aber doch nicht in hohem Grade gestört waren, also der Tonus der unteren Rückenmarkspartien, wiewohl geschwächt, noch fortbestand, so war es wahrscheinlich, dass die Affection sich über die unteren Rückenmarkspartien gar nicht oder nur in geringerer Intensität erstreckte.

Nun kam die Frage in Betracht: von welcher Art ist die Affection? Es liessen sich verschiedene materielle Veränderungen denken, welche die Functionsstörung des Rückenmarkes hervorbringen konnten — eine Krankheit eines oder mehrerer Halswirbel, oder des Intervertebralknorpels zwischen dem 4. und 5. Halswirbel, Veränderung der Meningen oder des Rückenmarkes selbst an der genannten Stelle — pathologische Neubildungen, Hydatiden, Bluterguss u. dgl.

Von diesen Affectionen liessen sich einzelne als unwahrscheinlich ausschliessen — so namentlich cariöse Zerstörung der Halswirbel, welche bekanntlich eine sehr häufige Ursache solcher Lähmungen ist. Die Wirbel, welche in diesem Falle hätten zerstört sein müssen, der 4. und 5. Halswirbel, zeigten bei der genauesten Untersuchung keine nachweisbare Abnormität, keine Schmerzhaftigkeit, die Wirbelsäule wich an dieser Stelle nicht von ihrer normalen geraden Richtung ab, eine winkelige Knickung fehlte durchaus — ebenso konnte man nicht an eine *Meningitis spinalis exsudativa* als Ursache der Lähmung denken, da diese viel rascher zu verlaufen pflegt und nicht leicht ohne gleichzeitige Theilnahme der obersten Partien des Rückenmarkes und des Gehirns auftritt — ebenso schien ein Blutextravasat unwahrscheinlich, da dieses wie bei der blutigen Apoplexie des Gehirns rasch aufzutreten pflegt.

Hier schien die Diagnose an der Grenze angelangt, deren Ueberschreitung auf das Gebiet vager Hypothesen zu führen drohte, und es musste dahin gestellt bleiben, ob die Ursache der Lähmung in einer Affection der Medulla, oder einer Exostose, oder einer anderweitigen Geschwulst zu suchen sei.

Die Prognose erschien ungünstig — eine Heilung der Lähmung war kaum zu erwarten; war der pathologische Process abgelaufen, welcher die Lähmung veranlasste, so durfte man hoffen, dass das Uebel stationär bleiben würde; war er dagegen noch im Fortschreiten begriffen, so konnte durch Hineinziehen der respiratorischen Nerven und der *Medulla oblongata* in die Lähmung der Tod erfolgen.

Bei der Behandlung ging ich von folgender Ueberlegung aus: War der Process, welcher die Lähmung veranlasste, bereits abgelaufen, so konnten Mittel, welche anregend auf die Function und den Stoffwechsel der motorischen Rückenmarkspartien und der peripherischen Nerven einwirken, von Nutzen sein. Zeigten sich dergleichen Mittel unwirksam — was sich jedenfalls bald herausstellen musste — so war es immer noch Zeit, zu solchen Mitteln überzugehen, welche einem verbandenen Reizzustand des Rückenmarkes und seiner Umgebungen, der Bildung einer Geschwulst u. dgl. entgegen wirken konnten. Von örtlichen Blutentziehungen oder eingreifenden Ableitungen durch *Ferrum candens*, Caustica etc., glaubte ich wenigstens für die erste Zeit abstehen zu müssen, da ihre Anwendung bei der schwächlichen Kranken nicht unbedenklich schien und bei der langen Dauer, dem langsamen Fortschreiten des Uebels es keinen grossen Schaden bringen konnte, wenn sie erst später in Gebrauch gezogen wurden, nachdem vorher rascher wirkende Mittel versucht worden waren. Der klinischen Beobachtung und des Unterrichtes wegen schien es zweckmässig, nicht mehrere Mittel gleichzeitig, sondern eines nach dem andern anzuwenden.

Die Kranke bekam zuerst *Strychnin. nitr.*, zu $^1/_{12}$ Gr., Anfangs 1 mal, dann 2 mal, später 3 mal täglich, bis sich nach etwa 10 Tagen heftige Schmerzen und Zuckungen einstellten — es erfolgte nicht die geringste Besserung. Das Strychnin wurde ausgesetzt und dafür warme Bäder mit kalter Rückendouche angewendet; nach einigen Tagen wurde damit die tägliche Anwendung des Elektromagnetismus verbunden. Nicht der geringste Erfolg.

Nun wurde *Secale cornutum* angewandt (ein Decoct von 2 Dr. auf 6 Unzen, 2stündl. 1 Esslöffel). Es hatte, über eine Woche gebraucht, nicht die geringste Wirkung.

Nach diesem vergeblichen Gebrauch von Mitteln, welche excitirend auf das motorische Nervensystem wirken, schien es passend, zu solchen überzugehen, welche auf eine vorhandene Geschwulst, Entzündungsprodukt u. dgl. auflösend wirken konnten. Ich wählte zuerst das

Jodkalium. Die Kranke begann mit 10 Gr. täglich. Nach achttägigem Gebrauch desselben hatte sich nicht die geringste Veränderung im Befinden der Kranken ergeben, als plötzlich ohne nachweisbare Ursache die Erscheinungen eines acuten Lungenödemes eintraten — heftige Dyspnoe mit wässerig-schleimigem Auswurf, über beide Lungen tympanitischer Percussionston, überall Rasselgeräusche. Ein gereichtes Brechmittel brachte augenblickliche Erleichterung, die aber bald wieder verschwand. *Plumbum aceticum* mit *Digitalis*, āā 1 gr. 2stündlich, der Schröpfstifel, Senfteige, scharfe Klystiere, ein nochmaliges Brechmittel waren nicht im Stande, die Lungenaffection abzuschneiden, die schon am nächsten Tage den Tod der Kranken herbeiführte.

Die Section, 24 Stunden nach dem Tode, ergab Folgendes: Die Pleura beider Lungen, namentlich der rechten, durch alte organisirte Adhäsionen verwachsen. Trachea und grosse Bronchien beider Lungen mit zähem citrigem Schleime gefüllt. In beiden Lungen die oberen und vorderen Partien emphysematös, in den hinteren und unteren Oedem mit Hyperämie, an einzelnen Stellen bis zur rothen Hepatisation entwickelt. Die durchschnittenen kleinen Bronchien entleerten eine gelbliche, eiterige Flüssigkeit.

Im Herzbeutel etwas mehr Serum als gewöhnlich. Die linke Herzhälfte fast leer, in der rechten bedeutende Fibrincoagula, die sich bis weit in die *Art. pulm.* erstreckten.

Die übrigens normale Leber sehr klein (Gewicht 812 Grammes). Milz klein (Gewicht 78 Gramm.). Pancreas, Magen und Darm normal. Genitalien kindlich.

Nach Eröffnung des Schädels erschien die *Dura mater* sehr hyperämisch. Im *Sinus longitudinalis*, namentlich nach hinten, reichliche Faserstoffgerinnsel. Die gesammten weichen Hirnhäute in hohem Grade hyperämisch, übrigens dünn und liessen sich leicht von den Wandungen abziehen. Die Substanz des grossen Gehirns stark hyperämisch mit vielen Blutpunkten; die graue Substanz sehr markirt. Ventrikel normal. Uebrigens keine Abnormität mit Ausnahme einer etwas verstärkten Consistenz, welche namentlich in den beiden *Cruribus cerebelli ad pontem* sehr auffallend war. (Die bedeutende Gehirnhyperämie war jedenfalls erst in der letzten Zeit des Lebens entstanden und, wie die Ueberfüllung des rechten Herzens, eine Folge der Lungenhyperämie).

Nach Eröffnung der Rückenmarkshöhle von hinten erschien in der Gegend der mittleren Halswirbel die *Dura mater* ungewöhnlich ausgedehnt, den Wirbelkanal vollkommen ausfüllend; diese Anschwellung verlor sich nach unten. Beim Durchschneiden des Rückenmarkes am *Os sacrum* floss eine grosse Menge Cerebrospinalflüssigkeit aus. Nach Herausnahme des Rückenmarkes erschien im Wirbelkanal in der Gegend des 3. bis 5. Halswirbels eine Geschwulst von der Grösse einer grossen Mandel, welche von den Wirbelkörpern entspringend in die Rückenmarkshöhle hineinragte. Sie war durch eine seichte Längsfurche etwas eingeschnürt und in 2 Hälften abgetheilt, etwa wie der Kern einer Dattel. Durch diese Geschwulst wurde natürlich das Rückenmark in der Gegend des 4. und 5. Halswirbels von vorn nach hinten comprimirt, und zeigte an der Höhe der Geschwulst an seiner Vorderseite einen deutlichen Eindruck. Die *Dura mater* war aussen mit der Geschwulst verwachsen, ihre Innenfläche war glatt und normal. Die Nervenwurzeln an dieser Stelle erschienen normal, ebenso das übrige Rückenmark.



Um die Beschaffenheit der Geschwulst genauer zu studiren, wurde der Halstheil der Wirbelsäule von oben nach unten durchsägt. Hierbei ergab sich folgendes interessante Verhalten, welches die nebenstehende Abbildung erläutert. Die Geschwulst ging vom 4. Halswirbel aus, und ihre stärkste Vorragung in den Wirbelkanal entsprach demselben, sie breitete sich jedoch, sich allmälig abflachend, auch vor den Körpern des 3. und 5. Halswirbels aus. Ihr vorderster, in's Lumen des Wirbelkanales hineinragender und mit der *Dura mater* verwachsener Theil bestand aus Fasergewebe, dem verdickten Periost, ihr innerer dagegen aus einem weichen spongiösen Knochengewebe, welches sich unmittelbar in die Substanz des 4. Wirbels fortsetzte. Der Körper des 4. Halswirbels selbst war fast ganz geschwunden und zwischen den beiden Intervertebralknorpeln kaum $\frac{1}{4}$ Linie hoch; an seiner vorderen Seite befand sich eine ähnliche, jedoch viel kleinere Knochengeschwulst, als hinten. Es sah aus, als wäre die Substanz dieses Wirbels in Brei verwandelt und stark von oben nach unten comprimirt worden, wobei sich das Periost auf beiden Seiten, namentlich hinten beutelförmig hervorgetrieben und einen Theil der Knochenmasse als Inhalt aufgenommen hätte, der später wieder erstarrt sei. Natürlich hat man sich die Entstehung nicht so zu denken. Ich glaube, dass durch einen chronischen Entzündungsprocess die Substanz des Wirbels allmälig erweicht und resorbirt wurde, während gleichzeitig das entzündete Periost sich allmälig verdickte und durch Exsudation zur Bildung neuer Knochensubstanz Veranlassung gab. Ueber die entferntere Ursache dieses interessanten Krankheitsprocesses möchte ich nicht einmal eine Vermuthung wagen. Von einer Dyscrasie war bei der Kranken keine Spur, — von Wirbeltuberkulose unterscheidet sich der Fall sehr bestimmt — und wenn man auch, wie unsere Kranke es that, den Process als Folge einer Erkältung betrachten will, so bleibt es doch dunkel, warum die Erkältung gerade diese und keine anderen Folgen hervorbrachte.

Unser Fall hat aber nicht bloss ein Interesse für Diagnostik und pathologische Anatomie, sondern auch für die Physiologie.

Zunächst fragt es sich, ob man daraus nicht Schlüsse ziehen kann auf den Faserverlauf im Rückenmark? Die Compression des Rückenmarkes durch die Geschwulst war, wie die Erscheinungen ergeben, keine gleichmässige: die vorderen, der Geschwulst zunächst liegenden motorischen Stränge des Rückenmarkes wurden, wie sich im Voraus erwarten liess, am stärksten gedrückt und gelähmt, d. h. die Fortleitung des Willensimpulses durch sie zu den peripherischen Nerven gehindert — die hinteren sensiblen Stränge wurden nicht so stark gedrückt, sie wurden nur gereizt. Betrachten wir nun die Reihenfolge, in der die Lähmungserscheinungen bei unserer Kranken auftraten, so finden wir, dass die oberen Extremitäten zuerst gelähmt wurden, die unteren erst später. Man darf aber daraus wohl schliessen, dass die Bewegungsnerven für die oberen Extremitäten im Halstheile des Rückenmarkes die oberflächlichste Schichte bilden, während die für die unteren Extremitäten bestimmten mehr in der Tiefe verlaufen.

Aber unser Fall bot noch eine andere physiologische Merkwürdigkeit dar, die ich jetzt erst erwähne, weil sie für die Krankheitsgeschichte ohne Bedeutung ist. Die Kranke wurde nach ihrer Aufnahme einer wiederholten genauen Untersuchung in Bezug auf die Beweglichkeit ihrer einzelnen Körpertheile unterworfen. Dabei ergab sich die überraschende Thatsache, dass sie den Mittelfinger der linken Hand deutlich bewegen konnte, während alle übrigen Theile der beiden oberen Extremitäten vollkommen gelähmt waren. Da die Kranke diese Erscheinung früher nie beobachtet haben wollte, so wurde dieselbe Anfangs als Zeichen einer beginnenden Besserung freudig begrüsst — ein Irrthum, von dem wir leider bald zurückkommen mussten. Diese Beweglichkeit des genannten Fingers zeigte sich bei fortgesetzter Beobachtung constant, bald mehr bald weniger deutlich; sie wurde von zahlreichen Zeugen so oft constatirt, dass darüber kein Zweifel bleiben konnte.

Wie erklärt sich nun diese auffallende Thatsache? Wenn die zum linken Mittelfinger gehenden motorischen Nervenfasern bei unserer Kranken an eben denselben Stellen entsprangen und auf dieselbe Weise verliefen, wie die anderen Bewegungsnerven der linken Hand, so muss es sehr räthselhaft erscheinen, warum sie allein durch den Druck der Geschwulst nicht afficirt wurden. Deshalb erscheint es mir wahrscheinlicher, dass sie einen anderen Ursprung hatten, als die übrigen Fasern weiter oben im Rückenmark, und sich erst später ausserhalb des Wirbelkanales dem *Plexus brachialis* beimischten, eine Hypothese, die noch wahrscheinlicher wird durch eine Beobachtung, welche mir Herr Prosector Dr. Eckhard mittheilte. Derselbe erhielt nämlich einmal bei einem Kaninchen durch Reizung des 2. Brustnerven Zuckungen in den Flexoren der Finger der oberen Extremitäten.

Ich begnüge mich hier, diese Gegenstände der Aufmerksamkeit der Physiologen zu empfehlen.

Mittheilungen aus dem Maria-Bürgerspital zu Aachen.

Von

Dr. Metz, königl. Sanitätsrathe etc.

(Fortsetzung aus No. 29.)

1. Resection eines 3 Zoll langen Stückes des untern Endes der Ulna. Exarticulation sämmtlicher Finger und Mittelhandknochen, mit Schonung des Daumens und des Metacarpus des Zeigefingers. Tetanus. Dennoch Heilung.

Einem 15 Jahre alten, gesunden Fabrikarbeiter, O. N., in einer Spinnerei beschäftigt, wurde die linke Hand zwischen zwei durch eine Dampfmaschine getriebenen Kammrädern auf eine grässliche Weise zer-

quetscht und verstümmelt. Durch die zwischen das Räderwerk gerathene Hand blieb dasselbe stillstehen, und konnte der Theil nur durch das schnelle Auseinanderschrauben der Maschine befreit werden. Der Unglückliche, in's Spital gebracht, zeigte folgende Verletzungen:

„Ausser dem Daumen und dem Mittelhandknochen des Zeigefingers waren die übrigen Finger und Metacarpi, sowie das untere Drittel der Ulna theils zerquetscht, theils zermalmt. Die den Theilen entsprechenden Weichgebilde hingen verstümmelt und zerfetzt als eine unförmliche Masse herunter. Der Radius indessen war der zerstörenden Verletzung entgangen. Die *Art. ulnaris* war zerrissen, doch war die Hämorrhagie, wie dies bei derartigen Quetschungen der Fall ist, nicht sehr bedeutend."

Bei dieser enormen Verstümmelung fand zwar die Amputation des Vorderarmes ihre Anzeige, jedoch hielten mich hiervon mehrfache Gründe zurück, denn:

1) war die *Art. radialis* und *interossea*, sowie die grossen Nervenstämme unverletzt geblieben, wodurch den Theilen der Hand, die möglicher Weise noch erhalten werden konnten, die Zuführung hinlänglicher Ernährung nicht mangelte;
2) war die mögliche Erhaltung des Pollex und des Metacarpus des Index für den Unglücklichen von unberechenbarem Vortheil und Gewinn, indem jedenfalls hierdurch zur Arbeit vorliegende Gegenstände besser gehalten und gehandhabt werden können, wie durch einen blossen Stumpf;
3) blieb, wenn dieser Erhaltungsplan scheitern oder nicht vollständig gelingen sollte, die Amputation unbeschadet als letztes heilendes Mittel immer noch übrig.

Nachdem das Tourniquet auf die *Art. brachialis* angelegt war, wurde damit begonnen, sämmtliche gequetschte Metacarpalknochen, ausser den genannten unlädirten Theilen des Pollex und Index, bis zu den Handwurzelknochen, welche unverletzt geblieben waren, zu exarticuliren. Von der Ulna wurde das untere Drittel resecirt, jedoch so, dass das Gelenkköpfchen in seiner Verbindung mit dem Handwurzelgelenk verblieb. Hierauf erhielt die Wunde, so weit es thunlich war, theils durch die blutige Naht, theils durch Heftpflasterstreifen eine Vereinigung; ein gefensterter Ceratlappen und kalte Compressen wurden aufgelegt und hierauf dem Arme eine passende Lage gegeben.

Ordination: Clysmata, *Mixt. e Natr. sulph. c. Nitro;* Abends gegen die grosse Irritabilität des Nervensystems *Pulv. Doweri;* örtlich kalte Umschläge, später bei Vermehrung der Hitze Eisapplication.

Am 6. Tage, bei der ersten Lösung des Verbandes, zeigte sich beginnende Eiterung. Heftpflaster sowie die Nähte wurden theilweise entfernt. Die zurückgebliebenen gequetschten Weichtheile der Hand und des untern Theils des Vorderarmes gingen in Gangrän über. Es wurden nun *Cataplasm. Far. Sem. Lini c. Spec. aromat.* und innerlich Mineralsäuren nebst passender Diät angewandt. Die brandigen Partien stiessen sich allmälig ab, und die Wunde sowie der Eiter nahmen eine gutartige Beschaffenheit an. Leider aber zeigten sich gegen den 13. Tag Erscheinungen des Trismus und Tetanus, welche in ihrer Fürchterlichkeit 6 Wochen lang anhielten. Das Leiden des Kranken, der immer bei voller Kraft des Bewusstseins blieb, war jammervoll anzusehen. Die fest auf einander geklemmten Kiefer konnten entweder gar nicht, oder nur auf einige Secunden, unter aller erdenklichen Mühe und mancherlei Manövern, von einander entfernt werden; das Schlucken war im höchsten Grade erschwert. Heftige Krämpfe und Stösse durchzuckten ruckweise, gleich elektrischen Schlägen, den Körper, beginnender Opisthotonus gesellte sich endlich den unsäglichen Leiden hinzu, und schien die Katastrophe ihrem Ende zuführen zu wollen. — Die Wundfläche, welche sich bis heran eines gutartigen Aussehens zu erfreuen hatte, wurde gleich mit dem Ausbruche der gefährlichen Symptome missfarbig, sonderte schlechten Eiter ab und schmerzte sehr. Den *Catapl. emoll.* wurden Narcotica, bald *Herb. Hyoscyami, Cicut.*, bald *Opium pulv.* beigemischt. Zur Beruhigung und Umstimmung des Nervensystems wurden Venäsectionen und das Opium in Verbindung mit Calomel angeordnet. Die so ungemein gerühmte Stütz'sche Methode hat auch hier ihre volle Wirksamkeit entfaltet, und behauptete nach 6wöchentlicher strenger Anwendung das Feld, welches jene bösen Gesellen mit aller Hartnäckigkeit besetzt hatten. — Allgemeine lauwarme Bäder mit *Kali causticum siccum*, Einreibung des Körpers, namentlich des Rückens, mit warmen Oelen, Einreibung der Kiefergelenke mit *Linim. volat. camph. c. Ol. Hyosc. et Tinct. thebaica*, krampfstillende Clysmen aus *Asa foetida* und *Infus. Valerian.* wurden dem innern Gebrauche von *Kali carbon.* und grossen Dosen Opium an die Seite gesetzt. Die Vernarbung der Wundfläche konnte, da Patient eine so harte Schule durchgemacht hatte, nicht den gewöhnlichen raschen Fortgang nehmen, weshalb denn die Verzögerung des Heilungsprocesses sich bis in den 6. Monat hineinzog.

Fassen wir die Resultate zusammen, so bemerken wir, dass:

„Dem Patienten der Rest seiner Hand ohne weiteren operativen Eingriff, als den gleich nach der Verletzung dringend erforderlichen, erhalten worden ist. — Das rescicirte Ulnarende hat sich regenerirt; die Beweglichkeit im Handgelenke ist zwar theilweise etwas behindert in Folge der späteren Callusablagerung, doch ist der Daumen vollständig nach jeder Richtung hin beweglich, und vermag im Vereine mit dem zurückgelassenen Metacarpalknochen des Index erfasste Gegenstände mit der gewöhnlichen natürlichen Stärke festzuhalten."

Patient ist mir im Laufe der Zeit öfter zu Gesicht gekommen, und zwar habe ich denselben mehrmals in der Eigenschaft als Fuhrmann gesehen, wo er den zwar nicht allzu feurigen und muthigen Gaul mit den Rudimenten seiner linken Hand ordentlich zu leiten verstand, gewiss ein Umstand, der dem conservativen Eingreifen zur grössten Zufriedenheit gereicht.

2. Resection eines 3 Zoll langen Stückes der Tibia. Gangrän. Heilung. Spätere Abnahme sämmtlicher Zehen.

W. G., Eisenbahnarbeiter, 17 Jahre alt, von schwächlicher Constitution, seiner Angabe nach stets gesund gewesen, ging während nächtlicher Arbeiten halb schlaftrunken neben seinem in Gang gebrachten, glücklicherweise aber nicht beladenen Eisenbahn-Erdwagen einher, stolperte über einen im Wege liegenden Gegenstand, kam zum Fall, so dass der rechte Unterschenkel auf dem Schienenweg unter ein Rad gerieth, wodurch das Glied zerbrochen und ausserdem noch sehr beschädigt wurde. Sofort nach seiner Wohnung gebracht, wo er bis zum Morgen ohne Hülfe nachzusuchen liegen blieb, verlor er viel Blut und liess sich erst späterhin, als Schmerzen und Mattigkeit zunahmen, und Ohnmachten häufig mit einander abwechselten, in's Spital transportiren. Der Unglückliche musste viel Blut verloren haben, denn sein Aussehen war leichenblass, der Puls fast nicht zu fühlen, die Extremitäten waren kalt.

Bei der Untersuchung des Unterschenkels zeigte sich in der Mitte desselben ein Schiefbruch beider Knochen. Das obere fracturirte Ende der Tibia hatte die Weichtheile perforirt, so dass der Knochen in einem weiten Umfange seiner Bedeckungen beraubt mit zerrissenen Muskelpartien aus der ungefähr einen Handteller grossen Wundfläche $2^1/_2$ Zoll lang hervorragte. Dass eine Gefässruptur, wenn auch nicht bedeutenden Grades, mit erfolgt war, wurde durch die zeitweise eintretende Hämorrhagie angezeigt. Sämmtliche Zehen waren ebenfalls mehr oder weniger der Quetschung nicht entgangen, die Knochen jedoch noch von dem Fleische bedeckt.

Von der Naturhülfe das Beste hoffend, genügte ich vorerst der dringendsten Indication, indem ich den entblössten Knochentheil der Tibia in der Länge von 3 Zoll durch die Resection entfernte. Hierauf wurde die Wunde, soweit die erhaltene Haut dazu ausreichte, vereinigt und eine äussere und innere antiphlogistische Behandlung instituirt. Der fast bei allen Quetschungen und complicirten Brüchen so gefürchtete Feind, die Gangrän, erfasste auch hier, wie es bei der Grösse der Verwundung in Aussicht gestellt war, die Sohle des Vorderfusses, mehrere Zehen sowohl, als auch einen grossen Theil des Unterschenkels. — *Catapl. emoll.* mit *Spec. aromat.* kamen äusserlich, und innerlich Mineralsäuren in Anwendung. — Später bildete sich ein mächtiges Pseudoerysipelas, welches sich über den ganzen Oberschenkel erstreckte und Oeffnungen und grosse Dilatationen erheischte.

Die brandig gewordene Fusssohle, ein Theil der Fersenhaut, mehrere Glieder einzelner Zehen, sowie theilweise die Bedeckungen des Unterschenkels stiessen sich nach und nach unter gutartiger, jedoch sehr profuser Eiterung ab. Durch die Anlegung eines Pappverbandes über Ober- und Unterschenkel wurde die Suppuration beschränkt und der Bruch in gehöriger, fester Lage erhalten. Unter Einwirkung einer kräftigen Diät bemerkte man allmälige Besserung und nach Verlauf von 6 Monaten gänzliche Heilung, worauf Patient in seine Wohnung zurückkehrte.

Die noch zurückgebliebenen, von der Gangrän verschonten Zehen hatten sich in Folge der Verwachsung späterhin, nachdem Patient die Anstalt verlassen hatte, nach unten gekrümmt und hinderten ihn am Gehen. Ein halbes Jahr später fand sich der Kranke dieses Uebelstandes wegen, da er auch bei den geringsten Gehversuchen stets unglaubliche Schmerzen empfand und das Tragen eines Schuhes unmöglich gemacht wurde, wieder im Hospitale ein, um sich der Abnahme der Zehen zu unterwerfen. Es wurden dieselben in der Verbindung der Metacarpalknochen entfernt, indem aus der Fusssohle, insoweit es, des durch Brand erfolgten Substanzdefectes wegen, thunlich war, ein unterer Lappen gebildet worden, wodurch die Narbenbildung quer über den Stumpf zu liegen kam. Nach Verlauf von 6 Wochen war auch diese Vereinigung nach Wunsch vollendet, worauf alsbald Gehversuche angestellt werden konnten, die auch nach nicht gar langen Proben zur grössten Zufriedenheit ausfallen mussten.

In Folge dieser Resection des Schienbeins und der Uebereinanderschiebung des schief gebrochenen Wadenbeins steht dieser Unterschenkel dem gesunden nun ungefähr $^3/_4$ Zoll an Länge nach, jedoch ist dieser Verkürzung durch einen Schuh mit erhöhtem Absatz abgeholfen worden.

3. *Excisio astragali.* Vollkommene Heilung und Gebrauch des Fusses.

P. C., 20 Jahre alt, ein kräftiger, gesunder Landmann, auf einem Pachterhofe im hiesigen Landkreise wohnhaft, machte eines Nachmittags auf einem jungen, sehr muthigen Pferde einen Spazierritt; das Pferd scheute vor einem Gegenstande, bäumte sich und schlug mit dem Reiter rücklings um. C. hatte die Geistesgegenwart, während des Sturzes sein linkes Bein, welches der Berechnung nach unter das Pferd zu liegen kommen musste, aus dem Steigbügel zu befreien, und bestrebte sich mit aller Kraft, dasselbe der voraussichtlichen Quetschung und Verletzung zu entziehen. — Ein hoher und starker Sattelknopf jedoch traf mit heftiger Gewalt die innere Seite des linken Fusses unterhalb des Knöchels und blieb einige Secunden darauf ruhen. Das Pferd sprang auf, nicht so der Reiter; dieser sah sich, weil der Fuss ihn ungemein schmerzte, genöthigt, liegen zu bleiben, bis Vorübergehende ihn nach dem nächsten Orte trugen.

Ein herbeigerufener Landchirurg fand den Fuss luxirt und nahm alsbald die Reposition vor, welche auch nach seiner Versicherung bald gelungen. Hierauf wurde von demselben ein trockener Verband angelegt und Patient nach seiner Wohnung gebracht. Da nun aber in der Folge kein weiteres Kurverfahren angeordnet wurde, so konnte es nicht ausbleiben, dass sich eine heftige Entzündung der sehr gequetschten Theile einstellte. Vierzehn Tage nach dem Vorfall hinzugerufen, war der Befund folgender: Fuss und Unterschenkel waren gleichmässig und bedeutend angeschwollen, ödematös, stark geröthet und heiss anzufühlen. Die Schmerzhaftigkeit war am grössten in der Gegend des Fussgelenkes, woselbst auch ein mässig angebrachter Druck zu lautem Weheruf Veranlassung gab. Der noch sehr kräftige Kranke hatte starkes Fieber, trockene, belegte Zunge, trockene, brennende Haut, stark geröthetes Gesicht, und lag in beständigem Delirium.

Ordination: Aderlass, Blutegel, graue Salbe, Cataplasmen, bessere Lagerung des Gliedes, *Natr. sulph. c. Nitr.* — Unter dieser Behandlung zeigte sich nach einigen Tagen Fluctuation am Fussgelenke, zugleich entstand auch ein bedeutendes Pseudoerysipelas, welches fast den ganzen Unterschenkel einnahm. Gemachte Incisionen und grosse Dilatationen entleerten viel mit abgestorbenem Zellgewebe vermischten Eiter. Während der 3 folgenden Wochen trat grosse Besserung des Zustandes ein; die Schmerzen hatten abgenommen und das Gelenk war nicht mehr so unbeweglich wie vorher, jedoch nach dieser Zeit entzündete sich von Neuem dieselbe beinahe schon geschlossene Stelle, ging abermals in Abscessbildung über und entleerte nach gemachter Oeffnung eine Menge übelriechenden Eiters. Der untersuchende Finger drang in die Gelenkhöhle ein, und ergab, dass diese der Sitz der Entzündung gewesen, indem der Astragalus in zwei Theile getheilt, nekrosirt und nur noch mit wenigen Bandfasern an den entsprechenden Knochen adhärirend vorgefunden wurde. Nachdem die Incision zur Genüge erweitert und die abgestorbenen Knochenstücke mittelst einer Kornzange fixirt worden, wurden sie aus dem noch bestehenden Zusammenhange mit Leichtigkeit excidirt. Die Besichtigung des Sprungbeins ergab, dass dasselbe in der Mitte in zwei etwas ungleiche Hälften getrennt war. — Die nachfolgende Suppuration der Gelenkhöhle war profus, in Folge dessen der sonst blühend aussehende Kranke sehr abgemagert und geschwächt wurde. — Fussbäder von *Kali carbon. crud.*, später von Kreuznacher Mutterlauge, Cataplasmen, China mit Säure, kräftige, nährende Diät beschleunigten die Heilung und hoben die Kräfte.

Eine mit dem Gelenke communicirende Fistelöffnung schloss sich erst nach 7monatlichem Bestehen. Die Beweglichkeit des Fusses ist, wie ich seit der Zeit öfter zu sehen die Gelegenheit hatte, zum grössten Theil geblieben; die voraussichtliche Verkürzung des Beines beträgt $^1/_2$ Zoll. Letzterem Uebelstande ist indessen durch einen Schuh mit hohem Absatz abgeholfen worden, so dass Patient den gewohnten Geschäften nachgehen und ohne Beschwerde weite Strecken zurücklegen kann. In der ersten Zeit war der Gang etwas beschwerlich und unbeholfen, doch ist er durch Uebung so vollkommen gebessert worden, dass der bestehende Fehler selbst einem aufmerksamen Beobachter entgehen möchte.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Behandlung der Peritonäalergiessungen bei Kindern.

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Es ist Beobachtung, dass die Punction nicht leicht bei Kindern gelingt, und Trousseau hat Gelegenheit gehabt, davon eine traurige Erfahrung zu machen. Es bleibt daher hier viel gerathener, als unter jedem andern Umstande, dahin zu streben, dass die Ergiessung aufgelöst werde. Die Chancen der Resolution erweisen sich natürlich je nach der Natur der Ursachen, welche die Hydroperitonitis herbeigeführt haben oder unterhalten, wie die Behandlung es sein muss, verschieden. Sei diese aber auch von essentieller Natur, oder rühre sie von einer einfachen Entzündung des Peritonäums her, lägen ihr selbst Tuberkeln zum Grunde, so kann sie, nach Trousseau, sehr häufig mit Vortheil bekämpft und in jedem Falle durch ein zweckmässiges Verfahren eine ernste Complication entfernt werden. Die Behandlung besteht zu Anfang in der Anwendung von Calomel *in dosibus refractis*, und dann in der Application von Cataplasmen von Schierlingspulver auf den Bauch. Den Calomel reicht man täglich in der Dosis von $2^1/_2$ Centigrammen, die in 6 Pulver getheilt werden. — Nach Verlauf von einigen, höchstens 6 Tagen, kündigt sich Salivation an. Bisweilen stellt sich dann auch wohl etwas Diarrhöe ein. Man setzt das versüsste Quecksilber nun bei Seite und geht zu den Ueberschlägen von Cicuta über, mit welchen man den Bauch stets bedeckt hält. Da der Schierling ziemlich theuer ist und das Cataplasma sich über den ganzen Unterleib erstrecken muss, so lässt Trousseau auch den Breiumschlag auf folgende Weise bereiten: Man rührt 2 Esslöffel voll gepulverten Schierlings mit dickem Leinsamenwasser in der Art zusammen, dass davon ein Brei wird, den man über die Oberfläche eines Cataplasma von Leinsamenmehl ausdehnt. Man gewinnt damit dasselbe Resultat, wie mit dem Umschlage von reiner Cicuta, der aus 200 Grammen Schierlingspulver in einer genügenden Quantität warmen Wassers bereitet wird. — Im Hôpital des enfants malades zu Paris befand sich jüngst ein kleines Mädchen, das an einer Ascites litt, die 3 Monate alt war. Man bemerkte weder etwas Innormales von Seiten des Herzens, noch der Leber; man hatte inzwischen Veranlassung, die Existenz von Mesenterialtuberkeln zu fürchten. Nichts desto weniger wurde gegen das Leiden wie gegen eine *Peritonitis simplex* verfahren. Den 8. Tag fand sich der Speichelfluss in gehörigem Maasse ein, und man begann mit der Application der Cataplasmen. Nach 14tägiger Behandlung war die ergossene Flüssigkeit resorbirt, und man erkannte in der rechten Seite einen höckerigen und ungleichen Tumor von der Grösse eines Taubeneies und wahrscheinlicher tuberkulöser Beschaffenheit.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Oesterreich. Dem Prof. Dr. Oppolzer in Wien der k. sächs. Hofrathstitel; dem Oberarzte Dr. W. Jächl das Ritterkreuz des k. bair. St. Michael-Ordens; dem Unterarzte Abr. Winter vom 30. Inf.-Reg. das silberne Verdienstkreuz mit der Krone.

Preussen. Dem prakt. Arzte Dr. Lisner zu Ruhrort der Charakter als Sanitätsrath.

Würtemberg. Der General-Divisionsarzt Dr. Horlacher ist zum Ehrensenior des k. preuss. eisernen Kreuzes 2. Kl. ernannt worden.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt zu prakt. Aerzten: DD. Lautenbacher in Mainburg, L. Stich in Tapfheim. Gerichtsarzt Dr. Escherich in Bamberg zu solchem in Würzburg und zum Honorarprofessor bei der med. Facultät daselbst, mit der Verpflichtung, über Staatsarzneikunde zu lesen.

Preussen. Der Kreis-Wundarzt Wendrykowski zu Russ ist in den Kreis Heydekrug zurückversetzt worden.

Würtemberg. Ernannt: Chir. Dr. Burger in Ulm zum Oberamts-Wundarzt in Münsingen.

Todesfälle. Baiern. Dr. Grueber, Unterarzt im 1. Art.-Reg. Dr. Weigel in Marseille, politischer Flüchtling aus Kandel.

Oesterreich. Pens. Ober-Feldarzt G. Forstner in Wien.

Preussen. Kreisphysikus und Sanitätsrath Dr. Eichelberg in Wesel und Regimentsarzt Dr. Trüstedt in Bromberg.

Schweiz. Prof. Dr. L. Oken in Zürich, 74 Jahre alt.

Sonnabend, № 39. 27. September 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Das Argentum nitricum und seine Anwendungsweise in verschiedenen Krankheiten der Kinder.

Von
Dr. Hauner,
Privatdocent und Arzt am Kinder-Spital zu München.

Wer mit Ruhe, Gewissenhaftigkeit und strenger Prüfung seit einer Reihe von Jahren — ich will die letzten zwei Decennien annehmen — die Reformation in der Medicin angesehen, gefühlt und erprobt hat, dem wird es nicht entgangen sein, dass auch in der Therapie beim Wechsel der Heilsysteme, der vorzüglich aus den Forschungen der Chemie, der pathologischen Anatomie und Physiologie hervorgerufen wurde, ein Umschwung sich ergeben hat, der einestheils in der einfacheren Anwendung der Arzneien, anderntheils in der genaueren Kenntnissnahme und Prüfung der Arzneistoffe besteht, — hin und wieder auch in der Aufnahme von neuen, seither wenig oder gar nicht gekannten Medicamenten, oder aber auch in der Ausmerzung früher gepriesener, aber in der That nur wenig Nutzen schaffender Arzneimittel gelegen ist.

Wenn es in ersterer Beziehung von unschätzbarem Nutzen ist, dem Naturheilverfahren grössere Würdigung zukommen zu lassen, was von jeher die vernünftigen Aerzte gethan, so wäre es in zweiter Beziehung von boshafter oder lächerlicher Bemühung, alle Arzneimittel aus unserer wohl zu zahlreichen Materia medica zu verbannen, in der Meinung, man brauche dieselben gar nicht, da die Natur Mittel und Wege kenne, die Heilung allein zu Stande zu bringen — und in dritter Art von einer strafbaren Saumseligkeit, immer beim Alten stehen zu bleiben und eine jede neue Entdeckung im Voraus zu verwerfen. Man muss hier, wie überall, den goldenen Mittelweg inne halten: prüfen, und behalten was gut ist, und anerkennen, dass unter gewissen Bedingnissen die Natur allein die Heilung nicht, oder nur zu langsam, oder selbst auf Kosten des einen oder des andern Organs zu Stande bringe, und es in einer weisen Vorsehung liege, dass der Mensch in solchen Fällen Arzneien besitze und kenne, die ihm hier sichere Hülfe gewähren.

Ich will in diesem Berichte weder vom ersten noch dem andern Punkte reden, sondern erlaube mir nur, nach diesem Exortium für diesmal von einem Mittel zu sprechen, das längst in unserm Arzneischatze rühmlichst bekannt, von dem wir aber erst in letzterer Zeit die mannigfaltigsten Wirkungen bei seiner innern und äussern Anwendung erfahren haben, — Wirkungen, die man diesem Mittel kaum zuzuschreiben wagte, die es aber in der That zu einem der unschätzbarsten Arzneimittel erheben, — ich meine nämlich das salpetersaure Silber.

Bemerken muss ich noch voraus, dass ich seit 5 Jahren, wo ich dem Kinder-Hospital hierselbst als Arzt vorstehe, das *Argent. nitr.* in allen passenden Fällen zur Anwendung gezogen, und dass es bei einer grossen Zahl von kranken Kindern das einzige Arzneimittel ausmachte. Weil ich sohin Alles, was ich über dieses Mittel berichte, aus eigener Erfahrung schöpfte und Nichts aus fremden Schriften entlehnte, wird diese Arbeit von besonderem Interesse sein.

Was die pharmakodynamische Deutung dieses mächtigen Mittels anbelangt, so wird dieselbe vergebens gefunden werden, wenn man von Wirkungen redet, die dasselbe auf den *Plexus solaris*, auf die oberen Ganglien, oder wohl gar auf das gesammte Nervensystem ausübe, und nicht da stehen bleibt, wo man mit klaren Augen die Wirkung sieht und erkennt, und füglich zu dem Schlusse kommen muss: das *Argent. nitr.* wirke innerlich wie äusserlich rein als Aetzmittel, und eben dadurch in entsprechenden Krankheiten und bei geschickter

Feuilleton.

Die 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Bereits am 17. Sept. kam eine grosse Zahl deutscher Naturforscher und Aerzte in Gotha an und wurde freundlich auf dem Bahnhofe von den Mitgliedern des Comité willkommen geheissen, die es sich ebenso angelegen sein liessen, die Gäste mit gastfrei von den Einwohnern dargebotenen Quartieren zu versorgen. Auch an einem dichterischen Willkomm sollte es nicht fehlen; Hr. Adolph Bube liess den Ankommenden folgende Strophen überreichen:

Seid uns gegrüsst, die ihr aus deutschen Gauen,
Aus fernen Landen Euch hier eingefunden!
Willkommen, wackre Männer, edle Frauen,
Zum Festverein in Harmonie verbunden!
Ihr, hoher Kunst und Wissenschaft Genossen,
Ihr wecktet, was äonenlang geschlafen:
Ihr schuft den Donnerflug der Dampfesrossen,
Die Blitzgeschwindigkeit der Telegraphen.

Wer fand die Mittel für der Menschheit Plagen
Und steht ihr bei in Noth und Jammerstunden?
Ihr helft und rettet, ihr beschwichtigt Klagen,
Stillt Schmerzen, heilt Gebrechen, schliesset Wunden.
Wer lehret der Natur verborg'nes Walten
Und wandelt tiefe Nacht in Licht und Klarheit?
Ihr bannt des Aberglaubens Spukgestalten
Und führet uns zur Einsicht und zur Wahrheit.

Wer zeiget, wie im Weltall jedem Wesen
Sein Platz und sein Verhältniss angewiesen,
Wie es erfüllt, wozu es Gott erlesen,
Und wie es dient, den grossen Ring zu schliessen?
Ihr lasset uns den ew'gen Geist erkennen,
Der weise schuf Medusen, sowie Sonnen;
Wer ihm sich widmet, der ist frei zu nennen,
Der hat des Lebens höchste Kraft gewonnen.

Wir opfern diesem Geist am trauten Feste,
Vom reinsten Hochgefühl für Euch durchdrungen:
Ihr, Deutschlands Ruhm und Stolz, ihr theuren Gäste,
Empfanget freundlich uns're Huldigungen.
Lasst's Euch gefallen im bescheid'nen Kreise
Und weilt mit uns zum laubgeschmückten Saale!
Wir kränzen Euch in herzlich-deutscher Weise
Bei'm frohen Festgelage die Pokale.

Auf dem Bahnhofe, in der Stadt, namentlich aber Abends bei einer geselligen Zusammenkunft in den „Drei Mohren“ gab es überall Begrüssungen und Ausbrüche der Freude. Die sich persönlich nahe standen, drückten sich froh die Hand beim Wiedersehen, neue Bekanntschaften wurden geschlossen, in's Stocken gerathene erneuert, über literarischen Fehden reichte man sich in Person versöhnlich die Hand. Was sich an diesem Tage von Notabilitäten und literarisch bekannten Männern aus dem Kreise der Aerzte und den ihnen nahe stehenden Zweigen der Wissenschaft einfand, was später noch nachkam, nennen wir hier gleich Eingangs zusammen: Stromeyer aus Kiel, Baum aus Göttingen, Heyfelder aus Erlangen, Blasius aus Halle, Roser aus Marburg, Zeis aus Dresden, Schömann aus Jena, Hohl aus Halle, Hüter aus Marburg, Martin aus Jena, Litzmann aus Kiel, Ross-

Applicatien und Modification so wundervoll. Die speciellen Falle werden das Nähere ergeben.

Wenn ich dem salpetersauren Silber nur Wirkung zutraue als ätzendes Mittel, so wird seine innere Anwendung schon dadurch zum Theil erklärt sein. Die herrlichsten Dienste leistete uns dasselbe in dem Heere der Schleimhautkrankheiten kleiner Kinder — vom Munde angefangen bis zum After, — nicht ausgeschlossen gewisse Leiden der Luftwege: der Nase, des Kehlkopfes und der Luftröhre. — Wer mit Kinderkrankheiten sich beschäftigt, wird in Bälde solche Krankheiten kennen lernen, für die er nur zu gern ein besonderes Heilmittel haben möchte, und die er in den so oft und vergebens angewandten Zuckersäftchen und schleimigen, mit sogenannten milden Salzen versetzten Mitteln nicht findet, — ich meine hier die mit den aphthösen und diphtheritischen Processen der Schleimhäute des Mundes, des Rachens etc. meist in innigem Zusammenhange stehenden Diarrhöen, — Schleimhautkrankheiten des ganzen *Tractus intest.* der Säuglinge und selbst auch grösserer Kinder.

Nach unseren Erfahrungen ist unter den Säuglingen, und noch mehr unter jenen unglücklichen armen Kindern, die, der Natur zuwider, künstlich aufgefüttert werden, was leider in grossen Städten ganz zur Mode geworden ist, keine Krankheit so weit verbreitet, als obige Diarrhöen, oder besser die katarrhösen Processe der Darmschleimhäute mit ihren unglücklichen Ausgängen, Auflösung und Erweichung der Darmschleimhäute, Entzündung und Verschwärung der Peyer'schen und Solitärdrüsen und Tod durch Atrophie.

Ich habe diesem wichtigen Kapitel eine eigene Abhandlung gewidmet, wo ich, was hier zu weit führen würde, zu beweisen hoffe, dass eine geordnete, auf die Grundursache der Krankheit basirte und gleichzeitig mit den pathologisch-anatomischen Erfahrungen genau übereinstimmende Zusammenstellung dieser Krankheitsfamilie endlich auch den so oft und vielfach selbst von ausgezeichneten Autoren immer noch als selbstständige Krankheiten in den Handbüchern angeführten und weiss Gott mit welchen Epitheta belegten Diarrhöen der Kinder die Stelle anweisen wird, die ihnen zukommt.

Obige Darmkrankheiten nun sind es vorzüglich, die von uns seit einer Reihe von Jahren mit glücklichem Erfolge mit dem *Argent. nitr.* behandelt werden; übrigens unterscheiden wir von diesen katarrhösen Processen wohl entzündliche Leiden der Gedärme (*Muco-Sero-Enteritis acuta* etc.), wo wir immer örtliche Blutentziehungen, das Calomel, Cataplasmata oder feuchte Wärme mit entschiedenem Vortheil in Anwendung ziehen. Während erstere Krankheiten die bei weitem häufigsten sind, tückisch und langsam, aber sicher, werden sie verkannt, tödtend verlaufen, sind letztere zwar selten, heilen, erkannt, rascher, tödten aber, verkannt, auch um so schneller. — Die Gabe, in der wir das salpetersaure Silber in diesen Krankheiten geben, ist 1/8—1/6—1/4 gr. auf ℥ij *Aq. destill.* Alle 2 Stunden 1—2 kleine Kaffeelöffel voll zu reichen. — Dass auch bei seiner Anwendung die Diät der Kinder, so weit es thunlich ist, zu berücksichtigen ist, bedarf keines Bemerkens.

Bei den Dysenterien der Kinder, die wir in vielen Fällen mit örtlichen Blutentziehungen, Calomel und mit Zusatz von äusserst kleinen Gaben von *Pulv. Op.* (*Merc. dulc.* gr. 1/8—1/4, *Pulv. Op. pur.* gr. 1/16), dreistündlich 1 Pulver, und lauwarmen Bädern behandeln, ist die Anwendung des Höllenstein in obiger Gabe in späterem Zeitraum von grossem Nutzen (in Klystier gr. iij—gr. vj. ℥iij—℥iv *Aq.*), seine Anwendung schon im Anfange der Krankheit von grossem Vortheile. — Selbst in der *Cholera infantum*, wo Erbrechen von viel wässriger Flüssigkeit und eben solche Ausleerungen zugegen sind, haben wir den Höllenstein *pro usu interno* hier 1/4 gr. auf ℥j *Aq.* mit Nutzen gereicht, aber in dieser meist rapid verlaufenden Krankheit zugleich die örtliche Anwendung von Sinapismen auf die Magengegend oder reizende Bäder nicht versäumt. — In typhösen Fiebern, wo einige Aerzte durch den innern Gebrauch des *Argent. nitr.* Nutzen gesehen haben wollen, kann seine Hülfe jedenfalls nur eine palliative sein; die Blutkrasen können wohl kaum durch ätzende Mittel zur Heilung gebracht werden.

Gegen *Stomat. aphthos.* und *pseudomembr.*, obwohl diese Krankheiten in ihrer einfachen Form durch Borax-, Zink- etc. Solutionen geheilt werden, wenden wir fast immer das *Argent. nitr.* an. Bei Stomacace des Mundes, *Coryza* und *Ozaena nasalis*, gleichviel ob skrophulöser, ob syphilitischer Natur, passt bei zweckmässiger innerer Behandlung die äussere Application des salpetersauren Silbers vollkommen. Diphtheritis der Mund- und Rachenhöhle, Pseudocroup, nach einigen Schriftstellern, darunter vorzüglich nach Gaillard aus Poitiers (s. Hild u. Behrd. Journ. Bd. XII. H. 5—6. S. 464., und meine Entgegnung, dasselbe Journal Bd. XV. H. 3—4. S. 202.), auch der echte Croup, den er aus einer Fortsetzung der falschen Haut von der Mund- und Rachenhöhle auf den Larynx oder die Trachea entstehen lässt, werden am ehesten durch das salpetersaure Silber geheilt. Die Form und Dosis ist hier 1—2 und 3 Gran in 1 Unze Wasser gelöst, mittelst Einpinselung auf die kranken Stellen.

Indem wir von den Krankheiten, bei denen wir die Anwendung des *Argent. nitr.* für indicirt halten, besonders noch der *Ophthalmia neonat.* gedenken, die durch kein Mittel so sicher, und bei richtiger Application in kürzester Frist, in 2—3 Tagen beseitigt wird, während man sonst mit den verschiedenen Salben und nichts wirkenden Solutionen viele Tage und Wochen verbrauchte, und doch nicht selten einen ungünstigen Ausgang hatte, bemerken wir noch, dass hier das salpetersaure Silber in Substanz angewendet werden muss, indem man die Augenspalte der Kinder mit einer Hand auseinanderzieht, oder noch besser durch die Hände eines Gehülfen dieses thun lässt, was immer gelingt, und sodann dreist die aufgelockerte und in übler Secretion stehende *Conjunct. palpebr.* täglich 1 oder 2 Mal mittelst Durchziehen des Höllensteinstiftes ätzt, später nur das Secret fleissig mit einem Schwamm, der in kaltes Wasser getaucht worden ist, abtupft. — erwähnen auch noch, dass wir Verbrennungen, rothlaufartige Ausschläge, chronische Hautkrankheiten, Impetigo, Eczema, Ecthyma etc., alle Formen von unreinen Geschwüren, es mag ihr Charakter sein, welcher er will, Vorfälle des Mastdarms, *Fluor albus*, Fingerwurm, Otorrhöen und selbst Caries durch dieses herrliche Mittel zur Heilung gebracht haben. Dass seine Anwendungsweise je nach dem Zustande des Leidens und dem Orte der Application eine höchst verschiedene sein muss, und

---

hirt aus Erlangen, Kieser und Siebert aus Jena, Chaufepié aus Hamburg, Spiess und Stiebel aus Frankfurt a. M., Harnier aus Pyrmont, Seitz aus München, Herrich aus Regensburg, Heidenhain aus Marienwerder, Häser aus Greifswald, Ulrich aus Coblenz, Küchenmeister aus Zittau, Domrich aus Jena, Damerow aus Halle, Mansfeld aus Braunschweig, Engelken aus Bremen, Henle aus Heidelberg, Huschke, Oskar Schmidt und Wackenroder aus Jena, v. Siebold aus Breslau, Stilling aus Kassel, Ecker aus Freiburg, Thiersch aus München, Gerlach aus Erlangen, Falk aus Marburg, Remak aus Berlin, Theile aus Bern, Osann aus Würzburg, Hlasiwetz aus Prag, Heintz aus Halle, Oschatz aus Berlin etc. etc. Am 18. September Morgens 10 Uhr fand in dem festlich geschmückten Orangerie-Gebäude, unter grossem Andrang von Zuhörern, die feierliche Eröffnung der 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte durch den zweiten Geschäftsführer derselben, Hrn. Dr. med. Bretschneider, statt, der vorerst im Namen des durch totale Heiserkeit am Sprechen verhinderten Med.-Rath Buddeus, dem ersten Geschäftsführer, die Versammelten willkommen hiess. Ehe hierauf weiter zur Tagesordnung geschritten werden konnte, lag es der Versammlung wohl noch ob, mit Dankbarkeit und Verehrung des Mannes zu gedenken, der sie vor 28 Jahren in's Leben gerofen, dem sie so Vieles zu verdanken hatte, den Manen des Mannes eine Ovation zu bringen, unter dessen rühriger Pflege sie sich entwickelt und gekräftigt hatte, den Manen des kürzlich dahingeschiedenen Oken. In Jena hatte der Verstorbene sein Wirken auf dem Felde der Wissenschaft recht eigentlich begonnen. Jena mit der literarischen Welt, die sich damals dort fand, hatte ihm die Richtung aufgedrückt, die sein wissenschaftliches Forschen unverrückt so lange Jahre verfolgte, an Jena hatte er mit voller Liebe und Dankbarkeit bis an sein Lebensende gehangen, trotz allen Ungemachs, was er dort erlitten, was ihm dort in widriger Weise zugefügt ward, so gebührte es auch wohl einem Jenenser, das Wort zu ergreifen, um dem Dahingeschiedenen eine Ruhmes- und Dankrede zu halten. Geh. Hofrath Huschke that das in würdigster und angemessenster Weise, indem er in lebendigen Zügen, mit eindringlichen Worten, Oken als Gelehrten, Lehrer, Menschen schilderte. Es würde eine schwierige Aufgabe sein, aus der Erinnerung irgend genügende Bruchstücke einer Rede zu geben, die in ganzem Guss den Entwickelungsgang, den Oken als Gelehrter und genialer Forscher genommen, seinen eigenthümlichen mächtigen Einfluss auf die verschiedensten Zweige der Wissenschaft, das, was ihn mit seiner Zeit innigst und zum Wohl derselben verknüpfte, und was ihn wiederum weit derselben voraus eilen liess, schilderte, und wir sehen davon um so eher ab, als wir wohl mit Recht voraussetzen dürfen, dass Huschke's Rede durch den Druck weitere Verbreitung finden wird. Das aber wollen wir noch erwähnen, dass er zum Schluss die Aufforderung zur Betheiligung an einer Subscription, welche die Kosten für ein dem Dahingeschiedenen in Jena zu errichtendes Denkmal decken soll, an die Versammlung richtete. An die Spitze des Unternehmens hatte sich bereits eine Zahl Jenaer Gelehrten gestellt, und das war es vielleicht, was im Verlauf der Tage die Theilnahme an der Subscription nicht so gross erscheinen liess, als man erwarten sollte. Viele der Versammelten waren gewiss mit dem Gedanken nach Gotha gekommen, hier aus dem Schoosse der Naturforscher-Versammlung würde der Gedanke sich Bahn brechen, Oken ein Ehrendenkmal zu stiften, noch hier würde er anfangen, zur That zu

eben davon die Sicherheit der Heilung abhängt, ist klar, und muss natürlich dem denkenden Arzte überlassen bleiben. — Wenn wir zum Schluss wiederholen, dass seine Wirkung in allen Fällen auf eine und dieselbe Weise geschieht, nämlich auf dem Wege der milderen oder stärkeren Aetzung, wird uns nach Aufführung der Krankheiten, in denen der Höllenstein seine Anwendung findet, dies wohl eingeräumt werden müssen, man mag die Produkte obiger Krankheiten übel beschaffene Secretionen, Ausschwitzungen, Pseudoplasmata, bösartige Wucherungen und Excrescenzen, Verschwärungen und Verjauchungen, oder wie man will, nennen, es bleibt immer beim Alten, das kranke Organ wird durch die Aetzung von einem fremdartigen Theile befreit und zur normalen Thätigkeit und Grundbildung um so eher zurückgeführt, als man es auch versteht, in diesen Krankheiten der Kinder, wo kein weiteres Medicament zur Anwendung kommen soll, das diätetische Verfahren dem jedesmaligen Leiden anzupassen, was freilich nur bei Kindern, die unter der strengsten Aufsicht stehen, oder in Spitälern zur Ausführung gebracht werden kann.

Uroskopische Beiträge.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 36.)

Fall VII. Georg Rips, 18 Jahre alt, Schneider aus Kleinschwalbach, tritt am 12. Juni 1851 in Behandlung. Er giebt an, seit einem Vierteljahr an Oppression der Brust, kurzem Athem und Husten mit etwas Auswurf zu leiden. Blut will er niemals ausgeworfen haben. Pat. sieht sehr bleich, blass und unentwickelt aus, feine, zarte Haut, Stimme dünn, etwas heiser, rasch aufgewachsene schlanke Statur, Thorax flach, doch nirgends eingesunken. Percussion gut. Respiration leise, doch überall gleichmässig. Nirgends eigentlicher Brustschmerz. Herzschock etwas verstärkt. Zunge vollkommen rein, Appetit gut. Oeffnung gut. Puls 96, härtlich. Haut warmfeucht. In der Familie weder Phthisis, noch sonst eine Krankheitsanlage von ausgesprochenem Charakter erblich. Pat. will früher stets gesund gewesen sein, und sucht diesmal Hülfe eigentlich nur wegen der in den letzten Tagen fast zur Aphonie gestiegenen Heiserkeit. Kein Halsschmerz, Larynx gegen Druck unempfindlich. Pharynx eher blass und anämisch.

13. Juni. Patient hat ziemlich geschlafen, eine Oeffnung normal. Viel Husten und schmutzig missfarbiger Auswurf, der etwas blutig gefärbt ist. Heiserkeit wie gestern. Puls 110, härtlich. *Catapl. Sem. Lin. circa Coll. Sol. Liq. Salm., Nitr.* āā ʒij zweistündlich.

14. Juni. Eine Oeffnung, normal. Pat. sieht sehr blass aus und klagt über brennende Hitze: Husten und Auswurf ziemlich copiös, sehr vermehrter Herzschock. Haut blass, aber trocken heiss anzufühlen. Puls 115, hart. V.S. ℥vij. Das Blut läuft sehr dunkel bräunlich missfarbig, und bildet Cruor kaum ℥ij, mürbe und leicht zerreiblich. Serum ℥v, schmutzig trübe und missfarbig. Pat. fühlt sich nach der V.S. erleichtert und der Puls fällt auf 90 Schläge.

15. Juni. Eine Oeffnung. Pat. fühlt sich auf der Brust erleichtert, sieht jedoch wachsartig blass aus. Hat gut geschlafen, etwas Appetit. Puls noch frequenter und treibender wie gestern, 115. Herzschock vermehrt. Auscultation des Herzens ergiebt ein leises Reibungsgeräusch bei dem etwas verlängerten zweiten Ton. Percussion zeigt eine mässige Hypertrophie. *Kali nitr., Kali sulph., Sacch. alb.* āā ℥β. *Digit.* gr. vj.

18. Juni. Der Accent der Herztöne wechselt und liegt jetzt mehr auf dem ersten Tone, Reibungsgeräusch vermehrt. Gesicht gedunsen; *Oedema pedum.* Pat. sitzt viel im Bett. Urin trübe und wenig. Die Untersuchung ergiebt einen normalen Urin, dem etwas Blut und ziemlich viel Albumen beigemischt sind. Im Uebrigen die normalen Harnsalze in nicht verringerter Quantität vorhanden, was vielleicht Folge des sehr concentrirten Urins sein mag, indem Patient in 24 Stunden kaum 9 Unzen Harn lässt.

19. Juni. Das Reibungsgeräusch nach rechts in der Gegend des Sternums am stärksten hörbar. Der Accent liegt jetzt vollkommen auf dem ersten Ton, so dass der Herzschlag ganz den entgegengesetzten Rhythmus hat, wie vor einigen Tagen, wo er ⏑ – jetzt aber beständig – ⏑ hörbar ist. Links verschwindet das Reibungsgeräusch immer mehr. Das Oedem der Beine nimmt zu, und liegt Pat. immer zu Bett, dabei sind alle subjectiven Symptome so unbedeutend, dass Pat. die Gefahr seines Leidens nicht im entferntesten ahnt. Pulver repet.

21. Juni. Der mikroskopisch untersuchte Urin zeigt ausser Blutkügelchen noch Epithelium in Fetzen und kleine Faserstoffgerinnsel, die mit freier Harnsäure ein leichtes Sediment bilden. Der Albumengehalt des Urins ist im Steigen begriffen, und so bedeutend wie bei ausgebildeter Bright'scher Nierendegeneration, doch ist das Albumen ganz eigenthümlicher Art, indem es durch Hitze nicht in länglichen starken Coagulis sich senkt, sondern erst leichte Trübung zeigt und dann eine Menge kleiner Flocken bildet, die wenig Neigung zeigen, zusammen zu conglomeriren, und erst nach mehrstündiger Ruhe sich als albuminöses Sediment niederlagern. Harnstoff und Harnsäure in normaler Quantität zugegen, ebenso die Chloride. Pat. sieht sehr blass und gedunsen aus. Das Oedem der Füsse so bedeutend, dass Pat. nicht im Stande ist, das Bett zu verlassen. Puls 120, voll, treibend.

23. Juni. Pulver repet. Zwei Oeffnungen, normal. Haut weissblass, wachsfarbig, ohne alle Perspiration, fühlt sich immer trocken heiss an. *Calor mordax* der blassen Bauchdecken, bei deren längerer Berührung man eigenthümliches Prickeln der Fingerspitzen empfindet. Beginnender Ascites. Stimme bedeckt und heiser. Zunge rein; Geschmack gut. Etwas trockener Husten. Urin wenig und trübe, graubräunlich missfarbig, mit vielem Albumen. Puls 120, voll.

25. Juni. Oeffnung immer regelmässig und normal, Zunge rein, Appetit leidlich. Seit gestern Mittag hat sich das Reibungsgeräusch am Herzen zu wahrem Krachen gesteigert. Offenbares Neuledergeräusch im ganzen Umfange des Herzens hörbar, am stärksten rechts unter dem Sternum, woselbst das Reiben ganz deutlich unter der Hand gefühlt

---

werden. Aus der Mitte dieser segensreichen Schöpfung des Verstorbenen, so dachten sie, müsste sich am natürlichsten ein Comité bilden, das dann für schnelle Verwirklichung eines zweckmässigen Planes Sorge zu tragen hätte. So bekundete mit einem Schlage ganz Deutschland durch die Repräsentanten der Wissenschaft, die es nach Gotha entsandt hatte, seine Theilnahme an dem Verlust, seine Dankbarkeit gegen den Dahingeschiedenen, seine dauernde Liebe zu dem Verstorbenen. Dem Allen war nun vorgegriffen durch Jenenser Anhänger, die wohl durch das nicht unrichtige Gefühl geleitet wurden, dass gerade Jena eine solche Sühne den Manen Oken's schulde, indess es gab Manchen unter den in Gotha Weilenden, die für den ersten Augenblick es nicht verwinden konnten, der Gesammtheit deutscher Naturforscher und Aerzte eine Pflicht entrückt zu sehen, die ihr vor Allem zustand.

Nachdem hierauf der zweite Geschäftsführer in herkömmlicher Weise die Statuten des Vereins vorgelesen hatte, wurden der Versammlung die an sie gerichteten Eingänge namentlich bekannt gemacht, mit dem Bemerken, dass dieselben in dem Conversationszimmer des Theatergebäudes zur näheren Einsicht von Seiten der Mitglieder ausgelegt seien. An dies schlossen sich nähere Mittheilungen über die speciellen Anordnungen, welche von Seiten der Geschäftsführer für die diesjährige Versammlung getroffen worden waren, und ward insbesondere der Wunsch ausgesprochen, dass die Betheiligung der Mitglieder an den gemeinschaftlichen Mittagstafeln eine recht zahlreiche sein möge, da gerade durch letztere ein Hauptzweck dieser Versammlungen, das nähere Bekanntwerden der einzelnen Mitglieder mit einander, wesentlich befördert werde.

Zum Schluss machte der Geschäftsführer bekannt, dass von mehreren Mitgliedern Vorträge für die allgemeinen Versammlungen angemeldet worden seien, die nunmehr in der Reihenfolge, wie sie dem Vorstande zugegangen, gehalten werden sollten. Demnächst sprach nun Hr. Dr. Kissel aus Runkel im Nassauischen: „Ueber directe Kunstheilung und die Resultate der durch naturwissenschaftliche Methode der Therapie bewirkten Milderung und Abkürzung des Krankheitsverlaufs; ein wichtiger Fortschritt der Therapie für Linderung der Leiden und frühere Arbeitsfähigkeit des Kranken.“ Hrn. Kissel's Vortrag gab über das Wie der von ihm gepriesenen directen Kunstheilung keine Rechenschaft; er begnügte sich mit der Mittheilung, dass er eine Anzahl Lungenentzündungen auf seine Weise besonders schnell geheilt hätte, schneller und gefahrloser, als dies bisher irgend geschehen, und hob ferner, als besonders zu berücksichtigendes Moment, auch die Wohlfeilheit seiner Heilmethode hervor. Wir gehen auf den Vortrag hier nicht weiter ein, weil er späterhin zu einer lebhaften Debatte in der medicinischen Section führte und wir auf diese unsere Leser verweisen.

Nach Beendigung dieses Vortrages forderte der zweite Geschäftsführer zur Bildung der herkömmlichen sieben Sectionen auf, wobei er zugleich erwähnte, dass von einer Seite her der Wunsch ausgesprochen worden sei, es möge sich eine besondere mikroskopische Section bilden. Da es jedoch ungewiss sei, ob sich Theilnehmer zu derselben finden würden, so erscheine es am zweckmässigsten, dass diejenigen Mitglieder, welche sich für Errichtung dieser Section interessirten, vorläufig sich an die botanische Section anschliessen möchten. — Hiermit ward die erste allgemeine Versammlung geschlossen, und es begaben sich die Mitglieder des Vereins nach den für die Sections-Sitzungen bestimmten Lokalen. (Fortsetzung folgt.)

werden kann. Oppression der Brust, besonders gegen Abend. Haut trocken heiss, Leib mehr geschwollen. Urin etwas copiöser, aber noch missfarbig und trübe, enthält etwas weniger Albumen, aber mehr Blutkörperchen und Epithelium in Fetzen. Puls 115, hart. Vesicans in Cord. reg. Pulver repet.

28. Juni. Das Reiben in der Herzgegend ist so bedeutend, wie es bei pericarditischem Exsudat nur immer sein kann, dabei der Herzschock immer sehr verstärkt, und seine Kraft eben so wenig wie die Pulsfrequenz zu vermindern. Hydrops nimmt zu, dabei sich vermehrende Oppression der Brust mit zeitweisem Husten und blutig gefärbten Sputis. Der mehrtägige Gebrauch der Digitalis ändert nichts von diesen Symptomen, und die Erscheinungen bleiben mit geringen Schwankungen constant auf derselben Höhe. Der täglich untersuchte Urin behält bis zum 7. Juli die nämliche Beschaffenheit und schwankt nur gering in seiner Quantität.

Am 6. Juli lässt Pat. in 24 Stunden mehr Urin, als noch je während seiner Krankheit (in 24 Stunden 1 Schoppen).

Am 7. Juli erfolgt reichliches Nasenbluten, worauf sich Pat. sehr erleichtert fühlt. Abends verlässt er auf mehrere Stunden das Bett, und geht, ohne sich sonderlich schwach zu fühlen, umher, seine Genesung näher gerückt wähnend. Morgens um $7\frac{1}{2}$ Uhr richtet er sich plötzlich im Bett auf, verlangt zu trinken, und fällt, nachdem er einen Schluck Milch getrunken, nach dem Herzen greifend, todt in die Kissen zurück.

Section am 9. Juli, 10 Uhr Morgens. Geringer Rigor, Cadaver gut genährt, schlank, mässiges Oedem, keine Todtenflecke. Aus Mund und Nase war zersetztes Blut in Masse ausgelaufen. Gehirn sehr blass und wässrig, Substanz weich, in den Ventrikeln geringes Serum. — In jedem Pleurasack circa 2 Schoppen und im Herzbeutel circa 9 Unzen Serum. Lungen etwas ödematös, sonst ganz gesund. Herz etwas hypertrophisch. Zwei Semilunarklappen der Aorta sind derartig atheromatös degenerirt, dass zugleich Insufficienz und Stenose entstehen musste. Von den *Noduli Morgagni* aus sind die convexen Ränder mit noch knorpelartigen Einlagerungen verdickt und mit solchen Excrescenzen bedeckt, dem condylomatösen Process am besten vergleichbar. Diese Verdickung trifft nur zwei neben einander liegende Klappen, setzt sich jedoch von der einen nach der dem Ventrikel zugewandten Fläche in der Art fort, dass auf dem Endocardium desselben oasenförmig in Bohnengrösse derselbe Process abermals stattgefunden hat. Die Excrescenzen sitzen theils dünn gestielt auf, theils sind sie fest in das Endocardium eingelagert. Sie sind härtlich, aber dennoch elastisch und nachgiebig anzufühlen. Nirgends zeigt sich Verkreidung, welche noch nicht eingetreten scheint, indem der Process auf dem Gipfel seiner Entwickelung hier getödtet hat. Die verschieden grossen Excrescenzen — 11 Linien Grösse und mehr — lösen sich leicht beim Fingerdruck, und haben wohl nicht alle der Blutwelle getrotzt. Die eine entartete Semilunarklappe ist an ihrer Basis etwas ein- und abgerissen. Der rechte Ventrikel dünnwandig, dilatirt hypertrophisch, ebenso, aber weniger, das Aortenherz. Die Bicuspidalis verdickt und geröthet. Die Arterienhäute des *Arcus Aortae* zeigen stellenweise starke Leichenimbibition. Milz zweifach vergrössert, scheckig marmorirt, hyperämisch und weich, hat die linke Lunge, die ohnehin durch Wasser im Pleurasack, Hydropericardie und ***Hypertrophia cordis*** sehr beschränkt war, noch mehr zusammengedrückt. Leber hypertrophisch, muskatnussähnliches Parenchym. Im Abdomen nur wenig Wasser. Nieren sehr blutreich, besonders die Corticalsubstanz. Die Kapsel lässt stark hyperämische Flecke durchscheinen, welche sich auch in das Parenchym fortsetzen. Sonst beide Nieren vollkommen gesund, derb, fest und von normaler Grösse.

Fall VIII. Catharina Kress, 48 Jahre alt, tritt am 16. Juni in Behandlung. Pat. sieht gealtert und bleich aus. Sie giebt an, seit längerer Zeit krank zu sein, in der letzten Zeit habe jedoch Husten und Auswurf zugenommen, sowie die überhand nehmende Kraftlosigkeit jede Anstrengung unmöglich gemacht. Ausserdem habe sich in den letzten Tagen im Auswurf häufig Blut gezeigt, und die Oppression der Brust sie genöthigt, die Nächte hindurch wachend im Bett zu sitzen. Zunge belegt, Geschmack schlecht, kein Appetit, Oeffnung unregelmässig. Puls 86. Sehr vermehrter Herzschock und wechselndes Blasen, das manchmal beim ersten, dann wieder mehr beim zweiten Herzton auftritt. Pat. war in der letzten Zeit mit Laurocerasus und Digitalis behandelt worden. Nach beiden Mitteln befand sie sich, ihrer Angabe nach, schlechter wie vorher. Menses waren immer regulär und normal gewesen, zuletzt vor 4 Tagen aufgetreten.

17. Juni. Pat. klagt über zeitweisen Krampf in den Beinen, die auch etwas angelaufen sind; auch gesteht sie jetzt zu, dass sie früher längere Zeit an Rheumatismus gelitten habe. Erstes Herzgeräusch stark blasend, Schock vermehrt und Anfälle von Dyspnoë. Pat. muss immer im Bett aufrecht sitzen, spricht sehr kurz und schnell und athmet rasch. *Kali nitr.*, *Kali sulph.*, *Sacch. alb.* āā ℨβ, *Pulv. Digit.* gr. vj. 4 Mal täglich 1 Theelöffel voll. Urin wenig und trübe, enthält die gewöhnlichen Harnsalze in normaler Menge, Harnstoff eher etwas vermehrt. Albumen reichlich in demselben enthalten.

20. Juni. Zustand derselbe. Es treten reichliche Schweisse auf, insbesondere im Gesicht und am Kopf. Zunge sehr stark belegt. Herzauscultation wie immer. Keine besondere Klage. Urin in 24 Stunden 10 Unzen höchstens. Zeigt immer noch denselben Albumengehalt. Farbe hellbräunlich gelb. Epitheliumfetzen und viel Schleim (wohl von den Genitalien herrührend) in demselben enthalten. Pulver repet.

22. Juni. Pat. klagt über zunehmende Mattigkeit und viel Durst. Herzschock mässiger, jedoch mehr Dyspnoë. Die hydropischen Erscheinungen verhältnissmässig gering. Urin etwas mehr, aber noch mehr Albumen wie in den letzten Tagen enthaltend; Chloride in sehr geringer Quantität zugegen. Urin zeigt ein geringes Schleimsediment.

23. Juni. Gegen Mittag sehr vermehrter Herzschock ohne subjective Veränderung des Allgemeinbefindens der Kranken. Um 1 Uhr plötzliches heftigeres Reiben ohne Schmerzempfindung am Herzen. Gegen 4 Uhr lässt mich Pat. rufen und klagt über ein unangenehmes Gefühl in der Brust und lästigen schmerzhaften Druck in der Herzgegend. Die Auscultation ergiebt Pericarditis mit bereits gesetztem Exsudat. Heftiges Neuledergeräusch im ganzen Umfange des Herzens hörbar und fühlbar. Dyspnoë. Die Kranke sitzt im Bett und athmet mühsam mit nach hinten gebogenem Kopfe. Puls 80, regelmässig und ruhig. Sensorium frei, keine Hitze. Um $6\frac{1}{4}$ Uhr klagt Pat. über plötzliche Beängstigung, und indem sie sich noch einmal nach vorn beugen will, sinkt sie rasch todt in die Kissen zurück. Das Herz steht augenblicklich still.

Section am 24. Juni, 10 Uhr Morgens. Körper welk, blass; sehr geringer Rigor. Gehirn welk, matsch, ziemlich blutreich, sonst gesund. Beide Lungen stark emphysematös. Linke Lunge etwas comprimirt und nach oben gedrängt. Herz stark hypertrophirt und mit ganz frischem entzündlichen Exsudat bedeckt. Die Oberfläche des Herzens und die innere Fläche des Pericardiums sind rauh von in Knötchen abgelagertem Faserstoff. Viel Serum im Herzbeutel, in welchem faserstoffiges Gerinnsel schwimmt. Muskularhypertrophie und Insufficienz der *Valv. tricuspidalis*. Leber blutreich und etwas vergrössert. Milz hyperämisch, sonst gesund. Nieren vollkommen gesund, nur etwas blutreicher wie gewöhnlich.

Vorliegende Krankheitsgeschichten stehen durchaus nicht vereinzelt da, sondern sie vertreten jede in ihrer Art gewisse Combinationen und Modificationen des sogenannten *Morbus Brightii*. Sie gehören alle in eine pathologische Provinz, die sich noch immer in einem ziemlich unentwickelten Urzustand befindet. Hier verlieren sich noch labyrinthisch die schmalen Binnenwege in dem Nachtdunkel ungelichteter Urwälder, in dem wechselnden Flugsand steriler Steppen. So lange noch Symptome dienen müssen, um nothdürftig Krankheitsfamilien zusammenzuleimen, so lange liegt noch zwischen Physiologie und Pathologie mehr als eine Sonnenferne. — Die Hydropsien wachsen wie Unkraut in allen Krankheitsfamilien, ihre Zahl ist Legion. Ihr Erscheinen begleitet den sinkenden Tag des Lebens, und die täuschende Körperfülle gleicht dem geliehenen Scheinlicht der nächtlichen Luna. — Hydrops ist ein Zeichen tiefen organischen Erkranktseins, und niemals kann das primäre Organleiden in der engen folgerechten Kette des Organismus allein und vereinzelt stehen bleiben.

Morbus Brightii, die echte Bright'sche Nierendegeneration, kommt als primäres Nierenleiden und Ausgangsstadium secundärer metastatischer Nierenkrankheiten vor, schliesst aber auch Krankheitsbilder als tödtlich verlaufene Metastase plötzlich. Ich hatte die Gelegenheit, in einer kleinen Scharlachepidemie, welche ganz vorzüglich Kinder befiel und bei irrationeller Behandlung rasch Albuminurie mit Hydropsien setzte, mehrere Kinderleichen zu öffnen, und fand in einigen Fällen die vollkommene Bright'sche Nierendegeneration allerdings immer erst auf der Höhe der Krankheit im Stadium der Hyperämie vollendet. — Die Bright'sche Nierendegeneration schliesst sich gern allgemeineren Organleiden an, und hier stehen, ausser allgemeinen Circulationsstörungen, Milz- und Leberinfarcte obenan. So kann ein ***Rheumatismus acutus*** einen Herzfehler, und dieser ***Morbus Brightii*** bedingen, eine Intermittens grosse Milzinfarcte setzen und indirect nach Jahren durch Nierendegeneration tödten. Viel seltener setzt dagegen die primäre Nierenerkrankung, indem sie als ***Morbus Brightii*** verläuft, organische Veränderungen anderer Art, weshalb der acut auftretende ***Morbus Brightii*** eine bessere Prognose zulassen wird, wenn er gleich erkannt und rationell angegriffen wird. Die Symptomatologie der Bright'schen Krankheit kann nur künstlich von anderen Nierenleiden getrennt werden, und wie Hydrops im Allgemeinen ein Symptom ist, so dürfte ***Morbus Brightii*** als das traurigste Symptom einer incurablen Hydropsie anzusehen sein. Die Stufe der Krankheit kann alsdann recht gut durch Reagenzglas und Mikroskop bestimmt werden, obgleich der Therapie auch hier weniger als nichts geboten wird. Weder Blut, noch Albumen, noch Epithelium können uns dagegen veranlassen, die eingetretene Bright'sche Nierendegeneration

zu diagnosticiren, wohl aber das specifische Gewicht, das Fehlen der Normal-Harnfarbstoffe und der Normal-Harnsalze bei bleibender Albuminurie. — Ich habe nie zwei Bright'sche Krankheiten gesehen, die nur in Hinsicht der Nierensecretion entfernt ähnlich gewesen wären, und ich bin überzeugt, dass dieses Resultat jeder aufmerksame Beobachter mit mir theilen wird. Aus eben diesem Grunde haben wir bei diesen Krankheitserscheinungen weder einen therapeutischen Haltpunkt, noch ist es möglich, prognostische Blicke in des Kranken Zukunft zu werfen. Ich habe vollkommene Naturheilungen bei metastatischem und primärem *Morbus Brightii* mit eigenen Augen gesehen, doch glaube ich, dass in diesen seltenen Fällen Herz und Milz frei waren, wie denn gewiss Kreislaufstörungen und Milzinfarcte die schlechteste Complication Bright'scher Krankheit sein mögen. Der durch Organleiden bedingte *Morbus Brightii* ist der chronischste, der durch exanthematische Krankheiten metastatisch bedingte der acuteste, und was die Schnelligkeit des Verlaufes betrifft, so wird der durch primäre Nierenerkrankung entstandene *Morbus Brightii* zwischen beiden die Mitte halten. *Morbus Brightii* unterscheidet sich in symptomatologischer Beziehung von anderen Hydropsien mit Albuminurie auch durch seinen Ausgang. Im letzten Stadium Bright'scher Nierenentartung tritt immer Urämie ein, was bei anderen Hydropsien nicht der Fall ist. Die gewöhnlichen Hydropsien tödten durch Erguss und Druck auf wichtige Organe, oder durch Erschöpfung. Bei der Granulär-Nierendegeneration verschwindet oft im letzten Stadium der Hydrops, oder nimmt wenigstens ab und setzt keine neuen Ergüsse. Dagegen treten Gehirn- und Lungenaffectionen auf, bedingt durch das von den Nieren nicht mehr gereinigte Blut. Nicht selten stirbt dann der Kranke unter allgemeinen Krämpfen, häufig unter leisen Delirien. Ausgebildete Bright'sche Nierendegeneration muss ferner immer mit quantitativer Verringerung des Urins gepaart sein, besonders deshalb, da dieses Stadium der Krankheit niemals halbseitig vorkommt. (Die Physiologie lehrt, dass eine gesunde Niere hinreicht, um den nothwendigen Harn zu produciren, wie denn die Fälle von Schwund und gänzlichem Fehlen einer Niere bei integrem Harnabsonderungsprocess nicht zu den grossen Seltenheiten gehören.) War anfangs die Albuminurie mit vermehrter Harnabsonderung gepaart, so sinkt doch die Quantität unter das Normalmaass, und bleibt dann auch bis zum Tode, trotz aller Diuretica, die hier rein verderblich wirken, sehr gering.

Was die Gelegenheitsursachen betrifft, so hat *Morbus Brightii* eben keine besondere Aetiologie, wie er ja auch keine besondere Krankheit bildet, und gewiss nur als eine meist lethale Beendigung der verschiedensten Nierenaffectionen angesehen werden muss. Dazu kommt noch, dass die Nierenaffectionen, welche in der Regel *Morbus Brightii* bedingen, selbst secundär als Folge anderweitiger Erkrankungen auftreten, und dass einfache Albuminurie mit Blut und Epithelium, sobald die Urate noch in genügender Menge auftreten, noch lange nicht auf Nierengranulation schliessen lässt.

Fassen wir Alles zusammen, so müssen wir die Hydropsien in zwei grosse Klassen Theilen, worin der *Morbus Brightii* in der ersten Klasse seinen Platz erhält, welche Hydropsien umfasst, die durch Nierenaffection bedingt sind; die zweite Klasse würde die Hydropsien einschliessen, welche ihren Grund in fehlerhafter Blutmischung haben. Hierhin würden die Hydropsien der Chlorosen, Leber- und Milzinfarcte, sowie die Hydropsien der Lungenkrankheiten gerechnet werden müssen. Streng können diese Klassen nicht getrennt werden, wie denn in der Pathologie überhaupt nur künstliche Systeme errichtet werden können. Sicher ist, dass gar manche Fälle von Albuminurie für *Morbus Brightii* gehalten und als solcher geheilt worden sind, und dass viele sogenannte normale Albuminurien, welche nach dem Genuss verschiedener Substanzen beobachtet worden sein sollen, deswegen doch nicht existiren, am allerwenigsten aber, wenn sie bestehen, für eine normale Ausscheidung angesehen werden dürfen. Wagen wir uns in das physiologische Gebiet dieser Krankheitserscheinungen, so zeigen uns hier schon die allgemeinen Grundsätze der angenommenen Absonderungstheorien, dass der Blutwelle, ihrem Stoss, ihrer Grösse und Schnelligkeit in manchen Fällen wohl ein Theil der krankhaften Secretionsveränderung zugeschrieben werden muss. Wie wenig oft Structurveränderungen der Drüsen in Hinsicht ihres Secreta zu bedeuten haben, ist erstaunlich; wie viel ein länger anhaltender, schnellerer und verstärkterer Herzstoss aber vermag, können wir täglich an uns selbst beobachten. — Dass übrigens die Art der Blutcirculation hauptsächlich die Beschaffenheit der Nierensecrete bedingt, beweist die Mechanik der Urinabsonderung und der Blutreichthum der Nieren. Die von den Anfängen der Harnkanälchen kapselartig umgebenen Wundernetzknäuel bieten uns eine Einrichtung dar, deren Eigenthümlichkeit wir in keiner andern Drüse des menschlichen Organismus wieder begegnen, und deren Unwegsamkeit den Charakter der Secretion wohl zu ändern im Stande ist. — Leidet die Corticalsubstanz im *Morbus Brightii* zuerst, so mag dies wohl die Folge sein einer allmäligen (Faserstoffcoagula) oder plötzlichen (Apoplexie) Unwegsamkeit der Wundernetze, indem in diesem Fall die Rindensubstanz atrophirt werden muss, weil ihre Capillaren sich wieder aus den Wundernetzen entwickeln, und nur einzelne und sehr wenige, ohne diesen Knäuel zu bilden, der Rindensubstanz angehören. Die Wandungen der Wundernetze müssen bei Verlangsamung der Blutcirculation in den Nieren den grössten Druck aushalten. (Cfr. Ludwig, Beiträge zur Lehre vom Mechanismus der Harnsecretion. Marburg, 1843.) Finden durch Zerreissungen hier Nierenblutungen statt, so kann bei dem Uebergang des Blutes in den Anfang der Harnkanälchen, der jedenfalls plötzlich geschieht, eine Zerreissung des wenig dehnbaren Epitheliums stattfinden, und die extravasirte, aus Blut und Harn gemischte Flüssigkeit gelangt nun in die gewundenen Harnkanälchen der Corticalsubstanz, und erreicht die Nierenkelche, nachdem sie als gestreckte Kanälchen die Marksubstanz durchsetzt hat. Dass dieser Process in einem Kanälchen nur einmal vorkommen kann, scheint sehr natürlich, und eine allmälige Granulation durch Reissen der Wundernetze, denen dann immer Unwegsamkeit der Corticalcapillaren folgen muss, ist eine ziemlich annehmbare Hypothese, da dieselbe in verschiedenen Punkten durch das Mikroskop unterstützt wird. Es giebt keine Drüsensecretionsmechanik im menschlichen Organismus, die so bestimmt durch eine *vis a tergo* bedingt und unterhalten wird, als die Nierensecretion und Exretion. Was die Experimentalphysiologie betrifft, so hat dieselbe, wie sie denn überhaupt selten genug der Pathologie die Hand reichen kann, noch kein Licht auf die Nierenkrankheiten werfen können, und alle bis jetzt vorgenommenen Nierennerven-Durchschneidungen und Gefässunterbindungen (J. L. Brachet, Paris, Lyon u. Montpellier, 1837; Joh. Müller, Bd. I. p. 323.) haben nur trübe, verschiedene oder gar keine Resultate geliefert. — Dass die Krankheit partiell auftreten kann, d. h. dass in beiden Nieren grosse Provinzen verschont bleiben können, dafür sprechen die geheilten Fälle, denn ein einmal geplatztes Wundernetz wird wohl für immer unwegsam bleiben, aber nur die Quantität der unwegsamen kann Tod bedingen, da wir ja wissen, dass eine einzige gesunde Niere zur Harnsecretion hinreicht. Wollen wir uns an diese physiologisch-anatomische Entstehung der Nierengranulation halten, so können wir nicht umhin, die Möglichkeit einer solchen Entartung als das Resultat der verschiedensten Nierenerkrankungen anzusehen, und wir fänden also auch hier keine Anhaltpunkte, welche uns befähigen, eine specielle Krankheit zu entwerfen. Was nun die Beziehungen der Nierencapillarknäuel zu den Herzstössen betrifft, so liegt es sehr nahe, dass der Druck, der zur Secretion nöthig ist, durch die Summe der sich hier treffenden Herzstösse bedingt werden kann. Je weiter der capillare Umweg des Blutes, desto grösser ist die Zahl der auf das Capillarnetz wirkenden Herzstösse bis zu dem Zeitpunkt, wo auf die beginnende Vene die Herzaspiration einzuwirken anfängt. — Je langsamer das Blut in den Capillaren fliesst, desto grösser muss der Druck jenes Blutes auf die Wandungen bei gleichen Herzstössen sein. Es ist daher die Complication der Hydropsien mit Herzfehlern physiologisch zu deuten möglich, namentlich wo bei vermehrtem Schock die Frequenz das Normalmaass übersteigt, in welchen Fällen die Wundernetze der Nieren oft einen ganz enormen Druck aushalten müssen, und deswegen auch oft nicht aushalten können.

Wenden wir nun unsern Blick auf die bei *Morbus Brightii* in Beziehung zur quantitativen und qualitativen Urinsecretion bis jetzt erlangten therapeutischen Vortheile, so werden wir unsere Machtlosigkeit rasch gewahr durch die Masse der empfohlenen, verlassenen und wieder gepriesenen Mittel. Die meisten sind direct schädlich, wie z. B. unsere zum antiphlogistischen Heilapparat gehörigen Mittelsalze, welche die Urinsecretion geradezu anspornen und vermehren. Im Beginn der Krankheit kann einigermaassen eingewirkt werden, wenn nicht schon hier die Complication mit tiefen Organleiden alle Bemühungen vereitelt. Bei acutem Auftreten sieht man oft von einer entschiedenen antiphlogistischen Behandlung rasche Besserung eintreten, besonders wenn zugleich eine Durstkur gehalten wird, die überhaupt, so grausam sie bisweilen erscheint, besonders beim Beginnen der Albuminurien nicht genug empfohlen werden kann. Ebenso wird im Anfang die Digitalis in kleinen Gaben, mit tonischen Mitteln verbunden, gut vertragen, und bleibt ohne üble Nebenwirkungen. — Im Ganzen wird in den meisten Fällen der oft ausserordentliche Torpor der Haut zu wenig berücksichtigt, was gewiss nicht früh genug geschehen kann, da bei dem Auftreten ödematöser Infiltrationen jede Wirkung auf die Haut bereits unmöglich geworden ist. — Jede Albuminurie, sie mag erscheinen wie sie will, ist ein gefährliches Symptom, und verlangt ganz entschiedene Behandlung, wenn auch die subjectiven Symptome noch sehr unbedeutend und gering sind. Die Nierenkrankheiten verlaufen ohnehin gern schleichend, und der Urin wird erst untersucht, wenn der Kranke geschwollen ist. So lange Albuminurie ohne Blutextravasat besteht, meint man in der Regel die Krankheit noch im Stadium reiner Hyperämie behandeln zu müssen; doch sind die Fälle nicht selten, wo fast kein Blut im Urin nachweisbar, und die Harnkanälchen in der Leiche doch mit Faserstoff gefüllt waren. Nicht immer gelangt das extravasirte Blut in die Blase, wie ja auch bei Lungenapoplexien manchmal kaum merkliche Blutspu-

ren zur Expectoration gelangen, indem nahgelegene grössere Bronchialäste durch plötzlichen Druck rasch unwegsam wurden. — Weitere gewissenhafte Untersuchungen und Sectionen werden immer mehr lehren, dass Albuminurien ohne Bright'sche Entartung bei den verschiedensten Krankheiten auch ohne Structurveränderungen in den Nieren vorkommen kann, und dass *Morbus Brightii* eben weiter nichts ist, als der Ausgang der verschiedensten Krankheiten, sowohl chronischer als acuter. Ebenso wird die Salzlosigkeit und das verringerte specifische Gewicht bei vorhandener Albuminurie die Diagnose Bright'scher Nierenentartung weit sicherer stellen lassen, als es bisher durch das wenig beweisende und viel gefürchtete Erscheinen des Bellinischen Epitheliums möglich war.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Eine Kupfervergiftung.

Von
Dr. med. W. Langenbeck
in Göttingen.

Im Lauf des Sommers 1850 hatte ich Gelegenheit, eine Kupfervergiftung bei 31 Menschen zu beobachten, die in mancher Beziehung nicht ohne Interesse ist. In dem 2 Stunden von Göttingen gelegenen Dorfe Mengershausen erkrankten nach einem Fest, das von einem Bauer bei Errichtung eines Hauses am 6. und 9. Juni gegeben war, schon am folgenden Tage mehrere Personen unter auffallenden Erscheinungen, in den nächstfolgenden wurden aber nach und nach mit wenigen Ausnahmen alle Gäste (etwa 50 an der Zahl) ergriffen. Da nur manche Symptome eher für eine Vergiftung mit einem animalischen oder vegetabilischen Gift zu sprechen schienen, so forschte ich genau über den Gesundheitszustand der geschlachteten Thiere nach (es war ein Rind und ein Schwein geschlachtet worden, und ausser diesen kein anderes Fleisch genossen) erhielt aber die feste Versicherung von dem Schlächter und Hirten, dass sie vollkommen gesund gewesen seien. Auch zeigte sich dieser Verdacht bald als vollkommen grundlos, da die wenigen verschont gebliebenen Personen von dem Fleische beider Thiere in nicht unbeträchtlicher Menge genossen hatten. Nur das Eine stellte sich bestimmt heraus, dass Alle, die von einer gebratenen Rinderwurst auch nur geringe Portionen gegessen hatten, erkrankt waren. Bei weiterer Nachforschung erfuhr ich nun von der Köchin und anderen in der Küche beschäftigt gewesenen Personen, dass jene Wurst mit Schweinefett gebraten sei, das 2 Tage lang von dem Schlachten her in einem kupfernen, schlecht verzinnten Kessel gestanden und ein ganz grünes Aussehen gehabt habe. Von der Speise war leider nichts mehr zu haben (ich wurde erst 4 Tage nach dem Fest zu den Kranken gerufen), schwierig war es auch, die erbrochenen Massen oder Fäces nach der Stadt zu bekommen, und es musste deshalb der Versuch gemacht werden, den Harn, der leichter zu beschaffen war, auf Kupfer zu untersuchen. Herr Prof. Frerichs, der auch die Kranken mit mir besucht hat, hatte die Güte, die Analyse desselben zu machen, wodurch Spuren von Kupfer nachgewiesen wurden. Damit war denn das Factum der Vergiftung constatirt.

Die Erscheinungen derselben und ihr Verlauf verhielten sich verschieden, je nachdem die Wirkung des Giftes auf den Organismus längere oder kürzere Zeit gedauert hatte; es lassen sich danach 2, oder eigentlich 3 Gruppen unterscheiden.

Drei Personen, die ich jedoch nicht selbst gesehen habe, erkrankten nach ihrer Aussage unmittelbar die Nacht nach dem Fest. Sie erwachten durch äusserst heftige kolikartige, schneidende, den Leib zusammenschnürende Schmerzen und starke Cephaläa, Kälte der Haut; bald trat häufiges Erbrechen von grünen galligen Massen, zugleich mit flüssigen Stühlen ein, die 12—20mal wiederkehrten, und unter denen gegen Morgen Kopf- und Leibschmerzen nachliessen. Den Tag über blieb noch Mattigkeit und Abgeschlagenheit zurück, es erfolgten noch 3—5mal Diarrhöen; am folgenden Tage war jedes krankhafte Symptom verschwunden.

Die anderen 28 Personen wurden um 2, selbst um 3 und 4 Tage später ergriffen, und auch bei ihnen machte sich noch der Unterschied geltend, dass bei den zuerst Erkrankten Affectionen der Verdauungsorgane in den Vordergrund traten, während bei den späteren Erscheinungen des Nervensystems von vorn herein überwiegend waren.

Bei Ersteren begann das Leiden gewöhnlich mit kolikartigen quer durch den Unterleib ziehenden Schmerzen, die wohl Remissionen, doch nur selten Intermissionen machten, und bei denen das Abdomen hart und retrahirt war. Durch Druck wurden sie nicht auffallend gesteigert, dagegen war die *Regio epigastrica* bei Vielen gegen Druck empfindlich, und dieselbe auch spontan Sitz eines brennenden andauernden Schmerzes, oder eines Gefühls von innerer Hitze; Uebelkeit und in manchen Fällen von Zeit zu Zeit Erbrechen von gelblichen, grünlichen Massen; der Stuhl meist verschlossen. Die Zunge in den schwereren Fällen roth, war in andern feucht mit weisslichem, oder gelblichem Beleg, der Durst gross, der Appetit gänzlich verloren. Ziemlich heftiger Schmerz in der Stirngegend bei meist blassem collabirtem Gesicht, Haut warm und trocken, Puls mässig beschleunigt oder normal, weich. Nach 1—2 Tagen liessen meist unter Diarrhöen, die jedoch häufig durch Arznei hervorgerufen waren, die kolikartigen Schmerzen nach, oder traten nur von Zeit zu Zeit in gelinderem Grade und von kurzer Dauer ein, das Abdomen wurde weich, das Erbrechen hörte auf, und nun traten die nervösen Symptome in den Vordergrund.

Eine andere Reihe von Kranken befand sich die ersten Tage nach dem Feste vollkommen wohl; allmälig fingen sie an über Mattigkeit und Abgeschlagenheit in den Gliedern zu klagen, die immer zunahm, sich mit Schwindel, Schwere des Kopfes und Cephaläa verband. Der Appetit verlor sich, der Stuhl war verschlossen, von Zeit zu Zeit stellten sich leichte ziehende, aber rasch vorübergehende Schmerzen im Abdomen ein, das Gesicht verfiel, und die Kranken taumelten schattengleich umher; bis sie sich endlich nicht länger aufrecht erhalten konnten und gezwungen wurden, das Bett zu suchen. In dieser Periode boten Alle dasselbe Krankheitsbild dar, das einem leichten Typhus nicht unähnlich war. Grosse Eingenommenheit des Kopfes, ein solcher Schwindel, dass die Kranken nicht im Stande waren, sich aufrecht im Bett zu erhalten, von Zeit zu Zeit auftretender Kopfschmerz, unruhiger, von Träumen unterbrochener Schlaf, selbst leichte Delirien, oder fortwährendes Schlummern, das sich bei Einigen bis zu einem vollständig comatösen Zustande steigerte, bei Anderen dagegen völlige Schlaflosigkeit; Gesicht blass mit dem Ausdruck der grössten Prostration, oder selbst vollkommen stupid, das Auge tiefliegend und matt, die Pupillen erweitert, ein Gefühl unendlicher Abgeschlagenheit und Mattigkeit, das sich bei Einigen bei der geringsten Bewegung zu förmlichen Ohnmachten steigerte. Die Zunge in den milderen Fällen feucht und blass, oder nur an den Rändern geröthet, war bei den Meisten roth, trocken, rauh, die Papillen vergrössert, der Durst gross, Appetit verloren, selbst Ekel gegen Speisen; Abdomen weich, schmerzlos, nur mitunter leichtes kolikartiges Ziehen, Stuhl, meist in Folge der Arznei, durchfällig, Haut warm, aber jetzt häufig mit starkem Schweiss bedeckt, Puls mässig beschleunigt, klein und weich, Harn trübe und jumentös. Diese Zufälle dauerten 6—10 Tage und verloren sich nur allmälig, indem das Sensorium frei wurde, ruhiger Schlaf eintrat, die Zunge blass und feucht wurde, der Durst verschwand, der Appetit zurückkehrte. Schwindel und Eingenommenheit des Kopfes verloren sich erst später gänzlich, und am längsten dauerte die Mattigkeit und Abgeschlagenheit, wenn auch im geringeren Grade fort. Neben diesen schwereren Fällen bestanden allerdings mehrere leichtere, wo Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes, Dedolation die einzigen Symptome waren, bei denen sich die Kranken, wenn auch mit Mühe, ausserhalb des Bettes erhalten konnten. Sie genasen meist in wenigen Tagen, wenn ergiebige Stuhlausleerungen hervorgerufen wurden. So war das Bild der Vergiftung im Allgemeinen, doch boten die einzelnen Kranken manche Verschiedenheiten und besondere Erscheinungen dar, und es ist deshalb vielleicht nicht ohne Interesse, wenn ich die Symptome nach den einzelnen Organen genauer durchgehe.

Verdauungsorgane. Zunge. Im Beginn der Krankheit war sie weiss oder gelblich belegt, feucht. In den mildesten Fällen blieb sie so während des ganzen Verlaufes, oder sie wurde schon nach einigen Tagen rein und blieb dann normal. Bei den stärker Erkrankten wurden nach 1—2 Tagen die Ränder roth, während der Rücken blass blieb, oder die ganze Zunge erschien roth mit etwas vergrösserten Papillen, blieb aber feucht. In den schwersten Fällen (8) wurde sie sehr roth, trocken, die Papillen traten stark hervor und sie bekam dadurch ein rauhes Aussehen; auf der Höhe der Krankheit wurde sie dann rissig bräunlich, wie ein Stück rohes Muskelfleisch, das einige Zeit an der Luft gelegen hat. In einem Falle stiess sich am 8. Tage das Epithelium auf ihr und der ganzen Mundschleimhaut in grossen Fetzen los; in einem andern bildeten sich am 6. Tage an der Spitze und den Rändern kleine seichte, rundliche Geschwürchen mit gelblichem Grunde, die sich aber schon nach einigen Tagen auf einfache erweichende Mundwässer verloren. Mit dem Nachlass der Krankheit wurde die Zunge zuerst feucht, aber erst nach einigen Tagen blass und glatt, doch zeigten sich häufig Schwankungen in ihrem Verhalten, namentlich wurde sie bei längerer Obstruction auf kurze Zeit leicht wieder roth und trocken.

Pharynx. Dieser bot bei den meisten Personen nichts Krankhaftes dar. In einem Falle war bei heftigen Schlingbeschwerden und

rauher Stimme. *Velum palat.* und hintere Wand des Pharynx dunkel, bräunlich geröthet, spröde, trocken, ohne Spur von Schleimabsonderung; in einem anderen fand sich fleckige Röthe der Fauces, die aber nur 2 Tage bestand, in einem 3. war bei diffuser Röthe des Velum croupöses Exsudat auf der linken Tonsille vorhanden, der Mann litt zugleich an Schwerhörigkeit. Die Schlingbeschwerden waren bei beiden nur unbedeutend, und die Affectionen verloren sich von selbst.

Abdomen. Von den 31 Fällen, die mir zur Behandlung kamen, finde ich nur bei 6 Personen zu keiner Zeit des Verlaufs Schmerzen im Abdomen aufgezeichnet. Von ihnen gehörten 4 zu den mildesten Erkrankungen, bei den 2 anderen waren nervöse Symptome, zumal Schwindel und Betäubung in ziemlichem Grade vorhanden, bei allen übrigen kamen sie in verschiedener Intensität und Dauer vor. In 9 Fällen, zu denen die 3 zuerst Erkrankten und rasch Genesenden gehören, waren kolikartige Schmerzen das erste Symptom; sie waren schneidend, zusammenschnürend, nahmen das ganze Abdomen ein, das hart und zusammengezogen war (bei einem Knaben von 10 Jahren, Carl Emme, war es fast bis zur Wirbelsäule retrahirt), machten nur selten Intermissionen, häufig nur Remissionen und wurden durch Druck nicht, oder nur wenig gesteigert. Bei den 3 ersten Fällen und einem anderen waren sie mit heftigen Diarrhöen verbunden, in allen übrigen war Constipation vorhanden, und sie liessen dann gewöhnlich nach, wenn flüssige Stühle eintraten. Ihre kürzeste Dauer war 8, ihre längste 48 Stunden, im späteren Verlauf kehrten sie in dieser Intensität nicht wieder, doch fanden sich bei den meisten Individuen, zumal bei längerer Constipation von Zeit zu Zeit leichte ziehende Schmerzen um Nabel und Weichen, die aber selten länger als $\frac{1}{2}$—1 Stunde anhielten, und bei denen der Leib stets weich blieb. Sechs Personen, unter denen 4 zugleich an den Kolikanfällen litten, klagten über Schmerz im Epigastrium, der gewöhnlich nicht sehr heftig, oft nur ein Gefühl von Brennen und innerer Hitze, dabei aber fix war und durch Druck in beträchtlicherem Grade hervorgerufen wurde. Dreimal war damit Erbrechen verbunden, zweimal anhaltende Nausea, ohne dass es zum Erbrechen kam. Auch dieser Schmerz zeigte sich nur im Anfange der Erkrankung und verlor sich nach den ersten 2—3 Tagen. Einmal wurden am 5. Tage der Krankheit heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium beobachtet, die bis zur rechten Schulter ausstrahlten. Durch Druck wurden sie nicht vermehrt; sie dauerten nur einen Tag.

Durst war bei allen Individuen vorhanden und meist sehr beträchtlich, der Appetit stets vollständig verloren.

Erbrechen war bei den zuerst Erkrankten sehr häufig, heftig, entleerte nach den genossenen Speisen eine grünliche, bittere Flüssigkeit in beträchtlicher Menge und hielt 8—10 Stunden an. Ausserdem wurde es zu Anfang noch in 4 weiteren Fällen beobachtet. In 3 von diesen trat es nur am 1. und 2. Tage der Erkrankung auf, war nicht sehr häufig, 5—8mal, entleerte neben den Ingestis grünliche, gallige Massen und kehrte später nicht wieder. In dem 4. Fall, einem Kinde von 3 Jahren, das einzige, welches der Vergiftung erlag, dauerte es vom Anfang der Erkrankung (2 Tage nach dem Fest) bis zum Tode, der am 4. Tage der Krankheit erfolgte, ununterbrochen fort. Es wurde Alles, was die kleine Kranke genoss, selbst die geringsten Quantitäten von Flüssigkeit, unmittelbar nachdem sie dieselben zu sich genommen hatte, wieder erbrochen. Der Leib war dabei weich und schmerzlos. Im weitern Verlaufe kam bei keinem Kranken Erbrechen vor. Anhaltende Nausea war, zumal im Beginn, bei Vielen vorhanden.

Stuhlgang. Bei den 3 zuerst Erkrankten traten spontane Diarrhöen ein, sie dauerten nur einen Tag, waren zuerst sehr häufig, alle viertel bis halbe Stunde und nahmen allmälig an Frequenz ab, es ging ihnen gewöhnlich eine Steigerung der kolikartigen Schmerzen voraus. In 7 anderen Fällen traten gleichfalls spontane, flüssige Stühle entweder gleich im Beginn, oder nach Verlauf von 2—3 Tagen ein, doch waren sie nie sehr reichlich, erfolgten nur 2—5mal des Tages. Sie hatten stets einen entschieden günstigen Einfluss auf die Dauer und Intensität der Krankheit. In allen übrigen Fällen war Obstruction vorhanden und diese datirte sich von dem Tage des Festes her. Doch wirkten Abführmittel meist ziemlich leicht und schnell, und nicht selten bestand die nach einer Gabe eingetretene Diarrhöe längere Zeit fort. Häufiger indess mussten wegen neu eintretender Constipation die Purgantia wiederholt werden. Die Beschaffenheit der Stühle bot nichts Besonderes dar, sie waren bald breiig, bald sehr flüssig gelblich oder grau, oder mit harten bröckligen Fäcalmaterien gemischt. Nur bei einem Knaben von 6 Jahren fand am 2. Tage der Erkrankung eine Entleerung von fast reinem hellrothen Blut statt, und die beiden folgenden Stühle zeigten dasselbe noch neben flüssigen Fäcalmaterien. Der Leib war dabei spontan und bei Druck etwas schmerzhaft, übrigens erholte sich der Kranke rasch. Eintretende Diarrhöen waren gewöhnlich mit Erleichterung aller übrigen Symptome verbunden.

Respirationsorgane. Sie zeigten bei keinem Kranken Störungen, weder Husten noch Athembeschwerden waren vorhanden, nur bei dem Kinde, das an der Vergiftung starb, traten 24 Stunden vor dem Tode häufige profuse Blutungen aus der Nase, zugleich mit Petechien der Haut ein.

Circulationsorgane. Der Puls zeigte grosse Verschiedenheiten. Die Frequenz desselben war fast in der Hälfte der Fälle nicht verändert; bei den Uebrigen war er theils von vorn herein beschleunigt, theils wurde er es erst während des Verlaufs, zuweilen selbst erst gegen das Ende, wenn nur noch Schwindel und Mattigkeit zurückgeblieben war. Auch bei demselben Individuum war er veränderlich, ohne dass der Wechsel in seiner Häufigkeit auf bestimmte Umstände sich zurückführen liess. Doch überstieg er nur selten die Zahl von 90 Schlägen. Er war weich und wurde später klein und schwach. Nur bei 4 Individuen waren während der ersten Tage ziemlich heftige Fieberbewegungen mit vollem, hartem und frequentem Pulse vorhanden.

Harnorgane. In ihrer Function liess sich keine Störung entdecken. Der Harn war meist bräunlich, trübe, sedimentirend, oft normal.

Nervensystem. Kopfschmerzen wurden bei fast allen Kranken beobachtet. In den schwereren Fällen waren sie Anfangs sehr heftig, hatten vorzüglich in Stirn und Scheitel ihren Sitz, verloren sich jedoch in dieser Stärke gewöhnlich schon nach 1—2 Tagen. Im Verlauf traten sie noch von Zeit zu Zeit mit geringerer Intensität wieder auf. In gelinderen Fällen klagten die Kranken nur über ein Gefühl von Druck und Schwere im Kopf. Eines der lästigsten Symptome war Schwindel. Er fehlte bei keinem Kranken, war meist so heftig, dass sie unvermögend waren, den Kopf aufrecht zu erhalten, beim Gehen taumelten u. s. w. Nach häufigen Stuhlentleerungen wurde er gewöhnlich gemässigt und steigerte sich auffallend, wenn dieselben längere Zeit ausblieben. Er dauerte gewöhnlich noch im geringen Grade fort, wenn sich die meisten übrigen Erscheinungen schon verloren hatten. Mit ihm war stets ein gewisser Grad von Betäubung verbunden. Die meisten Kranken lagen still und apathisch vor sich hin mit mattem, glanzlosem Auge, stupidem, erschlafftem Ausdruck des Gesichts, sie hatten eine grosse Neigung zum Schlummern, das aber unruhig, von Träumen unterbrochen, nicht erquickend war. Bei Einigen, zumal Kindern, stellte sich ein völlig soporöser Zustand ein, aus dem sie wohl zur Besinnung zu erwecken waren, in den sie aber rasch wieder zurückverfielen. Bei mehreren älteren Personen war dagegen völlige Schlaflosigkeit mit einem Gefühl von innerer Unruhe und Angst vorhanden, und es dauerte oft 3—4 Tage, ehe auch nur auf eine Stunde Ruhe eintrat. Bei Allen war der Gemüthszustand sehr deprimirt. Ruhiger, anhaltender Schlaf wirkte immer günstig auf alle Erscheinungen und war ein Zeichen naher Genesung.

Eigentliche Delirien habe ich nur bei 7 Kranken beobachtet, bei 4 Kindern unter 12 Jahren, 2 kräftigen jungen Männern von 18 und 20 Jahren und einem Mädchen von 14 Jahren, die überhaupt den heftigsten Grad der Erkrankung zeigten. Sie waren mehr stiller Art, ein unverständliches Vorsichhinmurmeln, zuweilen von Jammern unterbrochen. Nur bei dem Knaben Carl Emme waren sie während der ersten Tage mehr furibunder Natur. Durch lautes Ansprechen vermochte man die Kranken ihren Phantasien zu entreissen, sie sahen dann erstaunt und verwirrt aus und mussten sich eine Zeitlang besinnen, ehe sie auf die vorgelegten Fragen antworteten.

Wie fast stets bei Schwindel klagten die Kranken, dass es ihnen oft schwarz vor den Augen werde. Flimmern, Funkensehen wurde nicht beobachtet.

Die Pupillen waren stets und oft sehr beträchtlich erweitert, reagirten aber gut gegen Licht. Nur in 3 Fällen, bei denen beträchtliche Kopfcongestionen zugegen waren, erschienen sie während der ersten Tage verengert.

Brausen und Klingen vor den Ohren wurde in mehreren Fällen wahrgenommen; bei 3 war auch Schwerhörigkeit vorhanden, die sich bei einem Mädchen von 22 Jahren bis zur völligen Taubheit steigerte. In allen 3 Fällen hielt dieselbe sehr lange an und verschwand erst in der Reconvalescenz allmälig.

Ein Symptom, worüber die Kranken sich vorzugsweise beklagten, war das Gefühl von unendlicher Mattigkeit und Abgeschlagenheit mit einem lästigen Ziehen und Spannen in den Gliedern; es wäre ihnen, sagten sie, als seien ihnen Arme und Beine zerschlagen. Bei den geringsten Bewegungen fühlten sie sich oft bis zur Ohnmacht erschöpft. Diese Dedolation war bei Allen ohne Ausnahme vorhanden, bestand von allen krankhaften Erscheinungen am längsten und verlor sich erst in der 3. und selbst 4. Woche gänzlich. Häufig war damit ein Gefühl von Schaudern und Frösteln verbunden, obgleich die Haut objectiv nicht kalt war; auch später blieb noch eine grosse Empfindlichkeit gegen Witterungseinflüsse. In einem Falle traten im Anfange wiederholte Schüttelfröste ein, so dass das Leiden einer Intermittens ähnlich wurde.

Convulsive Bewegungen kamen nur einmal bei einer kräftigen robusten Frau von 47 Jahren vor. Sie klagte am ersten Tage

ihres Krankseins über heftige Schmerzen in der Gegend der letzten Brustwirbel, die aber bei Druck nicht empfindlich waren. Am folgenden Tage fühlte sie plötzlich von dieser Stelle aus die Schmerzen in den linken Arm bis zum Carpusgelenk ausstrahlen, es traten heftige Zuckungen in demselben ein, so dass er mit Gewalt auf und nieder geschleudert wurde. Die convulsiven Bewegungen hielten einige Minuten an, dann trat eine Paralyse des Gliedes ein, die mehrere Stunden währte, wobei die Empfindung aber normal blieb. Diese Anfälle kehrten während der beiden folgenden Tage, allmälig an Intensität abnehmend, zu wiederholten Malen wieder; eine paralitische Schwäche in dem Arm und der Rückenschmerz dauerten noch einen Tag länger an, um dann auch vollständig zu verschwinden.

Aeussere Haut. Die Temperatur derselben war meist etwas, in den 4 Fällen, wo im Beginn stärkere Fieberbewegungen stattfanden, beträchtlicher erhöht. Anfangs war sie trocken, später wurde sie feucht und häufig, zumal wo die Prostration grösser war, mit profusen Schweissen bedeckt. Sie war welk und schlaff, und dies zeigte sich namentlich im Gesicht durch den eingefallenen, erschlafften Ausdruck der Züge; zugleich wurde die Farbe blass, fahl, gelblich, ohne jedoch je ein wirklich ikterisches Colorit zu zeigen. In einigen Fällen war indess während der ersten Tage das Gesicht roth und turgescirend.

Abmagerung trat bei Allen in mehr oder minder hohem Grade ein und es währte gewöhnlich lange Zeit, ehe die Kranken ihr Embonpoint wieder erhielten, und ihr kränkelndes Aussehen verloren. Gesunde, frische Gesichtsfarbe kehrte oft erst nach Monaten zurück.

Es erlag der Vergiftung nur ein Kind von 3 Jahren; der Sectionsbefund ergab wenig; ich theile ihn nebst der Krankengeschichte mit.

Julie Busse, 3 Jahr alt, von zartem, gracilem Körper, blond, war nach Aussage ihrer Eltern am 9. Juni bei jenem Feste zugegen gewesen und hatte dabei nur ein Stück von der Rinderwurst mit etwas Brod genossen. Am 11. Juni Abends fing sie zuerst an über Kopfschmerz zu klagen und sah matt und niedergeschlagen aus. Des Nachts erfolgte mehrfach Erbrechen, wodurch die am Tage zuvor genossenen Massen unverdaut entleert wurden; dasselbe dauerte auch am 12. Juni anhaltend fort, und brachte jetzt eine grünliche, gelbliche, schleimige Flüssigkeit hervor.

Am 13. Juni, wo ich zuerst gerufen wurde, fand ich die kleine Kranke im hohen Grade matt und erschöpft, das Gesicht bleich und eingefallen, die Haut welk und kühl, den Puls klein und schwach, aber nicht beschleunigt; die Zunge feucht, weiss belegt, an den Rändern geröthet, das Abdomen weich und schmerzlos, Stuhl verschlossen. Das Sensorium, wie es schien, völlig frei, denn das Kind, obgleich es ruhig vor sich hin lag und wenig sprach, achtete auf Alles und hatte wohl einen ermatteten und leidenden, aber durchaus keinen stupiden Gesichtsausdruck. Das Erbrechen war sehr häufig, kam gewöhnlich, wenn das Kind etwas Getränk zu sich nahm und entleerte nur dieses. Verordnung: *Emuls. amygd.* mit etwas *Aq. laurocer.*, warme, aromatische Cataplasmen auf den Unterleib, Zuckerwasser zum Getränk.

Den 15. Juni. Das Erbrechen hatte in derselben Weise fortgedauert, die Kräfte waren noch mehr gesunken, der Puls kaum mehr zu fühlen; die Haut mit kaltem klebrigem Schweiss bedeckt, zeigte an verschiedenen Stellen, vorzüglich an Brust und Armen, kleine, stecknadelknopf- bis linsengrosse Petechien; seit gestern häufig anhaltende Blutungen aus der Nase. Der Beleg der Zunge bräunlich, der Leib meteoristisch aufgetrieben. Das Bewusstsein schien auch jetzt nicht getrübt. Am Abend verschied das Kind.

Die Section wurde am 17. Juni angestellt. In der Schädelhöhle zeigten die Gehirnhäute weder Blutüberfüllung, noch sonst eine krankhafte Veränderung; die Gehirnsubstanz war vielleicht etwas trockener und fester als gewöhnlich; in den Ventrikeln kein Serum. Die Lungen waren gesund, eine Bronchialdrüse angeschwollen und tuberkulös infiltrirt; das Herz normal, in beiden Ventrikeln schlaffe, weiche Blutcoagula. Der Magen leer, die Schleimhaut leicht rosig fleckig geröthet, von normaler Consistenz, die Intestina blass, die solitären und Peyer'schen Drüsen etwas geschwellt aber ohne Spur von Injection, die Schleimhaut gleichfalls von normaler Consistenz; die Drüsen des Mesenteriums etwas vergrössert; Milz, Leber, Harnorgane normal. Theile der Eingeweide, und namentlich die Leber mitzunehmen, um sie auf Kupfer zu untersuchen, wurde leider nicht gestattet.

Die Behandlung war, da nach der Aufnahme des Giftes stets mehrere Tage verflossen waren, meist symptomatisch. Wo keine Diarrhöen zugegen waren, wurden Abführmittel gereicht und dazu bei vorhandenen Schmerzen im Abdomen *Ol. Ricini*, sonst auch wohl *Inf. laxat.* gewählt. Gewöhnlich mussten sie im Verlauf mehrfach wiederholt werden. Waren schon flüssige Stühle zugegen, so liess ich eine einfache Mandelemulsion mit Zusatz von *Aq. laurocer.* nehmen. Bei grösserer Empfindlichkeit der *Regio epigastrica* und des Abdomens gegen Druck wurden einige Blutegel oder Schröpfköpfe gesetzt und darauf warme, erweichende Cataplasmen gemacht; gegen die später eintretenden nervösen Erscheinungen gewöhnlich ein leichtes *Inf. Valer.* verordnet. Als gewöhnliches Getränk diente Anfangs Zuckerwasser, später Milch und Wasser, die Diät war im Beginn mild, sparsam, einhüllend, später leicht verdaulich, restaurirend.

Bemerkenswerth und von sonst ähnlichen Kupfervergiftungen verschieden, erscheint mir in der mitgetheilten Beobachtung die meist so spät erfolgende Wirkung des Kupfers auf den Organismus. Nehmen wir die 3 Fälle aus, in denen dasselbe nur einen rein örtlichen auf den Darmkanal beschränkten Reiz ausübte und durch die reichlichen Ausleerungen wahrscheinlich sofort gänzlich aus dem Körper entfernt wurde, wie die rasche und vollständige Genesung zeigt, so verflossen 2—3, ja selbst 4—5 Tage zwischen den Genuss desselben und den ersten krankhaften Erscheinungen. Vielleicht ist dies der Form, in welcher es aufgenommen wurde, zuzuschreiben. Die Verbindung des Kupfers mit Fett, wodurch dasselbe mehr eingehüllt wird, der Umstand, dass es mit einer Menge anderer Nahrungsmittel zugleich genossen wurde, sich deshalb leicht vertheilen und eben in dieser Fettverbindung in eine emulsive Form übergehen konnte, machen es wohl erklärlich, dass es ohne besonderen Eingriff auf den Darmkanal in Chylus und Blut aufgenommen wurde. Indem es sich hier erst nach und nach, vielleicht durch weitere Oxydation des Fettes aus seiner Verbindung mit demselben trennen mochte, konnte es allmälig seinen Einfluss auf die Blutmischung und das Nervensystem entfalten. Wenn nun dennoch auch in diesen Fällen im Verlauf Erscheinungen in den Verdauungsorganen auftreten, so halte ich dieselben hauptsächlich für Folgen dieser allgemeinen Einwirkung auf Blutmischung und Nervensystem. Da indess durch die Leber das Kupfer hauptsächlich wieder aus dem Organismus entfernt wird, so liesse sich auch denken, dass es mit der Galle von Neuem in den Darmkanal angelangt, einen directeren Reiz auf die Schleimhaut ausgeübt und manche Digestionsstörungen, z. B. die später zuweilen spontan eintretenden Diarrhöen, die anhaltende Anorexie u. s. w. veranlasst habe.

Unmöglich wäre es selbst nicht, dass es hier von Neuem resorbirt wäre, so mehrfach den Organismus durchlaufen und seine schädlichen Wirkungen auf denselben verdoppelt habe. Die auffallende Steigerung der Erscheinungen, zumal des Schwindels und der Betäubung bei länger bestehender Obstruction und der auch im späteren Verlauf günstige Einfluss der Diarrhöen scheinen einigermaassen dieser Ansicht günstig.

Uebersicht der in der stationären und in der ambulatorischen chirurgisch-augenärztlichen Klinik der k. rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn vom 1. Oct. 1849 bis Ende September 1850 vorgekommenen Ereignisse.

Von

Geh. Med.-Rath C. W. Wutzer,

Director der Anstalt.

(Fortsetzung aus No. 36.)

III. Steinschnitt am Weibe.

Der Blasenstein kommt am Mittel- und Niederrhein verhältnissmässig selten vor, und so mag es hierin zu suchen sein, dass sich mir die Gelegenheit, die Steinoperation bei Frauen vorzunehmen, innerhalb 20 Jahren nur zwei Mal dargeboten hat, wobei mir auch nicht bekannt geworden ist, dass sie in dieser Zeitperiode etwa anderweitig am Niederrhein ausgeführt worden wäre. Eine derselben fällt in das hier in Rede stehende Schuljahr; ihrer Mittheilung wird sich passend die einer frühern Operation der Art anschliessen.

Obgleich der Steinschnitt bei Weibern im Ganzen viel weniger Schwierigkeiten als bei Männern darbietet, so fehlt es doch nicht an einer grossen Mannigfaltigkeit vorgeschlagener Operationsmethoden. Die Kolpocystotomie schont freilich die Harnröhre und den Blasenhals, beschafft auch für grössere Concremente den Durchgang, aber sie lässt leicht eine Blasenscheidenfistel zurück, und wer mit diesem höchst lästigen Uebel jemals öfter zu kämpfen gehabt hat, wird sie deshalb gern meiden. Freilich muss man zugeben, dass eine frische Wunde in übrigens gesundem Körper sich eher heilen lässt, als eine mit Substanzdefect verbundene veraltete Urinfistel, wofür denn Fälle von glücklicher Heilung nach jener Art des Steinschnittes allerdings auch sprechen. Lisfranc's Vestibularschnitt, eine geringe Abänderung der ***Plaga transversa*** des Celsus, droht mit Eitersenkungen, venösen Blutungen, Schwierigkeiten der Steinausziehung u. s. w. Die verschiedenen Spaltungen der Harnröhre nach abwärts oder zur Seite lassen erfahrungsgemäss leicht Incontinenz des Urins zurück, die zur Seite können auch die ***Art. pu-***

denda communis treffen. Der Verticalschnitt nach oben wendet zwar die Incontinenz sicher ab, verwundet aber die letztere Arterie in ihrem anastomotischen Bogen gewiss, kann auch nur einen sehr mässigen Längendurchmesser, wegen des dort beschränkten Raumes, erreichen. So bliebe für umfangreiche Steine nur die Epicystotomie übrig. Für mässige Concremente ziehe ich aber den Schrägschnitt nach oben und zur Seite vor, welcher vor dem Verticalschnitt nach oben, den schon Lorenz Colot [1]) im 16. Jahrhundert ausübte, den Vorzug darbietet, dass man die Clitoris vermeidet, der Schnitt auch ergiebiger ausfällt, also einen stärkeren Stein durchziehen lässt. Dieser Schräg- oder Diagonalschnitt ist von Sebreger [2]) dem Dubois zugeschrieben worden. Indem ich aber die mir über dessen Methode zu Gebote stehenden Mittheilungen von Augenzeugen mit einander vergleiche, finde ich, dass Dubois vertical nach oben schnitt, ganz so, wie es, nach Paré's Versicherung, schon Colot in Paris that, weshalb es etwas possirlich klingt, wenn Richerand [3]), Jourdan und Begin [4]) die Erfindung dieses Schnittes Dubois zuschreiben. Brosse [5]), welcher Dubois operiren sah, spricht ausdrücklich von einem perpendiculären Schnitt, „gerade aufwärts bis zum Ligament unter dem Schaambogen." Ebenso war Behre [6]) zugegen, als Dupuytren 1823 im Hôtel-Dieu den Steinschnitt am Weibe nach Dubois Methode unternahm. Dupuytren [7]), der letztere allen anderen vorzog, sich aber dabei des Lithotome caché von Frère Côme bediente, richtete die Klinge dieses Instrumentes „in gerader Richtung gegen die *Symphisis ossium pubis*", wie Behre ausdrücklich bemerkt. Malgaigne [8]) bestätigt dies, indem er demselben Verfahren die Ueberschrift giebt: „*Procédé de Laurent Colot*", und hinzufügt: „*Cette taille a été décrite par Paré; elle a été renouvelée à une époque récente par A. Dubois.*" So steht denn in der That Breschet [9]) mit seiner Nachricht, dass Dubois die Klinge „etwas Weniges nach links" gerichtet habe, vollkommen vereinzelt da; wahrscheinlich hat in ihm hierbei mehr der ausgezeichnete Anatom, als der treue Beobachter gesprochen, und der Schrägschnitt nach oben dürfte daher von Anderen vor mir noch nicht ausgeführt worden sein. Er hat sich mir in folgenden zwei Fällen als sehr brauchbar und empfehlenswerth bewährt.

1) 1831. Frau *** aus Gelsdorf im Kreise Ahrweiler, eine ursprünglich gut constituirte Frau, die mehrmals und leicht geboren hatte, kam Ende Juli 1831 in hohem Grade abgemagert und leidend nach Bonn. Seit geraumer Zeit war sie nämlich von Harnbeschwerden der Art geplagt worden, dass sie in kleinen Quantitäten, oft nur tropfenweise, und unter den heftigsten, krampfartigen Schmerzen, ungemein häufig uriniren musste, und namentlich die Nächte deshalb fast schlaflos hinzubringen genöthigt war. Der Harn enthielt bedeutend viel übelriechenden Schleim; sein Sediment zeigte erdige Phosphate. Die in die Blase eingeführte Sonde fand sogleich ein festes Concrement, dessen Umfang, mit Hülfe des in die Scheide gebrachten linken Zeigefingers, auf den eines mässigen Hühnereies geschätzt wurde. Eine Veranlassung zur Steinbildung wusste die Kranke nicht anzugeben, auch erinnerte sie sich keines ähnlichen Falles aus ihrer Familie oder Gegend. Die hochgesteigerte Empfindlichkeit mit dem tief gesunkenen Kräftezustand erlaubten kein Zögern, contraindicirten auch zugleich jeden Steinzerreibungsversuch, und so machte ich denn den Steinschnitt am 2. August, unter Assistenz der HH. DD. H. Nasse und Mertens, in folgender Art.

Der sich in der Rücklingslage zum Steinschnitte befindenden Frau wurde zuvörderst eine gerinnte Steinsonde mit nach oben und links gerichteter Rinne in die Blase geführt. Die linke Hand des Operateurs hielt und drückte die Sonde stark nach abwärts, damit ein um so ansehnlicherer Raum zwischen der Harnröhre und dem Schoossbogen entstehen möchte. Die rechte Hand ergriff sodann das hierzu ganz geeignete Steinschnittmesser von Beclard [10]), setzte den Rücken desselben in die Sondenrinne, richtete die Schneide schräg nach links und oben gegen das linke Schaambein, und spaltete, indem die convexe Klinge bis in den Blasenhals vorwärts geschoben wurde, die obere Wand der Harnröhre ihrer ganzen Länge nach, sowie einen Theil des Blasenhalses, erweiterte auch beim Herausziehen des Instrumentes die Wunde so weit nach aufwärts, als es das Schaambein erlaubte. Die Clitoris selbst war bei dieser Spaltung unberührt geblieben; aber der Anfangstheil des linken schwammigen Körpers derselben mit der *Art. clitoridea sin.* konnte freilich nicht vermieden werden. Die Blutung war deshalb ansehnlich: des ermuthigenden Zuspruches des Celsus [1]) jedoch eingedenk, begnügte ich mich, mit den Fingern der rechten Hand eine mässige Compression gegen den absteigenden Ast des Schaambeins auszuüben, indem ich zugleich den linken Zeigefinger durch die Wunde in die Blase führte, um mich von dem Kaliber des Steines mit mehr Sicherheit zu überzeugen. Nachdem ich gefunden, dass letzteres dem Durchmesser der Wunde anpasste, brachte ich, ohne das Ende der Blutung abzuwarten, rasch die Steinzange auf dem linken Zeigefinger ein, ergriff den Stein bald in seinem schmäleren Queerdurchmesser, und zog ihn, nach einigen vergeblichen Versuchen, heraus. Die hierbei verursachte Reibung mochte zur Blutstillung beigetragen haben, denn nach Beseitigung des Steines floss kein Blut mehr.

Die Nachbehandlung bietet kein besonderes Interesse dar. Die abgemagerte Frau erholte sich, als sie frei von Schmerzen und Urinbeschwerden war, unerwartet schnell. Die Wunde heilte sehr vortheilhaft, so dass keine Spur von Urinträufeln übrig blieb. — Nach jener Zeit gebar sie noch zwei Kinder. Im Jahre 1846 stellte sie mir, völlig gesund, ihre damals 13jährige Tochter vor, welche gleichfalls an Harnbeschwerden litt, die jedoch wahrscheinlich mit der Menstruationsentwickelung im Zusammenhange standen, indem die bei ihr vorgenommene Untersuchung der Blase weder ein Concrement, noch ein organisches Leiden ergab. — Der der Frau ausgezogene Stein wog unmittelbar nach dem Ausziehen etwas über 5 Drachmen. Er ist weiss, kreidig und sein Gefüge so locker, dass er jetzt, nach 20 Jahren, durch das Anfassen leicht zerbröckelt. Er ist vor dem Löthrohre schmelzbar. Die Untersuchung ergiebt in ihm hauptsächlich phosphorsauren Kalk, dann phosphorsaure Ammoniakmagnesia und wenig Harnsäure.

2) 1850. Die 35jährige Frau Anna Maria Müller aus Betzing bei Mayen wurde der Klinik am 24. Mai 1850 wegen Steinbeschwerden überwiesen. In ihrer Familie waren ähnliche Uebel nie vorgekommen. Mit einem gesunden Manne verheirathet, hatte sie vier Mal ohne besondere Beschwerde geboren. Die am 17. Mai 1846 erfolgte fünfte Entbindung führte indessen grosse Schwierigkeiten mit sich. Nach ihrer Aussage hatten sich zwei Aerzte den Tag über mit Zangen vergebens bemüht, die Geburt zu beendigen, als Abends durch Hrn. Kreiswundarzt Bamberger die Perforation gemacht und das Kind todt zur Welt befördert wurde. Die Geschlechtstheile schwollen hierauf sehr bedeutend an. Nachdem die Frau sich wieder erholt hatte und aufgestanden war, wurde sie gewahr, dass sich die Gebärmutter gesenkt hatte, welche 4 Wochen später schon zwischen den Schaamlefzen zu fühlen war. Das Urinlassen wurde hierdurch so erschwert, dass die Schmerzen sie mitunter zwangen, sich dabei auf den Boden niederzulegen. In dieser Lage musste sie noch so heftig pressen, dass der in die Scheide gebrachte Mutterkranz gewöhnlich herausgedrängt wurde. Der entleerte Urin schien bisweilen mit Blut gefärbt, auch enthielt er häufig genug zähen Schleim und Gries. Im Jahre 1849 hatten die Schmerzen sich so vermehrt, dass sie sich genöthigt sah, fast stets auf dem Rücken zu liegen. Vier Jahre dauerten die Leiden bereits an, als ihr endlich im März 1850 ein Arzt erklärte, dass sie einen Stein in der Blase habe. In Bonn angekommen, zeigte sie ein bleiches Colorit und den Ausdruck eines tiefen Leidens in den Gesichtszügen, obgleich die ursprüngliche Constitution ziemlich kräftig gewesen war. Ihre Klage beschränkte sich hauptsächlich auf Schmerz in der Schaamgegend, der sich bei Bewegungen zu beiden Seiten nach abwärts gegen die Schenkel hinzog, welche ihr bei Versuchen zum Gehen so schwer wie Blei zu sein schienen.

Die Untersuchung der Frau ergab zunächst unmittelbar oberhalb des Scheideneinganges die *Portio vaginalis uteri*. Als sie mit dem Zeigefinger zurückgeschoben und die Spitze dieses gegen die hintere Blasenwand gerichtet worden war, erkannte man mit ihm in der Blase einen harten, länglich-rundlichen Körper; eine durch die Harnröhre eingebrachte Steinsonde stiess sogleich auf das Concrement und erzeugte beim Anschlagen einen hellen Klang. Die Oberfläche des Steins fühlte sich rauh an; man schätzte seine Länge auf 2 Zoll, die Breite auf $^{3}/_{4}$ — 1 Zoll. Seine Lage liess sich durch die Sonde nicht verändern. Das unter dem Mikroskop untersuchte Harnsediment ergab Krystalle von Harnsäure, jedoch kein Tripelsalz und keinen oxalsauren Kalk. Der Kräftezustand der Kranken wurde noch erträglich gefunden, jedoch war ihre Empfindlichkeit krankhaft sehr gesteigert. Die Steinzerreibung erschien wegen der grossen Empfindlichkeit der Patientin, sowie wegen der Unbeweglichkeit des Steins contraindicirt, weshalb denn am 27. Mai der Steinschnitt unternommen wurde, bei welchem die HH. DR. H. Schäffer, F. Simrock, P. H. Becker u. A. assistirten. Durch 5 Minuten lang fortgesetztes Einathmen des Chloroforms war sie des Gefühls hinlänglich beraubt; das kurz zuvor in die Blase gespritzte lauwarme Wasser wurde indessen im Zustande der Betäubung unter heftigem Stöhnen

[1]) Vergl. Ambr. Parei Opera. Jacobi Guillemeau labore. Parisiis, 1582. pag. 106.
[2]) Grundriss der chirurg. Operationen. 3. Ausg. 2. Th. Nürnb., 1825. S. 89.
[3]) Wundarzneikunst. A. d. Franz. 4. Th. Leipzig, 1822. S. 334.
[4]) Dictionnaire des sciences médicales. T. 28. Paris, 1818. pag. 435.
[5]) Rust, Magazin. Bd. 6. Berlin, 1819. S. 413.
[6]) Versuch einer historisch-kritischen Darstellung des Steinschnittes beim Weibe. Heidelberg und Leipzig, 1827. S. 69.
[7]) Lithotomie. These pour le Concours. Paris, 1812. pag. 52.
[8]) Manuel de médecine opératoire. 5. édit. Paris, 1849. pag. 649.
[9]) Brief an Reisinger. In der Salzburger medic.-chirurg. Ztg. 1818. I. S. 285.
[10]) Vergl. Seerig, *Armamentarium chirurg.* Tab. 85. Fig. 17.

[1]) *De medicina.* Lib. VII. Cap. XXVI. 4. (*Lithotomia in feminis.*) „*Neque terreri convenit, si plus ex muliebri corpore sanguinis profluit.*" Bei der „*Plaga transversa*" des Celsus mag die Blutung freilich ansehnlicher gewesen sein.

wieder herausgepresst. Der jetzt ohne Zögern vorgenommene Schnitt wurde ganz in der oben ausgeführten Weise durch den Schrägschnitt nach oben und links vollendet. Die Blutung erschien nicht ganz so stark wie bei der früheren Operation. Der durch die Wunde in die Blase geführte linke Zeigefinger erkannte bald, dass der längliche Stein nur durch den ihn krampfhaft umschliessenden Blasenhals fixirt gewesen war; nach Spaltung des letzteren liess er sich bewegen. Die auf dem Zeigefinger eingebrachte Steinzange fasste das Concrement vortheilhaft und förderte es bis in die Wunde; hier bröckelte aber die lockere äussere Schicht desselben ab, und der Stein entgleitete bis in den Blasengrund. Aus ihm musste er durch einen Steinlöffel bis zur Wunde wieder herabgeholt werden, wo er mit der Zange erfasst, und indem der in die Scheide eingebrachte gekrümmte Zeigefinger eines Gehülfen ihn festhielt und zugleich nach vorn drückte, ausgezogen wurde. Die abgebröckelten lockeren Theile desselben mussten durch wiederholte Einspritzungen von lauem Wasser beseitigt werden. Nach Beendigung der Operation floss kein Blut mehr. Es folgten keine bösen Zufälle; die wegen des wiederholten Einführens der Zange und des Steinlöffels gefürchtete Entzündung blieb aus; schon am 31. begann im oberen Drittheil der Wunde die Heilung; am 2. Juni trat die lange fortgebliebene Menstruation wieder ein, worauf das Befinden der Frau im Ganzen gebessert, ihre Stimmung heiterer wurde. Als die Menstrualblutung nach 2 Tagen aufgehört hatte zu fliessen, fand sich, dass die Wunde auch im unteren Drittheil heile. Am 9. Juni konnte die Frau stehend den Urin bereits halten, im Liegen ging er dagegen noch unwillkürlich und in Tropfen ab; am 17. hatte auch letzteres aufgehört. Der Urin konnte nun 3 Stunden lang gehalten werden. Am 24. Juni war die Herstellung vollendet. Der *Sphincter vesicae* fungirte völlig normal, obgleich eine der Entlassung vorangehende Localuntersuchung die Mündung der Harnröhre noch etwas erweitert zeigte. — Der ausgezogene Stein ergab eine ovale Form, eine Länge von $2\frac{1}{4}$ und eine Breite von $1\frac{3}{4}$ Zoll. Das Gewicht betrug 1 Unze 5 Drachmen und 54 Gran. Seine Oberfläche ist rauh, höckerig, die Schnittfläche schmutzig weiss, mehr oder weniger glänzend. In der Mitte zeigt sich ein rundlicher Kern, um welchen sich dendritenförmig spitze Rhomboëder von phosphorsaurem Kalk angelagert haben. Dieser letztere bildet den grösseren Theil der Masse des Steins; ausserdem fanden sich aber in ihm noch phosphorsaure Ammoniakmagnesia, Harnsäure und etwas harnsaures Ammoniak.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Erlangen.

Von

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt.

Heilung einer Kniecontractur durch Extension forcée.

Anna Dörr, eine 31jährige Bauernfrau, hatte sich früher stets einer sehr guten Gesundheit erfreut, war kräftig und wohlgenährt und konnte ohne besondere Anstrengung alle Haus- und Feld-Arbeiten verrichten. Seit ihrem 21. Jahre verheirathet, hat sie 6 Wochenbetten durchgemacht. Die Geburt war jedesmal schwer und schmerzvoll, ging aber ohne üble Folgen für ihre Gesundheit vorüber. Nach ihrer letzten Niederkunft im Anfang Februar 1850 befand sie sich während der ersten 8 Tage gut, am 8. Tage aber verfiel sie in eine mit heftigem Fieber verbundene Krankheit, war eine ganze Woche bewusstlos, kam dann langsam wieder zu sich, behielt aber eine Contractur der beiden Knie- und des linken Ellenbogen- und Handgelenks, so wie eine merkliche Schwäche des Gedächtnisses. Da die Zeit gar keine Veränderung in diesem Zustand hervorbrachte, und die Kranke dadurch zur freien Bewegung, so wie zur Verrichtung von irgend welchen Geschäften, ganz untauglich war, so suchte sie im October 1850 Hülfe in der hiesigen chirurgischen Klinik, wo sie am 29. aufgenommen wurde. Beide Kniegelenke, besonders das linke, befanden sich im Zustand der Flexion, so dass der Unterschenkel zum Oberschenkel in einem Winkel von weniger als 90 Grad stand. Die Kranke konnte weder sitzen noch liegen, sondern musste immer in zusammengekauerter Stellung ausharren. Sie vermochte nicht die geringste Bewegung im Kniegelenk zu Stande zu bringen, welche sich jedoch durch fremde Gewalt in geringem Grade und zwar ohne allen Schmerz für die Kranke ausführen liess, — ein Symptom, welches in so fern von Werth erschien, als es dafür sprach, dass nicht ein Leiden der Knorpel oder Knochenenden der Contractur zu Grunde lag. An der linken obern Extremität war das Ellenbogen- und das Handgelenk contrahirt, der 4. und 5. Finger ebenfalls flektirt, der Daumen ohne Adductionsfähigkeit, so dass die Frau weder ihren Rücken oder ihren Kopf berühren oder überhaupt den Arm nach hinten bewegen, noch etwas mit der Hand fassen und festhalten konnte. Dabei grosse Abmagerung am ganzen Körper; besonders atrophisch die Muskulatur der unteren Extremitäten, welche in Wahrheit den Eindruck von Theilen eines Skelets machten. Die Haut runzlich und trocken, der Appetit gering, der Stuhl unregelmässig, oft mehrere Tage lang fehlend, kein Monatsfluss seit der letzten Niederkunft. Verordnet ward täglich ein Salzbad, anfangs mit zwei, später mit mehreren Pfund Kochsalz. Jeden Abend wurde der Elektrogalvanismus angewandt und zwar anfangs während 10, später während 15 Minuten; der Verstopfung durch *Electuar. lenit.* oder ein Klystier begegnet. Schon nach 14 Tagen war die Beweglichkeit in dem linken Ellenbogen- und Handgelenk etwas besser, die Haut weniger trocken und besonders unmittelbar nach Anwendung des Elektrogalvanismus duftend. Mit Zunahme dieser Erscheinungen kehrte in den folgenden Wochen auch etwas mehr Appetit so wie überhaupt ein besseres allgemeines Befinden zurück.

Am 15. November 1850 wurden beide unteren Extremitäten in die Stromeyer'sche Streckmaschinen gebracht, nachdem die mageren und daher wenig gegen Druck geschützten Theile mit Flanellbinden umwunden waren, die übrige Behandlung beibehalten, die Kräfte durch Bier und eine kräftige Diät unterstützt.

Als sich Ende November *Molimina menstrualia* einstellten, wurden je 3 blutige Schröpfköpfe an die Innenseite der Oberschenkel gesetzt und innerlich Jodtinktur gereicht. Im Anfang December hatte die Beweglichkeit der linken oberen Extremität bedeutend zugenommen. Die Frau konnte die Hand bequem auf den Rücken und auf den Kopf führen und alles ziemlich fest mit derselben halten. Auch die Contracturen der unteren Extremitäten, besonders des rechten Knie's waren geringer geworden.

Am 5. December wurde die Kranke zum Behuf einer gewaltsamen Extension durch Chloroform anästhesirt, dann auf den Bauch gelagert, unter ihre Kniee ein Lederkissen gelegt. Indem nun die Hüftgegend von einem Gehülfen fixirt ward, wurde die gewaltsame Ausdehnung beider Extremitäten in der Weise, wie Langenbeck sie angiebt, vorgenommen. Bei mässig starker Extension liess sich ein deutliches Krachen, wahrscheinlich der zerreissenden Verwachsungen in der Kniekehle hören. Die volle Gewalt wurde nicht angewandt, sondern mit mässiger Kraft und nur so weit extendirt, bis der Unter- und Oberschenkel einen stumpfen Winkel mit einander bildeten. Hierauf wurden die Maschinen sogleich angelegt und die Extremitäten in derselben Ausdehnung erhalten. Als die Kranke wieder zu sich kam, fühlte sie mässig heftige Schmerzen in beiden Kniekehlen, welche trotz der Lockerung der Maschinen einige Stunden anhielten, dann aber abnahmen und schon folgenden Tages ganz aufgehört hatten.

Am 12. December ward dasselbe Verfahren, gefolgt von denselben Erscheinungen mit der rechten, am 13. mit der linken Extremität wieder vorgenommen und von nun an ungefähr alle 8 Tage wiederholt, wobei die übrige Behandlung dieselbe blieb. Wir machten dabei die Beobachtung, dass, wenn nach der Extension die Maschine nicht angelegt wurde, die Contraction sich bald wieder einstellte und zwar bis auf ihren früheren Stand zurückkehrte. Vom Ende December an erhielt die Kranke *Tinct. ferr. pomat.* innerlich und wurden die unteren Extremitäten täglich mit kölnischem Wasser eingerieben und hierauf mit wollenen Tüchern frottirt. Von der zweiten Hälfte des Januar an erhielt sie täglich anfangs eine lauwarme, später eine kalte Douche. Bei dieser Behandlung begann schon im Januar die grosse Magerkeit der Extremitäten zu schwinden, die Vertiefungen zwischen den einzelnen Muskelgruppen füllten sich aus, die Haut wurde glatter, feuchter, das Gesicht voller und gesünder, der Appetit gut, der Stuhl geregelt, selbst das Gedächtniss wurde etwas besser; die Beweglichkeit im Ellenbogen-, Hand- und in den Fingergelenken, die Extensionsfähigkeit der beiden Kniegelenke von Tag zu Tag grösser und leichter. Ende Februar konnte die Kranke von zwei Personen unterstützt mit den Maschinen, im halben März auch ohne dieselben im Zimmer umhergehen. Dabei war ihr noch besonders hinderlich, dass das Tibiotarsalgelenk des linken Fusses etwas steif war und in der Extension verharrte, also die Ferse den Boden nicht erreicht, und sie bei einem gewaltsamen Versuch dazu lebhaften Schmerz empfand.

Indem im Monat März die beiden Extremitäten vollkommen gestreckt worden, ebenso ohne unangenehmes Gefühl gebogen und überhaupt bewegt werden konnten, so wurde von jetzt an keine Extension forcée mehr gemacht, auch die Maschinen nur mehr die Nacht über angelegt, dagegen die übrige Behandlung beibehalten, und die Kranke täglich im Zimmer herumgeführt. In der nächsten Zeit versuchte sie auch zu stricken, was ihr anfangs nur mit Mühe, bald aber leicht und gut gelang.

Bei consequent fortgesetzter solcher Behandlung nahm das allgemeine Wohlbefinden, so wie die Beweglichkeit der Extremitäten von Tag zu Tag zu, so dass die Patientin im Juni mit ganz geringer Unterstützung zu gehen vermochte. Am 31. Juni wurde sie aus dem Hospital entlassen und nach Wildbad in Würtemberg geschickt, wo sich ihr Zustand innerhalb 3 Wochen so besserte, dass sie um zu gehen keiner

weiteren Stütze als eines Stockes bedurfte. In Folge zu grosser Anstrengung trat jedoch die Contractur der Kniegelenke, wenn auch in geringem Grade wieder ein und es erforderte eine neue Anlegung der Streckmaschine, um denselben günstigen Zustand wieder herzustellen. Ende Juli nach Hause zurückgekehrt, konnte sie allein gehen, sah gesund und kräftig aus und vermochte sogleich die leichteren Geschäfte des Hauses zu verrichten. Mitte August zeigte sich die Frau in der Klinik. Sie war kräftig, hatte an Embonpoint gewonnen und konnte ohne alle Unterstützung gehen und ihrem Hause vorstehen.

Trotz des unbedingten Lobes, welches Langenbeck [1]) der auf einmal ausgeführten Extension forcée zu Theil werden lässt, hatten wir dieselbe nicht anzuwenden gewagt, da andere Berichte, besonders aus Wien, ihr die absolute Gefahrlosigkeit absprechen [2]). Namentlich sollen heftige Entzündungen, lang währende, bedeutende Schmerzen, so wie auch Knochenbrüche nicht selten Folge einer gewaltsamen Extension sein. Keiner dieser übeln Zufälle begleitete die in unserem Falle eingeschlagene Behandlungsweise. Die Schmerzen pflegten bald zu verschwinden, von Entzündung zeigte sich keine Spur und der Erfolg war vollkommen befriedigend. Die Langsamkeit der Heilung war offenbar durch die grosse allgemeine Schwäche und besonders durch die Atrophie der untern Extremitäten bedingt.

Es wäre von Werth, in mehreren Fällen die Ausführbarkeit und den Erfolg dieser modificirten Extension forcée zu beobachten.

Mittheilungen aus dem Maria-Bürgerspital zu Aachen.

Von

Dr. Metz, königl. Sanitätsrathe etc.

(Fortsetzung aus No. 38.)

4. Zweiter Fall einer Amputation im Fussgelenk nach Syme in Edinburg. Vollständige Heilung. Gebrauch des Gliedes. Wiederkehr des Uebels. Tod.

Als ich am 21. Sept. 1847 bei der 25. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen, meinem Wirkungskreise, über die damals, wenn auch nicht wenig bekannte, aber in Deutschland noch wenig geübte Amputationsweise im Fussgelenke nach Syme einen kleinen Vortrag gehalten hatte [3]), zeigte ich am Schlusse die höchst gelungene Heilung des von mir Operirten vor und konnte durch diese *demonstratio ad hominem* der neuen vorzüglichen Weise grössere Empfehlung und bessern Eingang verschaffen, als es schriftliche Anpreisungen vermögen.

Im Jahre 1849 bot sich mir abermals die Gelegenheit dar, einen zweiten Versuch anzustellen, dessen Beschreibung ich im Nachstehenden folgen lassen will. — Was die Ausführung der Operation anbelangt, so bemerke ich, dass ich sie im Allgemeinen ganz genau nach der von Syme vorgeschriebenen Art vollendete und nur insofern von dem Verfahren wiederum abwich, dass ich in dem ersten und dritten Act eine kleine Modification eintreten liess, die mir schon 1847 bei der ersten Operation, als der Beachtung werth, aufgefallen war, und die ich auch schon damals befolgt hatte. — Dieselbe besteht nämlich darin, dass nach Führung des die beiden Knöchel über die *Planta pedis* verbindenden ersten Hautschnittes, gleich die Lösung des also vorgezeichneten kappenförmigen Lappens vom Calcaneus vorgenommen wird. Es werden nach Vollendung dieses 2. Acts erst dann die beiden Endpunkte dieses Schnittes durch den quer über das Gelenk verlaufenden zweiten Hautschnitt vereinigt, worauf die Exarticulation des Fusses sich anreiht. Wenngleich hierdurch auch nicht viele Vortheile beansprucht werden, so haben wir doch den einen Hauptnutzen davon, dass bei Aufsparung dieses Schnittes für eine etwas spätere Periode die mehr oder weniger starke Blutung aus den Rückenschlagadern des Fusses die Schwere des zweiten Acts nicht noch steigert, da der Lappen durch das herabfliessende Blut glatter und schlüpfriger gemacht wird, und das Messer durch diese Verdeckung des Operationsfeldes nicht so sicher wirken, leichter ausgleiten, somit Hautverletzungen, sowie Trennung der für die künftige Ernährung und Erhaltung des Fersensohlenlappens so nöthigen Gefäss- und Nervenverzweigung herbeiführen kann. — Haben wir doch dasselbe Princip auch bei anderen Operationen im Sinne, so beim Ablösen der Brustdrüse, bei der *Exstirpatio bulbi oculi* ohne Schonung der Augenlider etc. etc., und warum sollten wir diese Beachtung hier bei Seite setzen, da, wie mich häufige Versuche an Leichen und die beiden Fälle an Lebenden belehrt haben, für die folgenden und auch vorhergehenden Acte keinerlei Beschränkung hervorgehen kann.

Es ist diese Abänderung somit an und für sich von nicht unwesentlichem Werthe, und ist auch, wie wir aus den Zeitschriften entnehmen können, schon seit längerer Zeit auch von Mehreren geprüft und häufig angewendet worden, so dass dieselbe sich wohl einer allgemeinern Aufnahme erfreuen könnte.

Es wurde bei genannter Vorstellung nach genauer Prüfung des Stumpfes und der angestellten Gehversuche von allen Seiten über das befriedigende Resultat die unverkennbarste Zufriedenheit geäussert, und Prof. Stromeyer forderte als Vorsitzender die Versammlung auf, hierüber eine Discussion zu eröffnen.

Nachdem von verschiedenen Seiten theils über die Zuerkennung des Prioritätsrechtes, theils über die verschiedensten Punkte der Operation mehrfache Meinungen ausgetauscht worden, machte Prof. Heyfelder die Ansicht geltend, dass es, nach seinen Experimenten an Leichen, am besten sei, gleich nach Führung des zweiten Hautschnittes in das Gelenk zu dringen und die Ausschälung des Calcaneus von oben, von dem Ansatzpunkte der Achillessehne nach unten vorzunehmen, statt wie nach Syme mit dem Abpräpariren von der Planta aus gegen den Tendo fortzufahren.

Dieser Vorschlag ist indessen auch schon vor dieser Zeit mehrseitig beachtet worden und bereits am 12. März 1847 von Textor sen. und am 31. März desselben Jahres von Textor jun. in der Würzburger Klinik in Ausführung gekommen, nachdem bei den der Operation unterworfenen Individuen die Exarticulation nach Chopart vorhergegangen war. Die Kürze und Schwerfassbarkeit des übrig gebliebenen Stumpfes, wodurch die Syme'sche Vorschrift erschwert werden musste, leitete die Genannten auf die Abänderung des Verfahrens, welche sie vorher vielfach einer besondern Prüfung an Leichen unterworfen hatten. Als das Resultat dieser doppelseitigen Experimente erfahren wir nun, dass bei dieser Umkehrung der Aufeinanderfolge der Acte das Abtrennen des Fersensohlenlappens von oben her leichter ausführbar sei, als in umgekehrter Richtung, und dass überhaupt so die ganze Operation mit grösserer Leichtigkeit und Schnelle vollendet werden könne.

In meinem ersten Falle, wo ich ebenfalls nach vorhergegangenem Chopart'schen Schnitt mit denselben Schwierigkeiten, betreffend das gehörige Fixiren des Fusses, zu kämpfen hatte, hegte ich auch im ersten Augenblicke den Gedanken, das Fersenbein in der Richtung von oben nach abwärts herauszuschälen, hier aber traten mir dieselben vorher schon behufs des transversalen Schnittes geäusserten Einwürfe in den Weg. Denn durch die von oben nach unten geführten Schnitte muss das stets herabfliessende Blut die tiefergelegenen Partien so sehr verdecken, dass ein freier Blick bei dieser Hauptschwierigkeit der Operation unmöglich gestattet sein kann, ja ferner kann sich auch leicht das Blut in der allmälig entstehenden beutelförmigen Ausbuchtung der zukünftigen Kappe so sehr ansammeln, dass selbst bei grösster Aufmerksamkeit sich Missgriffe einschleichen können.

Mein Grundsatz ist immer der gewesen, bei Operationen nie von oben nach abwärts zu beginnen, dabei bin ich immer am besten gefahren und aus diesem Grunde konnte ich mich nicht entschliessen, die englische Vorschrift zu verlassen.

Die Fälle, wo nachfolgende Gangrän den Lappen zerstörte, sind nicht wenig zahlreich. Dass solch' übles Zusammentreffen den rechten Glauben an das Hülfsmittel bei Vielen schwinden machen muss, unterliegt keinem Zweifel. Wenn wir aber über all' die Zufälligkeiten, die einen solchen verhassten Umstand herbeizuführen im Stande sind, nachdenken, so werden wir fast immer auf das Endresultat stossen müssen, dass als Hauptursache durchweg ein Abschneiden oder mehr oder weniger starkes Verletzen der nach hinten gelagerten Gefässe und Nerven hingestellt werden muss. Deshalb gilt es ja auch hier als Hauptregel, beim Abpräpariren der Weichtheile sich dicht und genau an den Knochen zu halten und diesem so viel Weichtheile wie nur möglich zu nehmen.

Von Zeit zu Zeit sind mir Referate, über den 1847 Operirten, der längst die hiesige Stadt verlassen hat, mitgetheilt worden. Da dieselben während der beinahe verflossenen 4 Jahre stets so trefflich gelautet haben, so sehe ich mich veranlasst, die Hauptsache davon mitzutheilen.

[1]) *Commentatio de contractura et anchylosi genu nova methodo violentae extensionis ope sanandis auctore B. R. C. Langenbeck. Berolini 1850.*

[2]) Die auf einmal, d. h. in einer Sitzung ausgeführte Extension wird von Langenbeck mit grösster Vorsicht und allmaliger Steigerung vorgenommen, und habe ich bei einer sehr ansehnlichen Zahl solcher Operationen am Kniegelenk, die zum Theil viele Jahre bestanden, niemals ein Unglück, wie man sie aus Wien meldet, gesehen. Entzündungen und Schmerzen kommen wohl vor, weichen aber einer Lockerung der Maschinen, sanften Frictionen mit Oel, nachdem die Flanellbinden über dem Knie durchschnitten sind, sowie kleinen Dosen Morphium schnell, und nur in sehr wenigen Fällen waren kalte Umschläge oder ein paar Blutegel erforderlich; Knochenbrüche aber können wohl nur durch ein unvorsichtiges, zu hastiges Ausführen der Extension herbeigeführt werden. Göschen

[3]) S. den betreffenden amtlichen Bericht. Ausführlicher beschrieben findet sich der Fall in: Rhein. Monatsschr. f. prakt. Aerzte, 1847, December-Heft.

Der Jos. Hahnen kann vermittelst seines künstlichen Fusses sehr gut gehen; er hat im Laufe der Zeit nie über die geringste Schmerzempfindung geklagt, und nie ist der Stumpf durch den fortwährenden Gebrauch gereizt oder entzündet gewesen. Durch die stete Uebung im Gehen und bei Verrichtung der Arbeit ist die Sicherheit und das Vertrauen so fest geworden, dass der Genannte wie jeder andere Mensch, mit Lasten beschwert, einhergehen, ja selbst Leitern ersteigen kann, und als das grösste und schönste seiner Kunststücke muss ich namentlich hervorheben, dass er gar oftmals in ausgelassener Freude eine Höhe von 6 und mehreren Fussen — herabgesprungen ist.

Ich wende mich nun zur Erzählung meines 2. Falles.

J. S., 27 Jahre alt, Metzger, ledigen Standes, aus einer skrophulösen Familie, litt schon frühzeitig an Anschwellungen der Submaxillar- und Cervicaldrüsen, welche theilweise in Eiterung übergegangen und selbst bis in das spätere Alter hinein wiederholt aufgebrochen waren; doch auch auf dem Rücken des linken Fusses in der Metatarsalgegend zeigte sich in seinem 24. Jahre eine Geschwulst, welche, ebenfalls aus innern Ursachen entstanden, abscedirt war und auf den alleinigen Gebrauch von Hausmitteln längere Zeit bis zu völliger Verheilung bedurft hatte. — Voller Freude über die endliche Genesung hatte der Vielgeprüfte sich einige Excesse *in baccho et venere* zu Schulden kommen lassen, und es stellten sich in Folge eines unreinen Beischlafes *Ulcera syphilitica* in Begleitung einer Genorrhöe ein, die aber ohne weitere Folgen gar bald beseitigt worden sein sollen.

Ende Juni 1849, wo S. mich aus Besorgniss, dass sein altes Fussübel mit aller Heftigkeit wiederkehren möchte, consultirte, zeigte sich eine über die Hautfläche etwas erhabene, hart anzufühlende Geschwulst auf der Sohlenfläche des Mittelfusses, welche sich bis zur entgegengesetzten Seite ausdehnte. Patient war nicht im Stande, auf den sehr schmerzhaften Fuss zu treten und musste deshalb beständig im Bette liegen oder das Bein auf einen Stuhl lagern. Seit mehreren Monaten von verschiedenen Aerzten behandelt, hatte sich S. zuletzt, da die Heilung nicht hurtig genug vor sich zu gehen schien, auf den Rath einiger klugen Frauen mehreren Quacksalbern in die Arme geworfen, auch selbst einem Urinbeschauer in hiesiger Umgegend seinen Harn zugesendet, ohne indessen das Uebel zum Schwinden bringen zu können. Mit der Zunahme der Schmerzen hatte die Anschwellung gleichen Schritt gehalten, und besonders bei Nacht traten erstere sehr heftig und stechend in dem Fussrücken und der Sohle auf. Mit dem örtlichen Leiden gingen aber auch allgemeine Erscheinungen Hand in Hand, die für ein bedeutendes Ergriffensein des Gesammtorganismus unzweideutige Beweise ablegen mussten. Das Aussehen des Kranken war blass, abgefallen, Störungen der Digestionsorgane vorhanden, Puls lebhaft, schnell, und allabendlich stellten sich fieberhafte Erscheinungen ein. Blutegel, Einreibungen von *Ung. hydrarg. ciner.*, kalte, später trockene warme Umschläge, Cataplasmata, Bepinselung mit *Tinct. Jodi*, innerlich *Decoct. Zitmanni*, *Kalium jod.* etc. fanden der Reihe nach ihre Anwendung, ohne auch nur die geringste Hülfe zu leisten, die Geschwulst, sowie alle mit ihr verknüpften Beschwerden nahmen allen Heilversuchen zum Trotz überhand, sie röthete sich mehr, brach endlich in der *Planta pedis* auf und ergoss eine eitrige, nach Aussage des Kranken, mit Fettklümpchen vermischte, etwas übelriechende Flüssigkeit. — Kurze Zeit nach dieser Selbstöffnung drängte sich eine schwammige, fleischige Masse aus der Wunde heraus, welche bei jedesmaliger Verbanderneuerung schwarzrothes Blut ergoss. Dieselbe hatte sich zuletzt über den ganzen Fuss bis gegen das Fussgelenk hin verbreitet, nur noch hie und da einzelne kleine Partien der Haut des Fussrückens unberührt lassend. Die Höhe der schmerzhaften Geschwulst mochte die von 3 Fingern nicht übersteigen; als Heerd derselben erwiesen sich die Mittelfuss- und Fusswurzelknochen, die in einer Tiefe von mehreren Zollen erst der eindringenden Sonde Widerstand leisteten. Die Absonderung war übelriechend und in jeder Beziehung von schlechter Beschaffenheit. Jedesmal gegen Abend trat jetzt mit fieberhaften Erscheinungen eine nicht unerhebliche Hämorrhagie ein, welche durch Umschläge kalten Wassers oder einer *Solutio Lapidis vulner.* (℥j auf 1 Pfd. Aq.) gestillt werden konnte. Dass wir es hier mit einer krebsigen Degeneration zu schaffen hatten, konnte schon auf den ersten Blick bei keinem Zweifel mehr unterstellt werden. Da unter solchen Umständen an eine Erhaltung des Fusses nicht mehr zu denken war, so schlug ich die *Ablatio pedis* nach Syme's Methode vor, welche am 19. Oct. vollzogen wurde, nachdem vorher durch Aetherdämpfe vollkommene Betäubung erzielt worden war.

Bei der Ausführung der Operation stiess ich auf keinerlei Schwierigkeiten oder Hindernisse. Vier Arterien, die *Tibialis antica, postica, peronea* und ein *Ramus muscularis* wurden unterbunden, ein Ligaturende kurz abgeschnitten, das andere, während der herabhängende Lappen dem obern Wundrand angepasst worden war, aus den an beiden Enden der Wunde hervorstehenden Schnieben herausgeleitet und die Vereinigung mittelst 6 Knopfnähten und einigen Heftpflasterstreifen bewirkt, jedoch nicht eher, als bis man sich nach einer guten Stunde überzeugt hatte, dass keine Nachblutung zu befürchten sei. Hieran schloss sich der mittelst Compressen, Charpie und Rollbinden übliche Verband an, auch wurde das Tourniquet etwas losgeschraubt. — Da der Zustand des Patienten nach der Operation in jeder Hinsicht ein befriedigender zu nennen war, so wurde kein besonderer Kurplan in Anwendung gebracht, und somit unterschied sich die Nachbehandlung in nichts von der, wie sie bei einer jeden Operation die Regeln der Kunst vorschreiben. — Mit der ersten Verbanderneuerung wurde bis zum 7. Tage hin gewartet. Der Stumpf, die Nähte und die untern Partien des Unterschenkels zeigten ein gutes Aussehn; bei einem Druck auf die Kappe floss zur Wunde ein wenig Eiter heraus. Die Nähte blieben liegen, und erst nach einigen Tagen wurden einzelne entfernt. Die Vereinigung erfolgte zuerst an der innern Seite des Stumpfes, an der äussern bildete sich ein kleiner Abscess, der, geöffnet, gutartigen und schönen Eiter entleerte. Die Secretion desselben währte jedoch nur kurze Zeit, denn nachher floss bei Druck auf das Polster nichts mehr heraus. Von den Ligaturfäden löste sich der letzte gegen den 26. Tag hin, worauf sofort die Eiterung gänzlich ihr Ende erreicht hatte.

Gleichwie im ersten Falle bediente ich mich auch hier des von Seutin bei Amputationsstümpfen angegebenen Kleisterverbandes, indem ich den Unterschenkel bis unterhalb des Knies mit mehreren Lagen bekleisterter Rollbinden umgab, diese ganz mässig anzog und einen ebenso mässigen Druck auf den Lappen wirken liess. Wenn man gleich vom Anfange an, natürlich besonders in der ersten Zeit nach der Operation, wo die Eiterbildung beginnt, das Polster so comprimirt, wird man am besten einer nachfolgenden Eitersenkung vorbeugen. Man kann diesem Zwecke entsprechen entweder durch einen ganz gewöhnlichen Verband, oder durch die Méthode amovo-inamovible. Zur letztern habe ich mich erst nach Eröffnung des vorhin erwähnten Abscesses entschlossen. War der Pappverband erhärtet, so wurde er alsbald aufgeschnitten, war er erweicht und locker geworden, so wurde zu einer neuen Application geschritten. — Die Wunde war somit grösstentheils *per primam intentionem* geheilt, und nach Verlauf von 7 Wochen hatte die Vereinigung vollständig ihr Ende erreicht. Das Polster hatte eine schöne runde Form, die an beiden Seiten entstandenen mausohrenförmigen Schnieben waren verschwunden, die Narbe wurde fester und schmaler, der Fuss war $^3/_4$ Zoll kürzer als der gesunde. — Der Allgemeinzustand schien sich gebessert zu haben, da Patient ein frisches Aussehen gewonnen hatte. Nach Anfertigung eines künstlichen Fusses wurden allmälig Versuche zum Gehen gemacht, welche so befriedigt ausfielen, dass S. schon nach 4 Wochen allein, nur mittelst eines Krückstockes die Anstalt verlassen konnte. Er ging nun wieder seiner Beschäftigung nach und befand sich bis zum 1. Febr. 1850 (also 2 Monate nach der Operation) vollkommen wohl. Von dieser Zeit an aber datiren sich neue, nicht erwartete Leiden. Es bildete sich an der innern Seite des Oberschenkels ein Abscess, wobei die Leistendrüsen consensuell mitergriffen wurden und ebenfalls theilweise abscedirten. Der ganze Krankheitsprocess zeichnete sich hierauf durch eine ungemeine Rapidität in seinem Verlaufe aus. Der Stumpf wurde röther, heisser, schmerzhaft, schwoll später an und erhielt ein pralles glänzendes Auseha, eine schwammige Beschaffenheit mit ungemein starker Entwickelung der Hautvenen. Die Cervical- und Submaxillardrüsen geriethen in Anschwellung, und auf dem behaarten Theile des Kopfes entwickelten sich hart anzufühlende, schmerzhafte, grössere wie kleinere, regelmässige, knotige Erhabenheiten. Dicht unterhalb des Kniegelenks schwoll die Tibia in einer Länge von 3—4 Finger Breite an, lockerte sich auf und liess, während im untern Drittel dieselbe Entartung des Knochens sich geltend machte, dort und am Stumpfe die ersten Merkmale des wiedergekehrten Fungus erkennen. Das Polster erreichte allmälig die Grösse eines einjährigen Kinderkopfes, wurde nussfarbig, brach der ganzen Narbe entlang auf, blutete bei jeder Bewegung und entleerte eine höchst übelriechende Jauche. Der allgemeine Zustand wurde immer schlechter. Hektisches Fieber, Morgenschweisse waren vorhanden, Husten, starker Auswurf mit blutigen Streifen, heisere Stimme bildeten sich aus und die auskultatorischen Zeichen ergaben Tuberkelinfiltratien in den Lungenspitzen.

Am 1. März 1850 machte endlich der Tod den unsäglichen Leiden des Unglücklichen ein Ende. Die Section wurde nicht gestattet.

Sonnabend, № 40. 4. October 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Jahresbericht der k. Universitäts-Poliklinik zu München unter der Leitung des Prof. Dr. Seitz.

Unser erster Bericht umfasst den Zeitraum vom 1. Mai 1850 bis 1. Mai 1851.

Am erstgenannten Tage, an welchem ich die Leitung des Instituts übernahm, befanden sich 85 Kranke in poliklinischer Behandlung.

Neu aufgenommen wurden das Jahr hindurch 1607
davon gehörten dem männlichen Geschlechte an 582
dem weiblichen 1025
575 standen im kindlichen Alter von der Geburt bis zum 15. Jahre.
315 standen im Alter von 15—30 Jahren.
551 standen im Alter von 30—60 Jahren.
166 waren über 60 Jahre alt.

Die Hülfe der Poliklinik wird nur von unbemittelten Kranken angesprochen: armen Handwerkern, Taglöhnern, Arbeitern, männlichen und weiblichen Dienstboten. Ueber die Hälfte unserer Kranken sind conscribirte Arme, die Unterstützung vom Armenpflegschaftsrathe und im Erkrankungsfalle auch unentgeltliche Versorgung mit Medicamenten geniessen; einem kleineren Theile derselben wurden die Arzneimittel auf Kosten des poliklinischen Instituts verabreicht.

Die Zahl der Praktikanten betrug in diesem Jahre 21.

Unsere 1607 neu aufgenommenen Fälle vertheilten sich unter folgende Krankheitsformen:

Cretinismus 3.
Encephalostasis 36.
Apoplexia cerebri 6.
Hemiplegia 5.
Mania 1.
Hemicrania 9.
Irritatio spinalis 2.
Epilepsia 1.
Eclampsia 8.
Hysteria 9.
Neuralgia 6.
Paralysis 5.
Laryngotracheitis 4.
Catarrhus bronch. acut. febr. 49.
Catarrhus bronch. acut. afebr. 67.
Catarrhus bronch. chron. 14.
Tussis convulsiva 44.
Asthma bronchiale 1.
Emphysema pulmonum 7.
Pneumonia 20.
Haemoptysis 5.
Tuberculosis pulmonum 50.
Pleuritis 4.
Carcinoma pleurae et pulmonum 2.
Cyanosis 2.

Hypertrophia cordis 7.
Endocarditis 1.
Cardiostenosis 4.
Pericarditis 2.
Hydropericardium 4.
Aortectasia 1.
Phlebitis 3.
Stomatitis aphthosa 16.
Stomatitis mercurialis 2.
Parulis 5.
Parotitis 2.
Angina tonsill. 25.

Catarrhus ventriculi et intestinal. afebr. 155.
Catarrhus ventriculi et intestinal. febril. 57.
Gastritis 4.
Ulcus ventriculi 3.
Carcinoma ventriculi 5.
Cardialgia 14.
Colica 19.
Helminthiasis 13.
Hypertrophia hepatis 2.
Hepatitis 3.
Cholelithiasis 1.
Carcinoma hepatis 2.
Morbus Brightii 2.
Diabetes 1.
Catarrhus vesicae 4.
Metritis 2.
Metrorrhagia 8.
Leucorrhoea 6.
Carcinoma uteri 3.
Prolapsus 5.
Oophoritis 3.
Peritonitis 11.
Psoriasis 8.
Erysipelas 16.
Intertrigo 4.
Lichen 3.
Prurigo 5.
Eczema 10.
Herpes 5.
Lupus 4.
Scabies 14.

Chlorosis 28.
Scorbutus 1.
Morbus maculosus Werlhofii 1.
Arthritis 25.
Haemorrhoides 11.
Scrophulosis 76.
Rhachitis 4.

Varicellae 15.
Morbilli 2.
Scarlatina 85.
Urticaria 9.
Febris intermittens 4.
Febris typhosa 9.
Catarrhus epidem. (Influenza) 187.
Rheumatismus febril. acutus 14.
Rheumatismus afebrilis 41.
Syphilis 49.
Conjunctivitis 30.
Ceratitis 5.
Cataracta 4.
Amblyopia 4.
Otitis 9.
Otorrhoea 5.
Baryecoia 3.

Cellulitis 5.
Furunculus 5.
Gangraena senilis 1.
Vulnera 7.
Contusiones 25.
Panaritium 7.
Thyreoideitis 1.
Struma 10.
Mastitis 9.
Orchitis traumat. 4.
Hydrocele 2.
Arthrophlogosis 10.
Ostitis 11.
Caries 8.
Ulcera 22.
Fractura 2.
Luxatio 4.
Herniae 6.
Ganglion 5.
Tumor cystic. 3.
Tumor fibros. 4.
Tumor carcinomat. glandul. 3.
Strictura urethrae 2.
Vitia adnata 5.

Von den 1607 neu aufgenommenen Kranken wurden geheilt entlassen 1394
aus der poliklinischen Behandlung meist in's allgemeine Krankenhaus sind getreten 33
unheilbar als *Casus observationis* wurden vorgestellt 22
gestorben sind 53
am 1. Mai 1851 befanden sich noch in Behandlung 105
1607

Gestorben sind an:

Encephalostasis 5.
Apoplexia 1.
Eclampsia 1.
Laryngotracheitis 1.
Tussis convulsiva 4.
Pneumonia 2.
Tuberculosis pulmonum 13.
Carcinoma pulmonum 2.
Cyanosis 2.
Hydropericardium 1.
Stomatitis aphthosa 1.
Gastritis 1.
Carcinoma ventriculi 3.
Carcinoma hepatis 1.
Morbus Brightii 1.
Scrophulosis 3.
Scarlatina 6.
Influenza 3.
Typhus 1.
Strictura urethrae 1.

Unsere Poliklinik, deren Wirksamkeit sich über einen grossen Theil der armen Bevölkerung der Hauptstadt erstreckt, bietet erwünschte Gelegenheit zur Beobachtung der herrschenden Krankheitsconstitution. Wir wollen diese für das abgelaufene Jahr in wenig Worten zuerst angeben, da die Erscheinungsweise der einzelnen acuten und chronischen Krankheiten mit ihr in innigstem Zusammenhange steht.

Die vom Mai 1850 bis zum Mai 1851 hier vorkommenden acuten

Erkrankungen zeigten mässige Intensität und waren nicht zahlreich. Sie waren meist durch Witterungseinflüsse bedingt, das typhöse Fieber, die stationäre Krankheit des vorigen Decenniums, ist ganz in den Hintergrund getreten. Schon zeitig im Frühjahr stellten sich die zu der Zeit immer vorkommenden Scharlachfälle häufiger ein. Sie mehrten sich mit der zunehmenden Wärme und blieben bis in den Spätherbst die hervorragende Erscheinung auf dem Gebiete der Krankheiten. Wie gewöhnlich neben verbreiteten exanthematischen Fiebern auch den Blattern, Masern, dem Friesel zeigten sich öfter Urticaria und Erysipelas. Letzteres sah man als Complication im Monat Mai im Militairspital fast zu jeder Verwundung sich gesellen.

Den ganzen Sommer und Herbst hindurch blieb, abgesehen vom Scharlach, der Krankenstand ein sehr mässiger. Die vorkommenden sporadischen Erkrankungen waren Katarrhe der Digestions- und Respirationsorgane, hervorgerufen durch die wechselnde, meist feuchte Witterung. — Im December wurden Bronchialkatarrhe vorherrschend. In der Kinderwelt war der Keuchhusten an die Stelle des Scharlachs getreten. Pneumonien kamen die Wintermonate hindurch wie alljährig hier vor, doch in geringerer Zahl und von weniger Intensität als in andern Jahren. Gegen den Ausgang des Januar d. J. traten die ersten Fälle der Influenza auf, die von da an bis in die Mitte des April die Herrschaft behielt. Sie bedingte während der Monate Februar und März einen grossen Krankenstand, der im April sich verringerte. Nach ihrem Verschwinden kamen Bronchial- und Intestinalkatarrhe, von andern Krankheitsformen doch nur sporadische zur Behandlung.

Nachdem wir die Erscheinungen auf dem Gebiete der Krankheiten im Allgemeinen kurz angegeben, gehen wir zu Bemerkungen über einzelne Krankheitsformen über. Dabei beschränken wir uns auf die am meisten vorgekommenen und die Mittheilung einiger interessanter Fälle.

Encephalostasis. Wir fassen in dieser Bezeichnung Congestion und Stase im Gehirn und seinen Umhüllungen zusammen. Die meisten in unsere Behandlung gekommenen Fälle betrafen Kinder. Die Zahnentwicklung oder tuberkulöse Diathese bildeten gewöhnlich ihre ätiologische Grundlage. In den 5 Fällen, die tödtlichen Ausgang nahmen, fand sich miliare Tuberkelablagerung in der *Pia mater* an der Basis des Gehirns, der *Fossa Sylvii* und dem *Pons Varoli*, seröses Exsudat an der *Basis Cranii*, in den Gehirnventrikeln und dadurch bedingte Erweiterung derselben, Erweichung des Fornix und anderer Partien des Gehirns. Immer zeigte sich gleichzeitig Tuberkelablagerung in den Lungen, oft auch in den Bronchial- und Mesenterialdrüsen, in erstern gewöhnlich neben umfangreicherer Infiltration, die öfter schon erweicht und ältern Datums schien, miliare Tuberkel. Der Symptomencomplex im Leben ist dabei ein mannigfaltiger und in den einzelnen Fällen sehr verschiedener; in manchen Klage über grosse Schmerzen im Kopfe, beständiges Wimmern, Seufzen und Schreien, grosse Unruhe, Schlaflosigkeit, Delirien und Convulsionen. In anderen dagegen grosse Apathie, Schlummersucht und Coma. In mehreren Fällen, wo der Symptomencomplex ganz denen mit tödtlichem Ausgang entsprach, erwies sich eine mässig antiphlogistische Behandlung: Blutegel an die Schläfe oder hinter die Ohren, Eisumschläge, innerlich Calomel hülfreich.

Tussis convulsiva kam das ganze Jahr hindurch sporadisch, häufiger in den Wintermonaten vor. Alle unsere Kranke waren Kinder im Alter von 2 Monaten bis 8 Jahren. Den eigenthümlichen Hustenanfällen gingen gewöhnlich die Erscheinungen eines Bronchialkatarrhs vorher, bei einem Drittheile unserer Kranken waren sie von Fieber begleitet. Die Keuchhustenanfälle hielten 3—8 Wochen an. Neben den Erscheinungen des Bronchialkatarrhs waren in mehreren Fällen auch die des *Catarrhus ventriculi* und *intestinalis* ausgeprägt. Viermal wurde *Pneumonia lobularis* als Complication beobachtet. Ebenso oft bildete sich ein Eczema um den Mund. Bei einem Kinde entstand Vorfall des Mastdarms, bei einem andern eine Hernie. Der tödtliche Ausgang erfolgte in 2 Fällen auf der Acme der Krankheit während heftiger Hustenparoxysmen, zweimal durch hinzugetretene Pneumonie. Als pathologisch-anatomische Veränderungen wurden in den Leichen aufgefunden: in einem Falle wässrige Flüssigkeit in der Höhle der Atrachnoidea. Die Schleimhaut des Kehlkopfs und der Luftröhre war blass, die der Bronchien wenig injicirt, constant aber waren diese mit einem zähen, blassen Schleime überfüllt ganz von derselben Beschaffenheit, wie ihn die Kinder in grosser Quantität ausbrechen oder hervorhusten. Die mikroskopische Untersuchung desselben wies zahlreiche Eiterkorperchen, Schleimkügelchen und Epithelialzellen nach. Die Lungen waren emphysematös, besonders an ihrer vordern Oberfläche. Ausserdem fand man in ihnen einzelne linsengrosse Blutextravasate, zerstreute, dunkelgefärbte, luftleere, derbe Stellen oder weiter verbreitete Hepatisation.

Die vergleichungsweise beträchtliche Sterblichkeit (auf 44 Kranke 4 Todesfälle) ist dem Mangel an Pflege zuzuschreiben, die den am Keuchhusten erkrankten Kindern unter der armen Bevölkerung nicht genügsam zu Theil wird. Die Vermeidung von Verkältung halten wir für ein wichtiges Moment der Behandlung dieser Krankheit, bei der wir vorzugsweise auf die den Erscheinungen zu Grunde liegende Bronchialstase Rücksicht nahmen. Im Beginn der Krankheit reichten wir Nitrum, Salmiak, *Tart. stib.*, *Vin. antimoniat.* in schleimigen Decocten. Wenn die eigenthümlichen Hustenanfälle vorhanden waren, sahen wir die meiste Erleichterung von Brechmitteln, gewöhnlich ***Sol. Tart. emet.*** mit ***Oxymel. squill.*** Gewöhnlich nahmen darnach die Paroxysmen an Zahl und Intensität ab. Bei mehr als der Hälfte unserer Kranken versuchten wir das von mehreren Aerzten (Löbenstein-Löbel, Ramm, Seidler) in dem sogenannten ***Stad. nervosum*** des Keuchhustens gerühmte ***Extractum Pulsatillae nigricantis*** zu $\frac{1}{4}$—1 Gr. täglich 3 bis 4 Mal gereicht. In einigen Fällen nahmen die Paroxysmen darauf bald ab, in mehreren aber nicht. Oefter wendeten wir in diesem Stadium das Tannin und das Chinin an, und zwar besonders bei kleinen Kranken, die durch die lange Dauer der Anfälle sehr an Kräften herabgekommen waren, mit gutem Erfolg. Der Stuhlgang ward durch Klystiere oder *Ol. Ricin.* und Manna erhalten. Stellten sich die Erscheinungen von Stase in den Lungen, Pneumonie ein, so wurde eine dem Alter der Kranken entsprechende Zahl Blutegel applicirt.

Wie anderwärts, liefert auch hier die Lungentuberkulose in der Regel unter allen Krankheiten das grösste Contingent für die Sterbelisten. Doch kommt sie vergleichungsweise mit anderen tiefer gelegenen Orten in München weniger häufig vor. Ein guter Theil der davon Ergriffenen fristet noch jahrelang ein erträgliches Dasein. In allen Stadien sahen wir den Krankheitsprocess bei geeigneter Behandlung Stillstand machen und sich rückbilden. In der acuten Tuberculosis, bei rascher Entwicklung von Miliartuberkeln in einem grossen Theile des Lungengewebes scheint uns Calomel das Meiste zu leisten. In der chronischen Form sahen wir am öftesten Erfolg vom Emserwasser und dem Leberthran. Das Beste, wie zur Verkürzung so auch zur Heilung der Tuberkulosis, thut freilich die geeignete Regelung der diätetischen Verhältnisse: Milchnahrung, mässige Bewegung in reiner, milder Luft u. s. w.

Zwei Fälle von Blausucht kamen uns bei neugebornen Kindern im ersten Monat des Lebens zur Beobachtung, die dem mehrseitig ausgesprochenen Satze, dass die Cyanose in so zartem Alter nicht dem Offenbleiben der Fötalwege des Kreislaufs zuzuschreiben, sondern ein Symptom anderer krankhafter Zustände sei, zur Bestätigung dienen. Der erste Fall betrifft ein 14 Tage altes schwächlich gebautes Kind, das nach mehrstündiger schwerer Geburtsarbeit zur Welt gekommen war. Nachdem es bis zum 14 Tage nach der Geburt sich wohl befunden, ward es ohne äussere Veranlassung von Erbrechen und Athmungsbeschwerden befallen, worauf bald intensiv blaue Färbung, äusserst beschleunigter Herzschlag, Ohnmachten sich einstellten, unter denen es nach 2 Tagen starb. Bei der Section fand sich am linken ***Os bregmatis*** ein leichter Knocheneindruck, in dessen Umfang die Schädeldecke stark injicirt war. Die ***Dura mater*** und die ***Pia mater*** waren besonders an dieser Stelle hyperämisch. In demselben Zustande fand man die untern Lappen beider Lungen, die Bronchien enthielten zähen Schleim. Der ***Ductus arteriosus Botalli*** war nicht obliterirt, das ***Foramen ovale*** nicht geschlossen, im Umfang einer Erbse noch geöffnet. Im rechten Vorhof wie in den beiden Ventrikeln beträchtliche Blutcoagula.

Bei dem zweiten Kinde, einem Knaben, der von gesunden Eltern und kräftig zur Welt kam, war am zweiten Tage, nachdem es bei kaltem Wetter in die Kirche zum Taufen getragen worden war, blaue Färbung der ganzen Körperoberfläche aufgetreten, welche jedoch nach einer halben Stunde wieder verschwand, mit Ausnahme der Haut der obersten Glieder der Finger und Zehen und der Umgegend der Augen, wo sie jedoch schwächer sichtbar blieb. Die Respiration des Kindes blieb von der Zeit an etwas beschleunigt. Nach 3 Stunden kehrte die cyanotische Färbung unter convulsivischen Bewegungen der Augen und der Extremitäten und erschwerter Respiration in derselben Intensität wieder, und hielt etwa eine Viertelstunde an. Drei Tage hindurch trat immer nach 3—4 Stunden dieser Symptomencomplex wieder auf. Die Untersuchung der Brust wies zu der Zeit keine Abnormität nach, ausgenommen, dass der zweite Herzschlag an Stärke und Dauer ganz dem ersten gleichkam. Diese Anfälle blieben dann ganz weg, die Haut behielt nur eine schwach bläuliche Färbung. Das Kind befand sich anscheinend 2 Tage wohl, schlief und ass mit gutem Appetit, als es etwas zu Husten anfing. Es bildeten sich nun die Erscheinungen einer Pneumonie aus, das vesiculäre Athmungsgeräusch war nur mehr schwach vorne und oben vernehmbar, der Percussionsschall wurde bis auf den oberen Theil der rechten Thoraxhälfte dumpf. Die Application von 2 Blutegeln, die Darreichung von Nitrum und ***Tart. emet.*** in kleinen Dosen blieben erfolglos. Unter schmerzhaftem Husten und zunehmender Dyspnöe verschied der kleine Knabe am 14. Tage.

Bei der Section fand sich etwas seröses Exsudat mit gallertiger Faserstoffausscheidung im rechten Pleurasacke. Der obere Lappen der

rechten Lunge war lufthaltig, der mittlere und untere roth hepatisirt, mit einzelnen erbsen- bis bohnengrossen, grünröthlichen, erweichten Stellen. Im linken Pleurasacke neben etwas flüssigem, trübem Exsudat gelbliche Faserstoffschichten der Rippen- und Lungenpleura lose anklebend. Das Gewebe der ganzen linken Lunge war roth hepatisirt. Im Herzbeutel etwas Serum. Die Herzsubstanz derb, im rechten Vorhof viel Faserstoffgerinnsel, das *Foramen ovale* war gar nicht geschlossen, der *Ductus Botalli* in der Weite einer Rabenfeder offen.

Unter unseren 3 Fällen von Phlebitis bot einer die Erscheinungen der Entzündung der Pfortader dar. Eine 49jährige Frau, die seit 8 Tagen an einer Entzündung der oberflächlichen Venen der rechten untern Extremität mit leichten gastrischen Erscheinungen litt, ward mit dem Eintritt der Menstruation plötzlich von Schmerzen im *Hypochondrium dextrum* befallen, die kolikartig wiederkehrten, und gegen die Wirbelsäule nach rückwärts am empfindlichsten mit einem Gefühle von intensiver Hitze auftraten. Durch Druck auf die vordere Fläche der Leber wurden sie wenig vermehrt. Der Leib war gespannt, nicht meteoristisch aufgetrieben, die Venen der Bauchdecken stark ausgedehnt. Zugleich mit den örtlichen Schmerzen hatte sich Fieber, heftiger Kopfschmerz, völlige Appetitlosigkeit, grosser Durst, allgemeine Abgeschlagenheit eingestellt. Der Puls war beschleunigt (90 Schläge) und weich, die Zunge trocken, nach rückwärts mit dickem weissem Schleim belegt, über die ganze Hautoberfläche Icterus verbreitet. Die örtlichen wie die Fiebererscheinungen steigerten sich in den nächsten Tagen. Es traten Kälte und Anästhesie der Haut an den Extremitäten, häufig wiederkehrende Schüttelfröste, Erbrechen galliger, saftgrün gefärbter Flüssigkeit auf. Der Puls beschleunigte sich über 110 Schläge in der Minute, wurde klein, unregelmässig, aussetzend, die Haut trocken.

Um den 5. Tag der Krankheit stellten sich die Erscheinungen des torpiden Fiebers ein: Delirien, Zuckungen der Glieder, Täuschungen des Gesichts- und Geruchssinns, Sopor, grosse Unruhe, unregelmässiger und ungleicher Herzschlag, Anschwellung des Leibes, brauner, trockener Beleg der Zunge. Die Kranke lag so zwei Tage und Nächte mit den Erscheinungen des Collapsus der Kräfte, als neuerdings heftige Schmerzen in der rechten Lendengegend sich einstellten. Mit ihnen wurde die bisher trockene Haut feucht, und bedeckte sich von nun an öfter mit Schweissen, bei denen zahlreiche Sudamina über die ganze Körperoberfläche zum Vorschein kamen. Die Kranke war bis dahin antiphlogistisch behandelt worden, Blutegel waren wiederholt, zum letztenmale bei dem eben erwähnten Auftreten des Schmerzes in der rechten Lendengegend angesetzt worden, innerlich erhielt sie zuerst ein *Decoct. Tamarind.* mit *Magnesia sulphurica*, hernach das Calomel, 2 Tage lang alle 2 Stunden 4 gr., später 2 Mal täglich diese Dosis. Es bewirkte reichliche Stuhlentleerungen von der gewöhnlichen grünlichen Färbung. Mit dem Eintritt der Schweisse hörten die Schüttelfröste auf, die Brennhitze der Haut, die seither mit ihnen abwechselte, minderte sich, ebenso der Durst, die Eingenommenheit des Kopfes und die Delirien. Es stellte sich, wenn auch nur kurz dauernd, erquickender Schlaf ein. Der Puls und Herzschlag blieb noch unregelmässig, nahm aber in seiner Frequenz auf 90 und andern Tages auf 70 Schläge in der Minute ab. Die Zunge war noch trocken, der Durst gross. Die Kranke erhielt nun *Elixir acidum Haller.* mit *Syr. Rub. id.* unter Wasser zum Getränk. Zwei Tage später, da bei anhaltenden klebrigen Schweissen der Puls immer unregelmässig und klein war, die Kranke über sie oft überschleichendes Frostgefühl und die höchste Schwäche klagte, wurde ihr China und rother Wein gereicht. Bei dem Gebrauch dieser Roborantia minderte sich das Schwäche- und Frostgefühl, der Puls hob sich, es stellte sich Appetit ein, bei dessen vorsichtiger Befriedigung die Kranke allmälig wieder erkräftigte, so dass sie 4 Wochen nach dem Beginn ihrer Erkrankung das Bett verlassen konnte.

Unter unseren Kranken mit Exanthemen war ein Fall von *Herpes circinatus* bei einem 14 Tage alten schwächlichen Knaben, von gesunden Eltern stammend, eigenthümlich. Zu gleicher Zeit mit dem Erscheinen von Aphthen in der Mundhöhle schossen auf kreisförmig scharf begrenzten rothen Flecken von verschiedenem Umfange kleine Herpesbläschen hervor; sie hielten genau die tiefer gerötheten Ränder der Flecken ein. Sie kamen zuerst im Gesicht, nach und nach über den ganzen Körper zum Vorschein. Nach 3 Wochen waren sie mit kleienförmiger Abschuppung der Epidermis verschwunden, worauf der schwächliche Knabe bald zunahm.

Bei Psoriasis erwies sich uns der Gebrauch von Theersalbe mit warmen Bädern, in den 4 Fällen von Lupus, die syphilitischen Ursprungs waren, das *Protojoduretum hydrarg.*, täglich 1—2 Gran in 2 Dosen getheilt, in Pulverform, bei gleichzeitiger äusserlicher Anwendung von Cataplasmen, so lange die harten Knoten noch tiefer sassen, der Aetzung mit Höllenstein, wenn die Lupusgeschwüre mit ihrer indurirten Umgebung vorhanden waren, erfolgreich.

Der intensivste Fall von *Morbus maculosus Werlhofii*, den wir je beobachtet, kam am 11. März in poliklinische Behandlung. Ein 26jähriger, gut gebauter Arbeiter, der, abgesehen von Hämorrhoidalbeschwerden, mit denen er seit 2 Jahren behaftet sein wollte, immer gesund war, regelmässig lebte, aber in einem etwas feuchten Lokale arbeitete, war am 2. März von einem Bronchialkatarrh befallen worden, gegen den ihm von einem Chirurgen ein *Decoct. Alth.* mit *Nitr.* verordnet worden war. Am 10. März, da die katarrhalischen Erscheinungen schon nachgelassen hatten, bemerkte er, dass sein Zahnfleisch zu schwellen begann und dass er viel Blut ausspucken musste. Dies bewog ihn, Hülfe in der Poliklinik zu suchen. Er bot damals folgenden Zustand dar: Die Haut war über den ganzen Körper mit linsen- bis erbsengrossen, dunkelröthlichen, bläulichen Flecken übersaet, die hier und da erhabene Knötchen bildeten. An einzelnen Stellen war die Epidermis durch ausgetretenes Blut in der Form erbsengrosser Blasen emporgehoben. Durch Blutaustritt unter den Nägeln waren diese schwärzlich gefleckt. Lippen und Zahnfleisch waren angeschwollen und bluteten viel. Wie die äussere Haut, war die Schleimhaut der Mundhöhle mit rothbraunen, schwärzlichen Flecken bedeckt, aus denen Blut aussickerte, später bedeckten sie sich mit dicken Schorfen. Der Urin war durch beigemischtes Blut dunkelroth, fast schwarz gefärbt. Der Puls war klein und machte etwa 90 Schläge in der Minute. Dabei war der Kranke frei von allem Schmerz, selbst im Kopfe. Alle diese Blutextravasate waren über Nacht eingetreten, sie wurden die nächsten 2 Tage noch zahlreicher und erschienen auch unter der Conjunctiva. Der Kranke lag zeitweise in Ohnmacht. Er erhielt China in Decoct mit *Acidum sulph. dilut.*, das *Elix. acid. Hall.* unter frischem Wasser zum Getränk. Die Blutung aus dem Munde zu stillen, liess man ihn Eis in kleinen Stücken nehmen. Wegen der vorhandenen Stuhlverstopfung bekam er nebenher *Electuarium lenitivum*. Bei dieser Behandlung trat schon 3 Tage nach dem Erscheinen der Flecke auf der Haut Nachlass der Erscheinungen ein. Die Sugillationen auf der Haut machten die gewöhnlichen Farbennuancen vom Schwärzlichen zum Gelblichen durch, die Schorfe auf der Schleimhaut im Munde, besonders an der Zunge, begannen sich abzustossen, der Kranke spuckte weniger Blut aus, der Urin ward von in geringerer Menge beigemischtem Blute, nur mehr hellroth gefärbt. Es stellten sich Ausleerungen reichlicher Quantitäten schwarzen coagulirten Blutes durch den After ein. Drei Tage später hatte jeder Blutaustritt aufgehört. Der Kranke war, abgesehen von einigem erst zur Zeit des Aufhörens der Blutungen eingetretenen Kopfschmerz, grosser allgemeiner Schwäche und den missfarbigen Hautflecken, frei von allen Krankheitserscheinungen. Bei wiederkehrendem Appetit gewann er durch den Genuss von Fleisch und Bier rasch die verlorenen Kräfte wieder, so dass er am 15. Tage der Behandlung schon geheilt entlassen werden konnte.

Der Scharlach herrschte, wie schon erwähnt, im Sommer und Herbst 1850 hier verbreitet, später kam er nur sporadisch vor. Wir haben über ihn schon in der Deutschen Klinik Jahrg. 1851. No. 3. S. 27 berichtet. Zu den dort besprochenen 54 Fällen kamen später noch 31 in unsere Behandlung, von denen 2 tödtlichen Ausgang nahmen. In beiden Fällen ergab die Section Vereiterung der Tonsillen, Injection der Schleimhaut des Larynx, ebenso stellenweise der Schleimhaut des Darmkanals, Anschwellung der Brunner'schen und der Peyer'schen Drüsen, und der Mesenterialdrüsen, wie wir sie in dem erwähnten Berichte S. 37. beschrieben haben.

Das typhöse Fieber trat, wie gleichfalls schon oben erwähnt wurde, nur ganz selten im abgelaufenen Jahre auf. Entsprechend seinem seltnern Vorkommen ist auch sein Verlauf milder im Vergleich zu frühern Jahren. Unter unsern 9 Fällen nahm es einmal tödtlichen Ausgang bei einem Manne in den Fünfziger Jahren, der früher öfter an Verdauungsbeschwerden und Icterus gelitten und durch missliche Verhältnisse und geistige Anstrengung sehr an Kräften herabgekommen war. Die Krankheit verlief hier mit den schlimmsten Erscheinungen, wie man sie gegenwärtig nur selten beobachtet. Ueber der ganzen Körperoberfläche erschien die *Roseola typhosa*, bald stellte sich beträchtlicher Meteorismus und Blutabgang aus dem After ein. Bei der Section fand sich neben der Infiltration und Verschwärung der Brunner'schen und Peyer'schen Drüsen im Darmkanal, der vergrösserten und erweichten Milz, der theilweisen serösen und blutigen Infiltration der Lungen, die Leber fettig. Die Gallenblase enthielt eine beträchtliche Quantität brauner, kirschkerngrosser Gallensteine. In der Aorta zeigte sich beginnende atheromatöse Ablagerung.

Bei diesem wie bei den andern Fällen wies die Anamnese nach, dass die das Fieber hervorrufenden Schädlichkeiten seit längerer Zeit vor seinem Ausbruche eingewirkt hatten. Bei sporadisch vorkommendem Typhus findet man meist, dass mehrere schädliche Momente zusammen, mangelhafte oder veränderte (ungewöhnte) zum Leben nöthige äussere Einflüsse: Luft, Speise, Getränke, allmälig die Constitution schwächten, bis es endlich zum Fieber kömmt, das typhöse Fieber ist so ein constitutionelles. Die Localisation desselben scheint durch die zuletzt den Ausbruch einleitende Schädlichkeit: eine Indigestion, Ver-

kältung, abnorme Witterung bedingt zu werden. In Zeiten, wo durch feuchte Kälte einfache Katarrhe der Respirationsorgane hervorgerufen werden, beobachtet man auch bei gleichzeitig vorkommenden typhösen Fiebern vorwaltend die Localisation auf den Schleimhäuten der Respirationsorgane. Im Monat Februar d. J., da die Influenza in der Zeit ihres ersten Auftretens meist auf den Schleimhäuten der Respirationsorgane sich localisirte, beobachtete man dies auch an den Typhuskranken. Sie boten die Erscheinungen eines Tracheal- oder Bronchialkatarrhs: heisere Stimme, Husten dar, hatten wässrige Diarrhöe, keinen Meteorismus, keine Blutungen aus dem Darmkanal, keine Roseola. In den Leichen (im Militärspitale befand sich zu der Zeit wegen der Anhäufung von Mannschaft in den Kasernen und andern die Entstehung der Krankheit begünstigenden Momenten eine grössere Zahl Typhuskranker als sonst in der Stadt) zeigte sich Röthung und Anschwellung der Schleimhaut des Kehlkopfes und der Bronchien, Ablagerung eitrigen Schleims auf derselben, Geschwürbildung im Larynx, Splenisation der Lungen, die Infiltration der Peyer'schen Drüsen weniger ausgeprägt als zu andern Zeiten.

Dem mildern Auftreten des Typhus in der letztern Zeit entsprechend war die Behandlung eine andere, weniger eingreifende, als in frühern Jahren. Blutentziehungen, die im Anfange der Krankheit sonst öfter mit gutem Erfolge angewendet wurden, wären nun nimmer am Platze, erheischen sie ja selbst die nun vorkommenden Pneumonien viel weniger wie sonst. Statt des Calomel, von dem wir zu Anfang der Vierziger Jahre so vielfach Gebrauch machten, reichten wir im Beginn der Krankheit gewöhnlich das Rheum. In späterer Zeit wurde meist Säure und das Chinin angewendet.

Von unsern 49 mit **Syphilis** behandelten Kranken litten 7 an Tripper, 11 an primären Geschwüren, die übrigen hatten secundäre Formen: 4 secundäre Geschwüre an den Geschlechtstheilen, 12 im Halse, 1 syphilitische Regenbogenhautentzündung, 6 Condylome, 2 Periostitis, 6 syphilitische Exantheme, und zwar 4 Psoriasis, bei 2 hatte das Exanthem pustulöse Form. Unter letztern befanden sich 3 Kinder im 1. Jahre des Lebens, eines hatte Psoriasis, bei 2 war das Exanthem pustulös. Zweien davon war die Krankheit von ihren an Syphilis leidenden Müttern mitgetheilt worden. Ein drittes Kind, von einer gesunden Mutter geboren, acquirirte die Krankheit durch Contact von dem einen der oben angeführten Kinder, das ein pustulöses Exanthem hatte, und mit dem es dasselbe Bett theilte. Es zeigte dieselbe Form des Exanthems. Mehrere Thatsachen, die wir beobachtet, lassen uns die Ansteckung auch durch secundäre syphilitische Formen nicht bezweifeln. Dr. Walter in Prag hat in jüngster Zeit die Uebertragbarkeit der Krankheit durch secundäre Formen direct durch Versuche bewiesen (Prager Vierteljahrsschrift Bd. 29. S. 112.)

Die Syphilis kömmt in München in Vergleich zu andern Hauptstädten selten und in milder Form vor. Unsere Behandlung derselben ist daher auch eine einfache. Bei Tripper werden in den ersten 7 Tagen neben entsprechender Diät nur Emulsionen verordnet, hernach die Cubeben zu ʒß—j täglich oder der *Balsam. Copaiv.* Bei neu entstandenen primären Geschwüren wird die abortive Methode durch Aetzung mit Höllenstein angewendet, ausserdem werden sie nur örtlich wie andere Geschwüre mit Bädern, Cataplasmen u. s. w. behandelt. Bei sich hinzugesellenden Bubonen erreichten wir ein paar Mal durch zeitige Auftragung der Jodtinctur mittelst eines Pinsels die Zertheilung. Innerlich reichten wir nur zuweilen Abführmittel. Für wesentlich zur Heilung erachten wir bei primären wie secundären Formen Vermeidung von Verkältung und anstrengender Bewegung, mässige, leicht verdauliche Nahrung. Bei secundären Formen wendeten wir, wie seit Jahren, mit bestem Erfolge das *Kali hydrojodicum* in Solution ʒj auf 2—3 Tage an. Gewöhnlich schwinden bei dem Gebrauche desselben in 3—4 Wochen die Erscheinungen der Krankheit. Bei einem der an *Syphilis congenita* leidenden Kinde, das von der Mutter gesäugt wurde, liessen wir diese allein die Jodsolution nehmen, und sahen das Exanthem bei dem kleinen Kranken bald sich verlieren. Nebenher verordneten wir bei syphilitischen Exanthemen warme Bäder. In hartnäckigen Fällen gebrauchten wir nach dem *Kali hydrojod.* das *Protojodur. hydrarg.* zu $^1/_4$—1 Gr. in Pulver täglich 2 Dosen. Seit Jahren reichten wir mit diesen beiden Mitteln zur Heilung auch veralteter secundärer Formen, die andern Mercurialpräparaten Trotz geboten hatten, aus.

Die Zahl der bei uns Hülfe suchenden **chirurgischen und Augenkranken** ist nicht beträchtlich. Wegen leichter äusserer Krankheiten erholen Kranke aus den untern Schichten der Bevölkerung selten Rath bei einem Arzte, eher noch bei Badern und Pfuschern. Schwere Fälle eignen sich nicht wohl für die poliklinische Behandlung, da es an der hier nöthigen Aufsicht und Pflege ja selbst an Licht und Raum in den Wohnungen der armen Bevölkerung fehlt. Solche Fälle werden besser gleich an das Krankenhaus gewiesen. Die Mittheilung einiger hierher gehöriger interessanter Fälle behalten wir einem spätern Berichte vor.

Einige Fälle aus der Praxis von Dr. Penike in Wilster.

1. Einige Bemerkungen über die auf den Inseln der Nordsee: Föhr, Amrum, Langeness, Oland, Nordmarsch, Hoge etc. herrschenden Wechselfieber.

Die Fieber sind auf diesen Inseln endemisch, kein Jahr vergeht, in welchem dieselben nicht mehr oder weniger in die Erscheinung treten. Da sie, wie dem Verf. scheinen will, manches Eigenthümliche haben, so bringt derselbe die nachstehenden Bemerkungen auf den medicinischen Markt. In der Zeit vom August 1846 bis ult. December 1847 behandelte ich 70 Fieberkranke, die sich auf folgende Weise vertheilten:

1846.	Quotidiana.	Tertiana.	Quartana.	Summa.
August	1	1	—	2
September	2	—	1	3
October	1	4	1	6
November	—	1	3	4
December	—	2	1	3
1847.				
Januar	—	—	2	2
Februar	—	2	—	2
März	1	—	2	3
April	4	4	1	9
Mai	—	11	—	11
Juni	—	2	—	2
Juli	1	5	—	6
August	—	2	—	2
September	1	6	—	7
October	1	3	—	4
November	1	—	—	1
December	1	1	1	3
	14	44	12	70

Von diesen 70 Kranken waren also 14 Quotidiana, 44 Tertiana und 12 Quartana, 39 weiblichen und 31 männlichen Geschlechts, 20 in dem Alter unter 12 Jahren, 12 zwischen 12 und 20, 16 zwischen 20 und 30, 12 zwischen 30 und 40, 7 zwischen 40 und 50 und 3 zwischen 50 und 60 Jahren.

Die Fieber sind auf diesen Inseln sehr hartnäckig, die meisten recidiviren. Von den angeführten 70 Fällen recidivirten $^1/_3$. In sehr vielen Fällen fehlten die Vorboten ganz und gar, die Fieber recidivirten dann am leichtesten. Schmerz in der Milzgegend im Froststadium habe ich nicht bemerkt, wohl aber eine durch das Plessimeter erkennbare Volumsvergrösserung dieses Organs, die, freilich nicht in allen Fällen, desto ausgedehnter schien, je kürzer aber intensiver das Froststadium sich gestaltete. Nicht selten fand ich eine Volumsvergrösserung der Milz erst bei den eingetretenen Recidiven. In einem Falle bei einem Kinde, das erst, nachdem das Fieber (Tert.) bereits 14 Monate gedauert hatte, zur Behandlung kam, fand ich das Volumen der Milz durchaus nicht von der Norm abweichend. Der sogenannte Fieberhabitus fehlte in diesem Falle ganz und gar. Das Kind sah munter und gesund aus, war von guter Constitution, und hatte sich in der Apyrexie immer sehr wohl befunden. — In einem Falle bei einer Quartana entstand statt des Schweisses Diarrhöe. — Ich fand nicht viele Intermittentes mit fixem Typus, ebenso viele mit anticipirendem als postponirendem, was aber auf die Krankheit selbst nicht influirte. Selten beobachtete ich fragmentäre Formen. Entzündliche Fieber sind in dieser Gegend selten, meistens erscheinen sie mit erethischem oder torpidem Charakter. Larvirte Wechselfieber wurden 2 Fälle beobachtet, der eine unter der Form einer Cephalalgie, der andere unter der einer Kolik. Perniciöse Fieber sind ebenfalls selten, unter den angeführten Fällen ist eine *Int. comatosa* bei einem Kinde. Die allgemeine Behauptung, dass die Quartanfieber und Herbstfieber leichter recidiviren, als die Tertian- und Frühlingsfieber, fand ich nicht bestätigt, vielmehr hatten die Fieber mit fixem Typus weniger Neigung zur Wiederkehr, gleichviel, ob sie Quotidianae oder Quartanae waren, und unabhängig vom Einfluss der Jahreszeit. Unter den Folgen der Wechselfieber sind wenig Physconien zu meiner Ansicht gelangt, hingegen häufiger Störungen in den Verdauungsorganen; dyspeptische Erscheinungen, Diarrhöe, gastrische Fieber u. dgl. In 2 Fällen folgte eine Intermittens einem Typhus. (Einmal bei einem Reconvalescenten von einer typhösen Pneumonie, das andere Mal bei einem von einem *Typhus abdominalis.*)

In Bezug auf die Combinationsfähigkeit der Lungentuberkulose und der Wechselfieber ist folgender Fall erwähnenswerth. Ein junger Mensch, Cornelius Jensen, 19 Jahre alt, kam Ausgang November 1847 von einer Seereise nach Westindien nach Föhr zu Hause am kalten Fieber leidend, von dem er schon unterweges auf der See befallen war. Am 25. Dec. wurde ich zu demselben gerufen und erfuhr,

dass er seit 4 Tagen an Seitenstechen, Husten, Kurzathmigkeit leide. Das kalte Fieber hatte von selbst aufgehört. Bei näherer Untersuchung der Brust ergab sich eine Pleuropneumonie der linken Seite. bronchiales Athmen, Puls 160, gastrische Symptome. (Antiphlogistische Behandlung, Aderlass von 15 Unzen, 20 Blutegel in die linke Seite und *Tart. stib.* in grossen Dosen.) Auf dem Blutkuchen war eine ungemein dicke und zähe *Crusta phlogistica*. Die Entzündung nahm ab bei fortgesetztem Gebrauche des *Tart. stib.*, und wurde Patient den 12. Jan. als genesen entlassen.

Am 20. Jan. wurde ich zum zweiten Male gerufen und hörte, dass der Reconvalescent schon 2 Anfälle einer *Febr. int. quart.* erlitten habe. Dem nächsten Paroxysmus wurde durch Chinin vorgebeugt, das Fieber recidivirte aber trotz fortgesetztem Gebrauch der China, so dass Pat. keine Medicin mehr nehmen zu wollen erklärte.

Am 21. März jedoch wurde ich zum dritten Male gerufen. Der Pat. hatte 16 Fieberparoxysmen überstanden, die Quart. hatte sich in eine Tert., und diese in Quotid. verwandelt. Er bekam grössere Dosen Chinin, denen das Fieber wich, später längere Zeit kleine Dosen, wobei er vollkommen wieder hergestellt wurde. Ich mache in diesem Falle auf folgende Punkte aufmerksam. Der Pat. ist von phthisischer Constitution, die Lungenphthise ist in seiner Familie erblich. Seine rechte obere Lunge ist der Auscultation und Percussion zufolge wahrscheinlich tuberkulös, während die Pneumonie in der linken unteren Lunge sich heranbildete. Das intermittirende Fieber verschwand, sobald die ersten Symptome der Pneumonie sich zeigten, und trat wieder hervor, als die Function der erkrankt gewesenen Lunge auf ihre individuelle Norm zurückgeführt war.

Hinsichtlich der Behandlung der Wechselfieber einige Worte. Ehe dieselben zur Behandlung gelangen, versuchen die Insulaner theilweise sie durch Besprechungen, Vernageln und dergleichen Experimente alter Weiber zu besiegen. Gelingt ihnen dies nicht, warten sie in der Regel den 7. Anfall ab, ehe sie ärztliche Hülfe suchen, es sei denn, dass das Fieber ihren Begriffen zufolge illegitim ist, d. h. nach ihrer Redeweise, dass sie krank dabei sind: keinen Appetit haben, an Obstruction leiden u. dgl. Das Fieber früher durch Medicamente zu unterdrücken halten viele von ihnen für schädlich, und wurde ja selbst von Aerzten des ancien régime dafür gehalten. Die von uns in Gebrauch gezogenen Mittel waren die gewöhnlichen Febrifuga. Nach Tilgung der Complication oder auch von vorne herein China und seine Präparate. Um den Anfällen vorzubeugen, sind in der Regel grössere Dosen Chinin erforderlich, als an andern Orten. Die Hartnäckigkeit der Fieber bestimmte den Verf. auch, die China in Substanz längere Zeit fortgebrauchen zu lassen, jedoch meistens ohne Erfolg. Selbst bei wochenlangem Fortgebrauch, ja in mehreren Fällen selbst nach vierteljährigem Gebrauch der China recidivirten die Fieber. Die Anwendung anderer Antitypica: Phosphor, *Extr. trif. fibr.*, Eisen etc. war ebenso fruchtlos. Ich stand später von der Anwendung der China in Substanz in den meisten Fällen theils wegen der Nutzlosigkeit, theils wegen der grossen Kosten fast ganz ab, und erreichte durch eine restaurirende Diät, namentlich durch Fleischkost und Wein, neben grösseren Dosen Chinin weit mehr. Das *Chin. sulph.* wurde später zu gr. xij — xv — xx p. d. aufgelöst in der Apyrexie einmal gegeben und an den folgenden Tagen, an denen ein Paroxysmus erwartet werden konnte, 2 Stunden vor der Eintrittszeit gr. iij — vj, je nach Individualität des Falls. Sodann während 14 Tagen bis 3 Wochen jede Woche einmal die grosse Dose Chinin nach dem 7tägigen Rhythmus, und habe davon weder bei Kindern noch bei Erwachsenen Inconvenienzen beobachtet, höchstens eine geringe Eingenommenheit des Kopfes, die sich aber in den nächsten Stunden schon wieder verlor.

2. Interessanter Fall von Bandwurm.

Madam H., 26 Jahr alt, von robuster Constitution, consultirte mich Ausgangs November 1845 wegen Congestionen zum Kopf und zur Brust, und wegen eines Mangels an Gefühl in dem Zeige-, Mittel- und Ringfinger der rechten Hand. — Sie war im 8. Monate schwanger. Die Schwangerschaft hatte ihren ungestörten Verlauf gehabt. An den genannten 3 Fingern empfand Pat. bei Druck an der Volarseite des Nagelgliedes einen geringen Schmerz, der sich aber nicht bis zum Arm hinauf erstreckte. Die Finger waren dicker als die der andern Hand, mit Ausnahme des kleinen Fingers, der ganz normal war. Die Extension war ungehindert, die Flexion unvollkommen. Pat. konnte beim Nähen nur kurze Zeit die Nadel halten, die ihr, wenn sie längere Zeit nähte, aus der Hand fiel, weil sie die Nadel in der Hand nicht mehr fühlen konnte. Warmes und kaltes Wasser konnte sie durch das Gefühl sehr gut unterscheiden. Da ich nun anfänglich das letztere Leiden als deuteropathisch ansprach, als Folge der ziemlich starken Congestionen, so verordnete ich neben einem geeigneten diätetischen Verhalten den Gebrauch von *Tart. dep.*, der 8 Tage ohne Erfolg gegeben wurde. Darauf am 7. Decbr. Venäsection von ℥iv am rechten Arm, wonach sich die Schmerzen in den Fingerspitzen verloren, auch die Congestionen zum Kopf und zur Brust verschwanden. Die andern Symptome blieben dieselben. Ich war nun in Verlegenheit, wenn ich das Uebel rationell behandeln wollte, den Grund zu finden. Es konnte das Rückenmark afficirt sein, die erwähnten Symptome an der Hand excentrische Erscheinungen sein. Die Rückenwirbel, namentlich die Halswirbel, waren aber bei Druck nicht schmerzhaft. Da nun Schmerz bei Rückenmarksleiden bekanntlich kein constantes Symptom ist, wandte ich neben Application von blutigen Schröpfköpfen, längere Zeit *Liniment. vol. Camph.* an, längs dem Nacken in die Wirbelsäule eingerieben, zugleich nur local in Arm und Hand. Ohne Erfolg. Das Uebel zeigte sich jetzt von Zeit zu Zeit auch an den Fingern der linken Hand. Der kleine Finger war jedesmal frei. Eine Nähnadel konnte sie mit der rechten Hand jetzt nicht mehr fassen und benutzen. Eine Stopfnadel fasste sie mit der ganzen Hand. Sie klagte jetzt über ein schwer zu beschreibendes Gefühl in den Fingerspitzen, als gleich mit dem, wenn man einen Finger zwischen Thür und Angel gekniffen habe. Am Arm war auch jetzt nichts zu bemerken. Der *Nerv. med.* war beim Druck nicht schmerzhaft. Vesicator über dem Ellenbogen rund herum ohne Erfolg. Jetzt war das Uebel auch in der linken Hand stationär (Ausgang December). Ich versuchte jetzt die örtliche Anwendung heisser Sandbäder, wonach das Uebel sich etwas zu bessern schien, jedoch nur auf kurze Zeit. Um nicht störend auf die Schwangerschaft einzuwirken, konnten innerlich keine Mittel gegeben werden, von denen man sich in kleinen Dosen Erfolg versprechen konnte. Die Entbindung erfolgte den 15. Jan. 1846 in einer Zeit von 12 Stunden ohne Hülfe der Kunst und leicht. Die Pat. war eine Primipara. Das Uebel verschwand den 2. Febr., indem es nach und nach zuerst von der 3. Phalanx in die 2., und so in die erste sich verzog, und zwar zuerst an der rechten Hand, dann an der linken.

Das Wochenbett verlief normal, am 30. Jan. jedoch klagte Pat. über Schmerz beim Stuhlgang und Verstopfung, auch über etwas Blutabgang bei demselben. Vom 4. Tage nach der Entbindung bis jetzt war behufs Eröffnung des Darms häufig ein Klystier nöthig gewesen. Sie bekam jetzt 3mal täglich 1 Esslöffel *Ol. Ricin.*, wonach anfänglich der Schmerz sich zu bessern schien und einige Stuhlgänge erfolgten. Blut ging dabei in geringer Menge ab. Jedoch nach einigen Tagen kehrte das Leiden mit verstärkter Kraft zurück. *Ol. Ricin.* half für den Augenblick wieder. Ich ging bei diesem therapeutischen Handeln von Folgendem aus. Während der Schwangerschaft häufen sich leicht die Fäces aus begreiflichen Ursachen bedeutend an. Diese Ueberfüllung des Unterleibes verschwindet nicht immer gleich nach stattgehabter Geburt und ein primärer oder secundärer Hämorrhoidalzustand verbindet sich gern damit. Letzterer wird durch harte Fäces unterhalten und die strotzenden Gefässe müssen oft zum Durchgange der Fäces durch Ausschwitzung von Blut den nöthigen Raum machen. Eine intercurrirende Erkältung der Pat. verschlimmerte das Uebel, jedoch wichen die Symptome des Katarrhs sehr bald den gegen sie angewandten Mitteln. Eine Untersuchung des Mastdarms wurde mir nicht gestattet, sondern der Hebamme überlassen. Diese hielt das Leiden für hämorrhoidalisch und glaubte eine angeschwollene Vene im Mastdarm gefühlt zu haben. Pat. bekam jetzt *Tart. dep.* mit *Flor. sulph.* und *Elaeosach. foenic.* 4mal täglich ¼ Theelöffel voll. Dabei wurden Alaunmolken getrunken, Morgens und Abends ¼ Bierglass voll, örtlich Dampfbäder von heissem Wasser genommen, vegetabilische Kost und Bewegung in freier Luft empfohlen. Ausserdem wegen der grossen Schmerzhaftigkeit beim Stuhlgang eine Salbe von *Extr. Op.* ℈ij, *Ung. ros.* ℥j in das *Orificium ani* eingerieben. Das Leiden blieb dasselbe, ja die Schmerzen nach dem Stuhlgange: furchtbares Brennen und Stechen im Mastdarm, dauerten nach der Defäcation 4 — 6 — 8 Stunden lang. Das übrige Befinden der Patientin war normal, Appetit gut, jedoch gegen das Ende des Februars fing sie an über grosse Mattigkeit zu klagen. Die Schmerzen dauerten 7 — 8 Stunden nach einem jeden Stuhlgang, und die Menge des entleerten Bluts betrug jedesmal 3 — 4 Unzen. Endlich am 4. März wurde mir die gewünschte Exploration gestattet. Beim Eingang in's *Orificium ani* empfand Pat. sogleich die heftigsten Schmerzen. Der *Sphincter ani* contrahirte sich sehr stark um den eindringenden Finger. Weiter vorgedrungen, fühlte ich ungefähr ½ Zoll oberhalb der Aftermündung an der hintern Wand des *Intestini recti* eine Stelle, die bei Berührung sehr empfindlich war, so dass Pat. laut aufschrie. Ich hielt dies anfänglich für eine Fissura, die durch die krampfhafte Zusammenschnürung entstanden war. An dem übrigen Theile der Schleimhaut fand sich weder Härte noch Anschwellung. Ein weiteres Vordringen des Fingers wurde durch heftige Contractionen des Darms verhindert. Einige Stunden nach der Untersuchung bekam Pat. Stuhlgang, der mit vielem Schleim und einer Tasse Blut vermischt war. Die Fäces waren kugelig geformt, und mit Schleim und Blut übertüncht. Das Blut war von schwärzlicher Farbe.

Der Schmerz war an diesem Tage so stark, dass sie beständig im Bette sich herumwälzte und laut aufschrie, so dass ich den Ausbruch von Convulsionen erwartete. Sie bekam ein *Inf. Ipecac.* mit *Tinct. Opii.* Nach Verlauf von 4 Stunden mässigten sich die Schmerzen. Ich hielt das Leiden jetzt für eine *Strictura ani spastica.* Bei der Exploration erfuhr ich, dass sie schon als Mädchen Jahre lang an mitunter eintretenden Schmerzen beim Stuhlgang und geringen Blutabgang per anum gelitten hatte, die sich bei Erkältung vermehrten. Sie war als Mädchen sehr verstopft, es gingen 3—4—8—14 Tage hin, ehe eine einmalige Defäcation erfolgte. Ich verordnete jetzt eine Salbe aus *Extr. Bellad.* ℈j auf *Ung. ros.* ℥iij zum Einreiben und liess Cataplasmen von kaltem Wasser auflegen, auch ausserdem einige Blutegel *ad orific. ani* appliciren. Diese Behandlung gewährte ihr augenblickliche Erleichterung. Sie schlief des Nachts besser, die Mattigkeit war gross, der Schmerz dauerte fort, war aber nicht so intensiv.

Den 8. März. Wir beginnen mit kalten Injectionen in den Mastdarm, die aber wenig Erleichterung verschaffen. Anfänglich kann sie die Kälte des Wassers nicht fühlen, was wohl daher zu erklären ist, dass sich der Sphincter gleich nach dem Stuhlgang in einem höhern Grade contrahirt und seine ganze Fläche nicht vom Wasser berührt werden kann. Die Entleerung des Darms musste entweder durch Klystiere oder *Ol. Ric.* herbeigeführt werden, und zwar täglich, weil ohne diese die Schmerzen noch heftiger waren. Mit den kalten Einspritzungen, mit den kalten Cataplasmen und Einreibung obiger Salbe wird fortgefahren. Das Leiden blieb dasselbe. Um nun einmal eine reichliche Stuhlentleerung herbeizuführen, bekam sie den 15. März, da die Masse, die entleert wurde, stets gering und ziemlich fest war, ein Infusum von ℥iß *Fol. Senn.* auf ℥xij *Aq.* mit *Extr. Hyosc.* ℈ij, wovon sie zuerst eine Theetasse voll und nachher 2stündl. eine halbe bekam. Die danach entleerten Fäces waren ohne Blut, jedoch unter furchtbaren Schmerzen zu Tage gefördert. Statt dessen flossen einige Tropfen Blut aus der Nase ab. Die zweite Defäcation nach dem Infusum geschah am Abend dieses Tages mit weniger Schmerzen, und die entleerten Fäces waren dünn.

Am 16. März. Sie hatte Nachts noch zweimal Stuhlgang gehabt unter wenigeren Schmerzen und ziemlich gut geschlafen. Auch am Tage erfolgten noch einige Sedes, die Schmerzen nahmen immer mehr und mehr ab, es blieb jedoch eine grosse Mattigkeit, so dass Pat. das Bett den ganzen Tag nicht verliess. An den folgenden Tagen waren die Sedes noch immer dünn, die Schmerzen sehr wenig. Es wurde daher, auch in Betracht der grossen Mattigkeit, das *Inf. Senn.* weniger oft gegeben. Mit den sonstigen Mitteln (kaltes Wasser, Salbe etc.) wurde fortgefahren. Die Schmerzen waren erträglich.

Am 24. März. Das *Inf. Senn.* war seit einigen Tagen ganz ausgesetzt, und seit 3 Tagen kein Stuhlgang erfolgt. Heute erfolgte die Oeffnung von selbst, jedoch war ungefähr eine Tasse Blut wieder unter dem Entleerten. Die Schmerzen stellten sich erst 3 Stunden nach den Sedes ein, und dauerten in geringerer Heftigkeit nur 2 Stunden. Kalte Ueberschläge verschafften wieder einige Erleichterung. Die Kräfte kehrten wieder. Das Befinden hielt sich ziemlich gut in den nächsten Tagen. Am 27. März gingen unter dem fortgesetzten Gebrauch eines schwächeren Senna-Infusum einige Glieder eines Bandwurms und später ein ziemlich langes Stück desselben, jedoch ohne Kopf ab. Die Schmerzen verminderten sich in den nächsten Tagen um ein Bedeutendes, Stücke des Parasiten erschienen in der Oeffnung nicht wieder. Es wurde für letztere in der gehörigen Weise gesorgt, aber die Schmerzen verloren sich nicht ganz. Pat., die der Ansicht war, dass sie nach gänzlicher Befreiung vom Bandwurm ganz genesen werde, hatte sich vorgenommen, nach Hamburg zu reisen, um sich desselben durch das Geheimmittel der bekannten Wilhelmine Arnold zu entledigen, welchen Vorsatz sie denn auch gegen Ende April ausführte. Bei der letzten Untersuchung des Mastdarms vor ihrer Abreise war die empfindliche Stelle kleiner geworden, jedoch nicht ganz verschwunden. Auch der Schmerz beim Stuhlgang war bis zu ihrer Abreise nach Hamburg nicht gewichen. Nach Verlauf von 8 Tagen kehrte sie triumphirend von Hamburg zurück, indem sie mir den Bandwurm vorzeigte, den ich noch besitze, und ganz und gar hergestellt war. Es erfolgte tägliche Oeffnung ohne Schmerz. Die schmerzhafte Stelle in der Schleimhaut des Darms war nicht mehr zu finden, und die Oeffnung erfolgte ohne Blutabgang. Patientin ist gänzlich genesen, hat seitdem einmal wieder Wochenbett gehalten, welches aber ohne die geringste Störung verlaufen ist.

Hinsichtlich der Epikrise dieses Falls möchten folgende Punkte zu berücksichtigen sein. War die Anästhesie in den Händen congestiver Natur? war erstere und die Symptome beim Stuhlgang (Schmerz und Blutabgang) abhängig von dem Vorhandensein des Bandwurms? oder war das Leiden des Darms eine *Neuralgia ani*?

(Schluss folgt.)

Ein Fall von Cholera sporadica zwischen zwei Intermittens-epochen auftretend.

Von

Dr. Theodor Clemens.

Xaver Stämpfle, 25 Jahre alt, Hausknecht aus Maihingen, litt seit Anfang Mai an *Intermittens tert.* Die Paroxysmen waren heftig, aber kurz, und wurden durch *Chinin. c. Chinoid.* (℞ *Chinin.* gr. x, *Chinoid.* ʒj, *Spirit. vini* ℥ij, täglich 4 Mal 50 gtt.) mit geringer Mühe sistirt. Das *Stadium predromorum* war lange, und Patient schleppte sich 3 Wochen krank umher, bevor die Intermittens ausbrach. (Beiläufig bemerkt, ist der Sommer 1851 für Frankfurt und Umgegend hinsichtlich der Quantität der intermittirenden Fieber ein sehr gesegneter, doch sind die Formen rein, gutartig, jedoch die larvirten nicht selten.)

Patient kommt am 12. Mai 1851 zum erstenmale in das Hospital. Er giebt an, dass er sich schon seit längerer Zeit krank fühle, seit 8 Tagen habe sich zuerst Wechselfieber gezeigt, und seien die Anfälle mit einmaliger Unterbrechung jeden zweiten Tag eingetreten. Pat. sieht fahl und blass aus. Zunge belegt, Geschmack schlecht, pappig. Milzgegend empfindlich. Oeffnung gut, Leib frei. Hydroa um den Mund. Vollkommene Apyrexie. ℞ *Chinin. sulph.* gr. x, *Chinoid.* ʒj, *Spirit. vini* ℥ij, 4 Mal täglich 50 Tropfen.

Den 14. Mai. Pat. hat von 3—4 Uhr Nachmittags starken Fieberfrost, worauf leichte Hitze und Kopfschmerz. Puls 108, voll.

Den 16. Mai. Oeffnung gut, Appetit gut, Aussehen bessert sich. Pat. fühlt sich kräftiger und ist ausser Bett.

Den 17. Mai. Keine Klage, Appetit gut. Füsse nicht geschwellen, Puls immer ganz frei, Zunge jedoch immer noch weisslich belegt.

Am 19. Mai die Tropfen noch einmal gereicht und Pat. mit denselben geheilt entlassen, nachdem er um seine Entlassung, „da er sich ja ganz wohl befinde", dringend gebeten hat.

Am 1. Juni 1851 erscheint Pat. zum zweitenmale, indem das Fieber wieder erschienen ist. Er hat am 30., 31. Mai und 1. Juni um 9 Uhr Vormittags heftige Fieberparoxysmen gehabt. Der vorherige theils irreguläre Tertiantypus hat sich nun in eine reguläre Quotidiana verwandelt. Pat. leidet dabei an heftigem Gastricismus, Zunge noch dicker weiss belegt wie das vorige Mal. Dabei beständige Appetitlosigkeit, Uebelkeit und öfteres Erbrechen der genossenen Speisen. Oeffnung normal und regelmässig. Puls Morgens 8 Uhr 100.

Den 2. Juni. Um 8 Uhr Morgens hat Pat. einen Fieberanfall. *Pulv. emetic.*

Den 3. Juni. Pat. hat ein Erbrechen und zwei Oeffnungen gehabt, um 9½ Uhr Morgens aber wie gewöhnlich seinen Fieberanfall überstanden. Milz etwas geschwollen und deutlich prominirend. ℞ *Chinin. sulph.* gr. x, *Chinoid.* ʒj, *Spirit. vini* ℥ij. 4 Mal 50 gtt. Pat. bekam keinen Fieberanfall mehr, und nachdem die Gabe am 8. wiederholt worden war, verlässt Pat. am 16. Juni, mit einer dritten Dosis der Tropfen versehen, geheilt das Haus.

Am 23. Juni erscheint Pat. zum drittenmale mit den Symptomen ausgebildeter Cholera. In den 7 Tagen, die er in der Stadt zugebracht hat, war kein Fieberanfall mehr erschienen, und Pat. will sich bei dem Fortgebrauche der Chinintropfen leidlich wohl gefühlt haben. Vor 2 Tagen trat plötzlich, und nach Angabe des Pat. ohne alle Veranlassung, reichliches Abweichen ein, so dass Pat. in 24 Stunden 10—20 dünne Stühle hatte. Dabei stiegen die Schmerzen im Leibe zu einer solchen Höhe, dass Pat. sich an der Erde wälzte. Beständige Uebelkeit ohne Erbrechen und seit heute Nacht heftige Krämpfe in den unteren Extremitäten, besonders in den Waden, mit grosser Präcordialangst, Oppression der Brust, Kälte der Haut und vollkommener Anurie. — Pat. bietet bei seiner Aufnahme folgende Erscheinungen dar: Gesicht collabirt, Physiognomie verändert, tiefe blaue Ringe um die eingesunkenen Augen, die das Licht zu meiden scheinen. Fahler, erdfarbiger Teint. Zunge weisslich belegt, kühl anzufühlen. Unlöschbarer Durst und beständiges Verlangen nach eiskaltem Getränk, kein Appetit. Stimme seit heute Morgen bedeckt, alienirt und heiser. Schmerz im Leibe, und besonders in der Magengegend. Leib ganz eingezogen und hart. Seit 24 Stunden vollkommene Anurie, vorher soll die Urinsecretion schon sehr verringert gewesen sein. Blase leer. Haut kühl, trocken, Hände und Füsse kalt, bläulich. Hautfalte bleibt ziemlich lange stehen. In den unteren Extremitäten treten zeitweise schmerzhafte Krämpfe auf. Grosse Unruhe, Oppression der Brust, die wie mit einem eisernen Reif umspannt sei. Präcordialangst, Kopfschmerz und Ohrensausen. Puls 130, klein und unterdrückt. Pfeffermünzthee mit Laudanum gtt. xv. Wärmflaschen, Reiben mit wollenen Tüchern, später ein Emeticum, *Pulv. Ipecac.* gr. x, dos. III., alle Viertelstunde 1 Pulver.

Den 24. Juni. Kein Schlaf, keine Oeffnung. Pat. hat zwei Erbrechen eines hellen graugrünlichen Wassers mit etlichen beigemischten

Speiseresten gehabt, auch einen todten *Ascaris lumbricoides* ausgebrochen. Fühlt sich etwas erleichtert, doch noch recht collabirt im Gesicht. Viel Magenschmerz, Enge und Dyspnoë. Noch vollkommene Anurie. Keine Wadenkrämpfe mehr, Haut etwas wärmer, Leib weicher, etwas Schweiss. Viel Durst, Zunge belegt. Puls 120, entwickelter. Pat. blinzelt noch immer stark mit den Augen, die er gern geschlossen hält. Eispillen, *Magist. Bismuth.* gr. xij, *Sacch.* ʒij, divid. in aequal. dos. No. VI., zweistündlich 1 Pulver.

Den 25. Juni. Keine Oeffnung. Vor einer Viertelstunde (um 9 Uhr Morgens) der erste Urin gelassen, circa 10 Unzen eines bräunlich trüben, gesättigten Urins. Ein Erbrechen, wieder mit einem todten Spulwurm; Schweiss. Beine immer noch krampfhaft gespannt, Gesicht noch recht collabirt. Leibschmerz und Oppression der Brust wenig vermindert. Heftiger Durst. Puls 108. Pulver repetirt.

Den 26. Juni. Pat. hat etwas geschlafen und hat eine Oeffnung gehabt, dünn, wenig, graubräunlich, wässrig. Urin braun, hell, 3 Schoppen. Zunge belegt, warm, Leib noch eingezogen, kein Frostgefühl, keine Krämpfe, Kopf frei. Gesicht noch entstellt, blinzelt viel. Puls 96.

Den 27. Juni. Keine Oeffnung. Viel heller Urin, Zunge belegt, Geschmack bitter, Leib noch immer gespannt, Kopf frei, Brust nicht mehr enge. Pat. kann noch nichts essen, dagegen noch immer sehr heftiger Durst. *Clysma c. Ol.*

Den 28. Juni. Eine geringe kothige Oeffnung. Zunge reiner, Gesicht besser, freier. Noch immer das Gefühl, als sei ein eiserner Reif um die Brust gespannt. Urin gut. Puls 78. Temperatur normal.

So bessert sich das Allgemeinbefinden täglich immer mehr, bis die letzten Symptome des Cholera-Anfalls verschwinden, und Appetit mit dem Gefühl der Reconvalescenz eintritt. Die Zunge dagegen bleibt belegt, und der Leib jetzt eher etwas aufgetrieben.

Am 4. Juli stellt sich wieder Leibschmerz mit zwei wasserdünnen reichlichen Stühlen ein. Pat. fühlt sich unwohl, abgespannt und angegriffen. Gesicht mehr entstellt und bleich, und schon befürchte ich einen Rückfall oder allmäligen Uebergang in Choleratyphus, als am 5. Juli Morgens ein vollkommener Intermittens-Paroxysmus mit heftigem Schüttelfrost eintritt. Abends fühlt sich der Kranke ganz wohl. Apyrexie vollkommen.

Am 7. Juli constatirt ein zweiter Fieberanfall, Morgens 8½ Uhr beginnend, das vollkommene Wiedererscheinen der Tertiana, und Pat. ist gegen Abend in der Apyrexie gänzlich frei von allen subjectiven und objectiven Krankheitssymptomen. Oeffnung normal, Appetit gut, Puls frei. In der Folge bildet sich nun wieder eine ganz reine Tertiana aus, die ohne alle Complication ihre gutartigen Paroxysmen mit den reinsten Intermissionen setzt, bis ihrem Auftreten durch Arsenik Einhalt gethan wird.

Man hat schon so viel von der nahen Verwandtschaft der Intermittens zur Cholera gesprochen, und auch hier so viele wahre Anhaltpunkte gesucht und gefunden, dass es eigentlich überflüssig ist, in Beziehung zu dem vorliegenden Falle hierauf besonders aufmerksam zu machen. (S. Neue specifische Heilmethode der epidemischen Cholera. Hannover, bei Hahn. 1831. Das Cholerafieber, von M. W. Plagge. Hannover, 1833. etc.) Keinenfalls wird dieses Vergleichen von grossem Einfluss sein auf die Therapie des einmal ausgebrochenen Cholera-Anfalls, jedenfalls dürfte dagegen Chinin als Schutzmittel bei Cholera-Epidemien mehr zu empfehlen sein, als andere theils abentheuerliche, theils sinnlose und gar schädliche Arzneistoffe. Die Intermittensformen, einfache wie perniciöse, sind im Paroxysmus unzugänglich, und nur im Stadium der Intermissionen können wir auf den zukünftigen Paroxysmus einwirken. In vorliegendem Falle war allerdings das *Stadium algidum* bei dem von Intermittens-Paroxysmen so häufig heimgesuchten Individuum ein so sehr an das Wechselfieber erinnerlicher Zustand, dass Pat. wohl auch deshalb an ähnliche Erscheinungen gewöhnt, ärztliche Hülfe so spät in Anspruch genommen hat. Erst als Pat. von den sehr schmerzhaften Wadenkrämpfen und der marternden Präcordialangst heimgesucht wurde, kam ihm sein Zustand bedenklicher vor. — Das *Stadium algidum* zeichnete sich in diesem Fall durch grosse Unruhe und beständige Muskelbewegung aus, wie wir diese Symptome im (fälschlich so genannten) Froststadium der Intermittens-Paroxysmen häufig ebenso finden. Vermehrtes Kältegefühl, gepaart mit Steigerung der Wadenkrämpfe, trat in vorliegendem Cholerafall paroxysmenweise gesteigert auf, und Pat. hatte in der That dabei subjective Empfindungen, welche ihn an die kaum überstandene Intermittens sehr lebhaft erinnerten. Die Aetiologie dieses Cholerafalls ist ebenfalls synonym mit der Entstehung der vorhergegangenen Intermittens. Pat. bekam den ersten Fieberanfall, nachdem er Abends viel Wasser getrunken und die Nacht in einem feuchten Stall geschlafen hatte. Die Cholera trat ganz nach denselben Einwirkungen auf, nur traten zuerst die reichlichsten Stuhlentleerungen ein, bevor sich das *Stadium algidum* ausgebildet hatte. Auffallend ist jedenfalls bei der gegenwärtig hier so sehr verbreiteten Intermittens, dass dieser Cholerafall bis jetzt so ganz allein geblieben ist, und jedenfalls das Eintreten der ganz reinen Tertiana, nachdem die Cholera geheilt war, eine ganz auffallende Erscheinung. Bekannt ist, dass vorhergegangene Intermittens und Milzinfarcte zu Cholera disponiren, was zu der Annahme, dass das Choleramiasma Aehnlichkeit mit Malaria haben könne, geneigt machen kann. Seitdem die Cholera-Epidemien in unserer Umgegend häufiger geworden sind, und sich die Krankheit quasi bei uns acclimatisiren zu wollen scheint, sind in dem bis jetzt von der asiatischen Seuche verschont gebliebenen Frankfurt die Intermittens endemisch geworden, und es wäre gar keine Unmöglichkeit, dass dadurch der Boden vorbereitet würde, worauf später eine Cholera-Epidemie festen Fuss zu fassen im Stande ist. — Unsere ganz in die Nähe gerückten letzten Cholera-Epidemien haben Plätze gehalten, wo die Intermittens seit ältester Zeit endemisch aufgetreten sind, was zufällig Städte waren, die alle die Confluenz zweier Flüsse in diese Niederungen gelockt hat (Mannheim, Mainz, Hanau). Jedenfalls wäre es der Mühe werth, zu beobachten, ob bei eintretenden Cholera-Epidemien sich die Individuen, welche schon von Intermittens ergriffen waren, nicht durch kleine Dosen Chinin vor dem Besuche dieses fürchterlichen Gastes bewahren könnten.

Aus der chirurgischen Klinik des Prof. C. W. F. Uhde in Braunschweig.

Cysticercus cellulosae Rud. in einem *Tumor cysticus.*

Die geringe Anzahl von Fällen, worin der *Cysticercus cellulosae Rud.* beim lebenden Menschen angetroffen ist, möge die meiner Beobachtung vorangehende geschichtliche Zusammenstellung derselben rechtfertigen.

Ob Dupuytren oder Chabert und Chaumeton zuerst auf den Blasenschwanz [1]) am lebenden Menschen gestossen sind, lässt sich nur mit Unsicherheit bestimmen. Nach der weiter unten gegebenen Erörterung indessen wird es sehr wahrscheinlich, dass die Beobachtung von Chabert-Chaumeton die erste gewesen sei.

Rudolphi (Encyclop. Wörterb. d. medic. Wissensch. IX. Berlin, 1833. S. 91.) theilt diese Wahrnehmung in Folgendem mit: „Bei Menschen habe ich hier (unter der Zunge) nie eine (Finne) gesehen, allein Chabert in Alfort erzählte mir 1802, dass er bei einem jungen Mädchen eine solche Finne unter der Zunge gefunden, und sie durch seinen Collegen Chaumeton habe ausschneiden lassen.

Dupuytren erwähnt (Leçons orales de clinique chirurgie. etc. T. II. Par. 1839. p. 186.) eine Beobachtung über „Existence du cysticercus finnus dans le muscle grand péronier d'un homme“, und beginnt dieselbe mit den Worten: „Il y a environ trente ans, je trouvai, dans le muscle grand péronier d'un homme un ver vésiculaire.“ Die darauf mitgetheilte Beschreibung des Wurmes passt für den in Rede stehenden. Gegen den Schluss der Observat. V. äussert sich Dupuytren noch: „On rencontre assez souvent les hydatides dans la dissection, mais il est rare de les trouver sur le vivant....“ Insofern nun nicht angegeben, wann Dupuytren den Vortrag über „des tumeurs hydatiques“ gehalten hat, und von ihm selbst die Zeit der Beobachtung unbestimmt gelassen ist, kann auch das Jahr, in welches die Beobachtung V. fällt, nicht festgesetzt werden. Da derselbe aber, wenigstens nach dem, was mir über ihn aus Schriften und von seinem Neffen M. J. B. Pigné bekannt geworden ist, seine chirurgische Thätigkeit vor 1802 (an X) noch nicht entfaltet hatte, so dürfte es gegen den grossen Chirurgen nicht ungerecht sein, wenn man Chabert-Chaumeton die Ehre der Erstbeobachtung des *Cysticercus cellulosae* am lebenden Menschen zugesteht.

W. Sömmerring sprach in der zoologischen Abtheilung der 8. Versammlung der Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg im September 1829 über einen *Cysticercus cellulosae* im menschlichen Auge (Oken, Isis. 1830. Bd. XXIII. S. 717—718). Die Finne fand sich bei einem 18jährigen gesunden Mädchen frei und ohne Schmerzen zu verursachen, in der vordern Kammer des linken Auges. Eine heftige Augenentzündung ging ihrer Entstehung voran. Dieselbe war zur Zeit, wo sie zuerst wahrgenommen wurde, von der Grösse einer Wicke, hatte aber 7 Monate später die Grösse einer Erbse erreicht, und wurde von dem Dr. Schott durch einen Einschnitt in die Hornhaut mittelst einer Hakenpincette lebend herausgenommen.

Meikle, Logan, Mackenzie (The London Med. Gaz. Vol. XII. London, April 1833. p. 110. Cases of Eye Diseases; with remarks by

[1]) Es ist wohl nicht richtig, *Cysticercus* (aus κύστις und κέρκος) mit Blasenschwanzwurm zu übersetzen, wie die Finne bei Rokitansky (Handb. d. allg. pathol. Anat. Wien, 1856. S. 383.) heisst.

Wm. Mackenzie [1]). Lectures on the Eye in the Univ. of Glasgow.) haben einen „living Cysticercus in the Anterior Chamber" beobachtet. Es heisst an dem bezeichneten Orte: „To the kindness and liberality of Mr. Meikle, of Edinburgh, the profession in Glasgow owe the opportunity of examining the child whose case has been published in a pamphlet by Mr. Logan of New Lanark under the title of „Animalcule in the Eye". The subject of this singular disease, a lively, healthy girl, of seven years of age, was presented at the Eye Infirmary on the 3. current.... It would appear, that, from the month of August till about the middle of January last, when she was first brought to Mr. Logan, this child had suffered repeated attacks of inflammation in the left eye. Mr. L. found the cornea so nebulous, and the ophthalmia so severe, that he dreaded a total loss of sight. He treated the case as one of strumous ophthalmia; .... the inflammatory symptoms subsided, leaving, however, a slight opacity of the lower part of the cornea. After a week, the child was again brought to Mr. L., who, on examining the eye, discovered, to his great surprise, a semitransparent body, of about two lines in diameter, floating unattached in the anterior chamber. This body appeared almost perfectly spherical, except that there proceeded from its lower edge a slender process, of a white colour, with a slightly bulbous extremity, not unlike the proboscis of the common house-fly. This process Mr. L. observed to be of greater specific gravity than the spherical or cystic portion, so that it always turned into the most depending position. He also remarked that it was projected or elongated from time to time, and again retracted...." Gleiches bemerkte Wm. Mackenzie an demselben Auge und Thierchen. Nachdem nun die Lage des Wurmes bei den verschiedenen Kopfstellungen beschrieben, wird weiter gesagt: „Mr. Logan has observed no increase of size in the animal while it was under his inspection. Mr. Meikle had watched it carefully for three weeks, without observing any other change than a slight increase in the opacity of the cystic portion...." Zur Erläuterung des Textes dienen zwei lehrreiche Abbildungen.

C. Th. v. Siebold macht in der Beilage zur medicinischen Zeitung (1838. Berlin, 18. April. No. 16. S. 81.) eine Mittheilung über einen *Cysticercus cellulosae* bekannt, welcher von Baum den 3. März 1838 an der 23jährigen A. M. Becker auf dem rechten Auge beobachtet und extrahirt ist. Derselbe sass auf der Sclerotica nach dem *Canthus externus* hin und war von der Grösse einer halbdurchgeschnittenen grossen grauen Erbse. In der Conjunctiva befand sich da, wo sie die Geschwulst überzog, eine starke Röthung. Die schmerzlose Geschwulst war nach der Behauptung des Mädchens seit einem halben Jahre, wo sie zuerst bemerkt, grösser geworden.

J. B. Estlin [2]) hat dem „Editor of the Med. Gazette" in einem Schreiben aus Bristol, August 1838, einen „cas of *Cysticercus cellulosae* between the Conjunctiva and Sclerotica" zugefertigt, woraus ich Folgendes entlehne: „A little girl, of six years of age, was brought to the dispensary for the cure of compleints in the eyes, during the lest month, with a vesicular tumor, about the size of a moderate pea, beneath the Conjunctiva, upon the Sclerotica of the right eye, so near to the inner Canthus that it was entirely concealed from view, excepting where the eye was tourned outwards. It was accompanied by no inflammation, nor productive of any inconvenience; neither mother nor child knew how long it had existed, as it was discovered only a day or two before they came to me." (The London Med. Gazette. Vol. II. August 25. Lond. 1838. p. 840.)

Höring (Medicin. Correspondenzblatt Bd. IX. Stuttgart, 24. Juni 1839. No. 25. S. 196—197.) hatte im Juni 1838 die Gelegenheit, an einem 7jährigen Mädchen den *Cysticercus cellulosae* zu beobachten. Derselbe sass zwischen der Conjunctiva und Sclerotica des rechten *Bulbus oculi*, und zwar fest auf der letzteren gegen den *Canthus externus* hin. An der Stelle, wo die Bindehaut die Geschwulst bedeckte, war sie stark geröthet. Ein vor Monaten stattgehabter Stoss hatte auf das Auge eingewirkt. Die halbhaselnussgrosse Geschwulst verursachte keinen Schmerz. Eine von Höring ausgeführte Operation beseitigte die zum Theil in Eiterung übergegangene Geschwulst sammt dem erbsengrossen Wurme.

Fournier beobachtete den Blasenschwanz in einer Geschwulst vom Aussehen eines Furunkels bei einem 6jährigen Kinde, welches seit 4 Tagen eine hühnereigrosse, conische, fluctuirende, rothe, heisse und schmerzhafte Geschwulst hatte. Ein kleiner weisser Punkt, an der Basis gewissermaassen isolirt, schien der Sitz einer beständigen Bewegung, und Fournier behauptet, einige vibrirende Undulationen gehört zu haben. Mittelst Druck wurde durch eine enge Oeffnung an jenem weissen Punkte ein kleiner Cysticercus ausgeleert, und in der durch einen Einschnitt entleerten beträchtlichen Menge übel beschaffenen Eiters schwammen 7—8 dieser Thiere, welche sich noch deutlich bewegten. Diese Mittheilung habe ich aus „Froriep's Neue Notizen a. d. Gebiete der Nat. u. Heilkunst. (No. 426. No. 8 des XX. Bds. Octbr. 1841. S. 128.) entnommen, da mir das „Journ. des connaiss. méd. chir. Juin 1841" nicht zugänglich war.

Fl. Cunier hat (Annales d'oculistique. T. VI. 6 livrais. Mars 1842. p. 271—278.) eine Beobachtung über „Cysticerque celluleux sous la conjonctive" mitgetheilt, woraus ich Folgendes ziehe: „Le jeune duc de B., âgé de 17 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, se promenait le 30. Juillet 1840, vers 10 heures du soir, dans l'allée de la maison de campagne de son père, lorsqu'un papillon de nuit vint le frapper à l'oeil droit." Nachdem hiernach die Erscheinungen der auf den Stoss folgenden Krankheit beschrieben, fährt Cunier weiter fort: „L'ulcération guérit; mais le bourrelet persista, aplati, analogue à ceux que l'on observe assez souvent à la suite des pustules qui se montrent dans les ophthalmies catarrho-scrofuleuses. Il ne gênait en aucune façon le malade, dont l'oeil n'offrait plus d'ailleurs qu'une teinte jaunâtre de la sclérotique, à l'endroit où avait porté le coup. Le 25 août il se mit en route pour l'Italie et l'Allemagne. Il ne ressentit aucune gêne dans l'oeil jusqu'au mois de Janvier 1841, que se trouvant à Naples, il contracta une ophthalmie catarrhale qui fut traitée par M. Quadri, et qui fut dissepée en huit jours. Mais la tumeur de la conjonctive avait tout à coup augmenté de volume, et avait pris l'aspect d'une vésicule. M. Quadri y fit avec une aiguille à cataracte une ponction qui donna issue à de la sérosité roussâtre, puis il cautérisa avec la pierre infernale. Lorsque Mr. de B. quitta Naples, le 2 Février, la tumeur avait repris son ancien volume, il ne restait plus qu'une vascularisation assez prononcée de la conjonctive qui l'entourait, vascularisation que M. Quadri lui dit être le résultat de la cautérisation.... Le volume de la tumeur parut rester le même, la vascularisation devenant parfois plus prononcée, jusqu'en Mai, qu'elle prit tout à coup un accroissement considérable. En trente jours, elle était devenue grosse comme un pois; elle avait empiété sur la cornée et gênait la vision. Du reste point de douleurs, ni d'augmentation dans la vescularisation de la conjonctive. M. de B. s'adressa en Juin à van Ousenoort, qui diagnostiqua une tumeur hydatique de la conjonctive scléro-cornéenne.... Elle naissait à $^1/_4$ ligne en dehors de l'union scléro-cornéale, et s'étendait jusqu'au centre de la cornée; quatre ou cinq gros vaisseaux variqueux, venant du pli oculo-palpébral s'y rendaient, du reste pas de vascularisation du globe. L'aspect de cette tumeur ne pourrait être mieux comparé qu'à celui du bourgeon conjonctival que l'on remarque après l'opération du strabisme; elle était d'un rouge sarcomateux, au pourtour, et comme transparente en son centre et dans sa portion scléroticale. Cette tumeur n'occasionnait aucune douleur; mais la vision se trouvait fortement gênée.... Une ponction que je pratiquai, amena la sortie de deux ou trois gouttes d'un liquide jaunâtre.... je saisis la tumeur avec des pinces et je l'incisai dans sa portion scléroticale. Aucune sérosité ne s'écoulant, je me décidai à en pratiquer l'ablation;... une legère traction la sépara aisément de la portion de cornée à laquelle elle restait adhérente.... Elle (la production enlevée) représentait un corps transparent, vésiculeux, avec une extrémité à renflement, comme une calebasse de caoutchouc. Le lambeau de l'enveloppe kysteuse adhérait à la partie moyenne, qui était la plus étranglée. Rétiré de l'eau, et examiné à la loupe de deux pouces de foyer, je reconnus dans ce corps un cysticerque celluleux.... Je séparai du ver le lambeau de kyste qui y adhérait...."

Th. Sendler hat in seiner „*Cysticerci cellulosae monographia*" 9. Oct. 1843. Halis. p. 30—32.) folgenden höchst interessanten Fall veröffentlicht: „Vir, quinquaginta annorum, spirituosorum amans, in clinicum venit pneumonia reconvalescens. Veste deposita, ut ex eo auscultaretur, tumores parvi possim in corporis superficie dispersi visi et a cl. Krukenberg statim cysticerci cellulosae esse declarati sunt, quam diagnosin unus eorum qui exstirpatus est, confirmavit. Tumores, vel pisi, vel nucis avellanae magnitudine et in tela cellulosa sub cute et in musculis haerentes jam visui conspicui erant. Solidi atque teretes digito prementi decedebant. Vir abhinc uno ano tumores animadverterat quidem, sed parvi aestumaverat, et qui incommoda ei afferent paene nulla. Unica, quam hodieque sentit, molestia, est dolor levis, rheumatico non dissimilis, quo laborat coeli asperitate. Quem dolorem a cysticercis oriri ea re probatur quod se continuit in locis tumorum atque disparuit ab eo loco, quo tumor aliquis exstirpatus erat. Tumores, cysticercos c. continentes exulceratione posse removeri, etiam mihi probatum est. Etenim viro illi unus in fronte erat, eo loco, quo margo pilei premebat. Qua pressione continua factum est, ut tumor exulceratus contentum ejiceret. — Facti denique mentinonem faciam, quod si etiam aliis probetur, satis mirum videatur. Etenim ille vir, de quo modo memoravi, quum cysticerci in eo invenirentur, tumores per-

[1]) Gescheidt (F. A. v. Ammon's Zeitschr. f. d. Ophthalm. III. Dresd., 1833. XX. S. 418.) versetzt Mackenzie fälschlich nach Edinburg.

[2]) Bei Höring heisst derselbe „Esthlin"; Cunier schreibt „Estling"; Beger nennt ihn im Canstatt'schen Jahresber. Erl. 1844. S. 424. „Eitling", und in den Schmidt'schen Jahrb. Sup. V. Leipz. 1847. S. 267. „Estling".

multos in corporis superficie habebat, circiter quadraginta. Tres ei exstirpati, unus exulceratus est. Nuper mihi narrat, paucos tantum superesse. Tam accurate eos numeravi, neque plus quam quatuordecim reperire potui.

Edwin Canton hat nach den „Archives générales de Médecine, 4e Sér., Tom. XIX. Paris 1849., p. 218—220." in der „Lancet, Juli 1848." zwei Beobachtungen erzählt, wovon die eine einen Cysticercus der Conjunctiva und die andere einen Cysticercus der vordern Augenkammer betrifft.

I. Un enfant de 2 ans et 7 mois, d'une constitution scrofuleuse, quoique bien portant, avait reçu, à l'âge de 2 ans, un coup d'ombrelle sur l'oeil; huit ou quinze jours après, on découvrit, en abaissant la paupière inférieure, une tumeur du volume d'un petit pois, attachée au globe de l'oeil, et que la paupière dérobait entièrement à la vue. La tumeur avait fait depuis des progrès lents, mais continus; elle refoulait, en avant, la paupière, près de l'angle interne, et remplissait presque entièrement le sinus palpébral inférieur. Elle avait.... une coloration jaunâtre, au moins autant qu'on en pouvait juger à travers la conjonctive un peu vascularisée.... l'enfant ne paraissait nullement souffrir de la présence de cette petite tumeur.... M. Canton abaissa fortement la paupière inférieure détacha, d'un coup de ciseau, une portion elliptique de la conjonctive, dans sa portion la plus saillante, et vit s'échapper, avec une petite quantité de liquide jaunâtre, un véritable cysticerque du volume d'un gros pois etc.

II. Un enfant de 10 ans fut présenté à l'auteur dans l'état suivant: diminution graduelle de la vue, résultant d'un état nébuleux de la cornée, avec injection des vaisseaux scléroticaux. Peu à peu la partie centrale de la cornée fit saillie et devint plus opaque que la portion qui l'entourait. L'enfant, d'une constitution délicate, se plaignait d'éprouver, dans l'oeil, une douleur profonde et constante, se maigrissait à vue d'oeil; on pensa qu'il était utile de faire une ouverture à la portion la plus saillante de la cornée, avec un couteau à cataracte. Cette incision donna issue à une petite quantité d'humeur aqueuse, et à un cysticerque parfaitement reconnaissable; elle fut suivie d'un soulagement immédiat....

Wm. Mackenzie (Lond. Med. Gaz. Decbr. 15. 1848. p. 1031. New Ser. VII.) beschreibt einen „Case of *Cysticercus cellulosae* in the anterior chamber of the human eye", woraus ich Folgendes anführe: „E. G., aged 16, applied at the Glasgow Eye Infirmary, in September 1848, on account of obscurity of vision in the left eye. On examination, a spherical body, about one-eighth of an inch in diameter, was discovered lying close in front of the pupil, in the anterior chamber, and this proved, on closer inspection, to be a *Cysticercus cellulosae*. The patient stated, that in June the left eye had been the subject of acute inflammation, which occurred immediately before the appearence of the hydatid. Objects placed in a direct line before the eye or below it, she saw very indistinctly, but in a moderate light the expansion of the pupil left one-third, at its upper part, unobscured. The position of the hydatid varied to a certain extent, and was an object of curiosity to many. Its opaque body, its tail, vesicle, and rostellum, together with its four lateral suckers, could be distinctly made out, and it was observed to be most lively in the morning and when the patient was warm. She was quite unconscious of the motions of the hydatid, and did not appear to suffer pain from its presence. On October 14th, the foreign body was removed by the following operation: etc."

Hiernach möge die von mir gemachte Beobachtung über einen *Cysticercus cellulosae* in einem *Tumor cysticus* eine gütige Aufnahme finden:

Am 12. Mai 1851 kam Eduard Feist aus Braunschweig, ein 18jähriger, dunkelhaariger, wohlbeleibter, kräftiger Schlosserlehrling, der, mit Ausnahme einer skrophulösen Drüsenanschwellung des linken Cervicalstranges, gesund war, in die Klinik, um mich wegen einer schmerzlosen, bei dem Geschäfte des Bohrens aber belästigenden Geschwulst in Rath zu nehmen. Sie sass in gleicher Höhe mit der linken Brustwarze, war etwa 2 Ctm. von dem Sternum entfernt, befand sich unter der wohlbeschaffenen Haut, liess sich prall anfühlen, war oval und hatte die Grösse eines Taubeneies. Bei genauer Untersuchung erkannte man, dass sie auf ihrem Grunde, dem *Musc. pectoral. maj.*, fest aufsass, und nur kaum verschoben werden konnte. Dahingegen war man im Stande, die über ihr befindliche normal gefärbte Haut mit der grössten Leichtigkeit nach den verschiedenen Richtungen hin zu verschieben.

Ueber die Entstehung der Geschwulst, welche ich für eine gewöhnliche Balggeschwulst hielt, wusste F. nichts weiter anzugeben, als dass er sie zuerst vor etwa einem Jahre, wo sie vielleicht wie eine Erbse gross gewesen, bemerkt habe, und dass er der Meinung sei, sich dieselbe nach öfterem Drucke der bezeichneten Stelle zugezogen zu haben.

Auf meinen Vorschlag, sich die Geschwulst exstirpiren zu lassen, ging F. ein, und es wurde sogleich zur Operation geschritten. Mittelst eines 4 Ctm. langen, das fettreiche Zellgewebe durchdringenden und über die Geschwulst verlaufenden Querschnittes legte ich den Tumor bloss, und hatte ich die Absicht, bei aus einander gehaltenen Wundrändern den auf und zwischen den Fasern des *Musc. pectoral. maj.* sitzenden Tumor durch einige tüchtige Messerzüge auszurotten. Dies gelang mir aber nicht nach Wunsch, indem sich die Geschwulst vermöge der Contractionen der bei der Operation gereizten Fasern des grossen Brustmuskels der wohl construirten Pincette, womit ich das auf dem Tumor haftende Zellgewebe erfasst, zu wiederholten Malen entzog. Da ich mich nun einmal, vorzüglich wegen dieses mir fremden Phänomens, darauf gesetzt hatte, die Geschwulst unversehrt herauszunehmen, so musste ich einige Mühe anwenden, den öfters entschlüpften Tumor erst so weit hervorzubringen, dass er in dem äussern Wundwinkel festgesetzt werden konnte, wo ich ihn dann mit Hinwegnahme mehrerer Muskeltheile entfernte.

Namentlich die innige Verwachsung der Kyste mit dem Muskel veranlasste mich zu der Aeusserung gegen die anwesenden Herren DD. Bernhard, Kumlehn, Reck und Studiosen der Chirurgie, dass ich einen *Cysticercus cellulosae* in der Geschwulst vermuthe. Und als ich die noch nicht aus den Fingern gelegte Geschwulst vorsichtig mit dem Messer öffnete, quollen mir ein paar Tropfen blutigen dicken Eiters entgegen, worauf mir ein *Cysticercus cellulosae* in die Hand fiel.

Der Cysticercus war von der ungewöhnlichen Grösse einer kleinen Wallnuss, wasserhell, und trug nur ein paar kleine nadelknopfgrosse, dicht neben einander befindliche Flecken an sich, wovon der eine gelblich und kaum erhaben, der andere dagegen weisslich war. Dieser bestand in einer einfachen Trübung der Schwanzblase, jener bezeichnete die Stelle des Halses und Kopfes. Das Thierchen wurde vorsichtig in ein Glas mit verschlagenem Zuckerwasser gethan, worin es abwechselnd niederfiel und aufstieg, wobei ich aber ein Heransstrecken des Halses aus der Blase nicht bemerkt habe. Alsbald ward indess die Schwanzblase trübe, und hatte mein gewandter Herr College Krukenberg die Güte, das Thierchen nebst der Kyste in meiner Gegenwart zu untersuchen. Unter dem Mikroskope zeigte dasselbe einen viereckigen Kopf mit einem doppelten Hakenkranze aus 32 Haken, und einen Saugnapf in jeder Ecke. Im Uebrigen fand man, mit Ausnahme der „*vasa*", Alles an dem Wurme, wie es in der Sendler'schen Monographia theils beschrieben, theils aufs Vorzüglichste abgebildet worden ist (am bezeichneten Orte p. 16—26).

Die Kyste bestand in einem durch Entzündung verdickten serösen Balge, welcher, ausser dem Wurme, einen bräunlich-gelblichen alten Eiter mit einzelnen Zellen, und Eiterkügelchen, die ihre schönen Contouren verloren hatten, enthielt. Haken des Kranzes, als Rest eines etwa abgestorbenen Cysticercus, wurden in der Eiterflüssigkeit nicht aufgefunden.

Die Wunde heilte per suppurationem. Am 13. Juni war E. F. völlig geheilt.

Wie es sich mit den Beobachtungen über den *Cysticercus cellulosae* von Sichel und Warthon Jones verhält, ist mir ausfindig zu machen nicht gelungen. Inzwischen ersehe ich soviel aus den „Arch. gén. de Méd. 4e Sér. T. XIX. Paris 1849. p. 218.", dass ersterer das Thierchen unter der *Conjunctiva oculi*, und letzterer dasselbe in der vordern Augenkammer gefunden habe.

An diese Fälle reihen sich noch einige, worin der *Cysticercus cellulosae* höchst wahrscheinlich wahrgenommen ist. Dahin rechne ich die Beobachtung von A. Cooper, Neumann in Marienwerder und Salvatore Alessi in Bologna.

A. Cooper hat nach T. B. Curling (D. Krankh. des Hodens, Saamenstranges etc. Leipz. 1845 von Reichmeister i. D. S. 278) wahrscheinlich den Blasenschwanz im Testikel angetroffen. Bekanntlich hat aber A. Cooper selbst eine Beobachtung von demselben in seinen Schriften nicht bekannt gemacht.

Neumann (Rust's Magazin XXXIII. Berlin 1830. III. XIX. S. 529—539 m. Fig.) hat einen merkwürdigen Fall einer Hydatide in der vordern Kammer des linken Auges bei einem 14jährigen skrophulösen Knaben veröffentlicht, wo denn wahrscheinlich die sogenannte Hydatide ein *Cysticercus cellulosae* gewesen ist, wie auch viele Schriftsteller bereits angenommen haben.

Salvatore Alessi will ein Entozoon des Auges (wie es scheint einen *Cysticercus cellulosae* in den Augenkammern) dadurch getödtet haben, dass er dicht an das Auge auf eine kleine Vesicatorfläche eine Salbe aus *Sem. cinae* und Calomel (ãã) nebst Fett mehrere Wochen lang applicirte (Gaz. med. 1846. 25)." Diese Angabe habe ich aus J. F. Sobernheim's Handb. d. pr. Arzneimittell. VI. Auflage von M. B. Lessing. Berl. 1851. S. 398 geschöpft.

Ueberblickt man diese vorgeführten Fälle vom Cysticercus, so ist nichts natürlicher, als sich die Frage vorzulegen: Wie entsteht derselbe in dem Menschen? In dem einen oder andern Falle kann der Wurm

oder ein Ei desselben durch den Genuss finnigen Schweinefleisches übertragen sein. Wenn nun auch E. Feist überhaupt nur sehr selten Schweinefleisch, am wenigsten von finnigen Schweinen, gespeist haben will, so scheint es doch nicht unwahrscheinlich zu sein, dass z. B. der Schweineschlächter Hardy, von dem Nivet berichtet, seine *Cysticerci cell.* im Gehirn u. s. w. vom Verspeisen finnigen Schweinefleisches erhalten habe. Auf der andern Seite ist mir nicht bekannt geworden, dass an einem Israeliten oder an der Leiche eines solchen ein Cysticercus gefunden sei. Zuweilen mag der Blasenschwanz in einem ähnlichen Verhältniss des *Cysticercus fasciolaris* zur *Taenia crassicollis* (v. Siebold in R. Wagner's Handwb. d. Physiologie. Braunschw. 1844. II. Bd. S. 650) stehen, und als ein verirrter und in Folge dessen erkrankter und verkommener Bandwurm, den schon C. H. Ehrmann (Musée anatomique de la foc. de médec. de Strasbourg etc. 1837. p. 203) *Taenia musculaire* nennt, betrachtet werden müssen (Rokitansky a. a. O. S. 484); wiewohl in keinem der angegebenen Fälle bemerkt ist, dass die betreffende Person aus einer Familie stamme, worin der Bandwurm herrscht. Selbst E. Feist ist aus einer Familie, in welcher bis jetzt kein Bandwurm existirt hat. Vergegenwärtigen wir uns nun aber die ersten 14 Fälle, und finden wir darunter 8, in welchen (siehe bei Sömmerring, Meikle-Logan-Mackenzie, Höring, Fournier, Cunier, Canton (I.), Mackenzie, bei mir) der Bildung des Cysticercus eine Irritation dessen Wohnorgans vorausgegangen ist, so bin ich noch immer nicht geneigt, die alte, unter andern auch von Andral (Grundriss d. pathol. Anatom. Leipz. 1829. I. D. Becker in's D. S. 393) getheilte Meinung, der zufolge die Entozoen da entstehen, wo durch äussere auf ein Organ wirkende Einflüsse die normale Ernährung dermaassen gehemmt ist, dass die organischen Theilchen nicht vollkommen assimilirt werden können und sich deshalb zu niedern Thieren gestalten, aufzugeben, obwohl v. Siebold (a. a. O.) Einwürfe dagegen erhoben hat.

Aus dieser Zusammenstellung ergiebt sich Folgendes: 1) Der Blasenschwanz kommt besonders (13 Mal) bei jugendlichen und nicht immer skrophulösen Individuen vor; 2) derselbe wird ohne Unterschied des Geschlechts und der Körperseite gleich häufig angetroffen; 3) er wirkt weniger durch Erregung von Schmerz, als vielmehr durch Behinderung der Verrichtungen des Organs störend auf dieses ein; 4) der Stelle nach findet er sich 7 Mal in der vordern Augenkammer, 6 Mal unter der Conjunctiva, 4 Mal unter der Haut, 1 Mal unter der Zunge und 1 Mal in dem Hoden; 5) in Bezug auf die Länder ist er beobachtet: 7 Mal in England, 6 Mal in Deutschland, 4 Mal in Frankreich, 1 Mal in Belgien und 1 Mal in Italien; 6) der Wurm ist mit Ausnahme des Falls bei Tournier[1]) nur einzeln an seinem Wohnsitze, und den Sendler'schen Fall ausgenommen, nur einzeln an dem Individuum wahrgenommen; 7) er ist bis auf den Cunier'schen Fall stets frei und unangewachsen in dem Organe oder seiner Cyste gefunden; 8) derselbe lebt auch in eitriger Flüssigkeit, ohne dass dadurch die der Schwanzblase verändert[1]) erscheint; 9) seine Lebensdauer scheint sich auf etwa 1 Jahr zu erstrecken.

Sieht man den Cysticercus nicht, so ist seine Diagnosis in einer Geschwulst nicht leicht. Allenfalls könnte man für sie, ausser den der Cyste eigenthümlichen Erscheinungen, in der Kleinheit — Erbsen- bis Taubeneigrösse — in der Schmerzlosigkeit oder in dem Gefühle von leichtem ziehenden Schmerz, in dem Aufsitzen auf dem Grunde, resp. dem Muskel, Anhaltspunkte finden. Danehen sind noch als nicht unwichtige Momente zu betrachten: häufiger Genuss von — finnigem — Schweinefleische; Contusion der Stelle mit darauf folgender Irritation oder Entzündung. Während der Exstirpation einer unter der Haut und auf dem Muskel sitzenden Cyste ist besonders das Entweichen[2]) derselben vermöge der Contraction der durch Anschneiden gereizten Muskelfasern ein charakteristisches Zeichen für das Vorhandensein eines Cysticercus in der Geschwulst.

Da der Blasenschwanz lebend die Function seines Wohnorgans zuweilen in einem nicht unbedeutenden Grade stört, und derselbe abgestorben ebenfalls nachtheilig einwirken kann, so besteht das sicherste Verfahren gegen ihn darin, denselben auf operativem Wege zu entfernen. Das einzuschlagende Operationsverfahren ist dann von der Wohnstelle des *Cysticercus cellulosae* abhängig.

[1]) Beides widerstreitet A. Tschudi's Angabe. (Die Blasenwürmer. Freib. i. B., 1837. 4. S. 58.)

[2]) Dieses Phänomen hat auch mein Freund Krukenberg in dem Krukenberg-Sendler'schen Falle zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Miscellen.

Jod durch Tannin löslich gemacht

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Nach vielen vergeblich unternommenen Versuchen, die kleinen Jodmengen, die man gewöhnlich unter der Form von Tinctur in den Arzneitränken anwendet, ohne Beihülfe von Jodkali in Wasser auflöslich zu machen, kam man zu der Entdeckung, dass die Hinzufügung von *Syr. cort. aurant.* ℥j zu einer Potion von ℥iv—vj, 5—6 Gran des fraglichen Metalloids vollkommen zur Auflösung brachte. Dann nachsuchend, welches das Princip sei, das in dem Orangenrinden-Syrup die Löslichkeit dieses Körpers begünstigen möchte, hatte Debauque allen Grund zu muthmassen, dass dies nur die in den Rinden des Curaçao enthaltene Gerbstoffsäure sein könne. Um sich über die Realität dieser Supposition sicher zu stellen, machte er verschiedene Versuche, und nahm seine Zuflucht zur Anwendung von einigen Gran *Acidum tannicum*, die er einem Wasser hinzufügte, das 10, 12 und selbst 15 Gran von der Tinctur in selbigem präcipitirten Jods enthielt. Nachdem diese Mischung einige Augenblicke geschüttelt war, zeigte sich die Auflösung vollständig, und es ergab sich der Beweis, dass die Löslichmachung des Jods der Gunst dieses Agens beizumessen sei.

Ohne sich genaue Rechenschaft von der Wirkungsweise dieser vegetabilischen Säure in der Begünstigung der Löslichkeit des Jods in wässrigen Vehikeln, selbst dann, wenn die kräftigsten Mineralsäuren in diesem Falle ohne alle Wirkung bleiben, geben zu können, hält Debauque es von Werth, eine Thatsache zu constatiren, die bis auf die heutige Zeit unbekannt geblieben zu sein scheint. Und er glaubt, den praktischen Aerzten den Zusatz des *Syr. cort. aurant.* zu den Mixturen, welche *Tinctura Jodinae* enthalten sollen, sowie die Hinzufügung von einigen Gran Gerbstoffsäure zu der Zubereitung von Jodinjectionen empfehlen zu müssen.

Personalien.

Personalveränderungen. Grossh. Hessen. Zu Physikats-Wundärzten ernannt: Der prakt. Arzt Dr. A. Föppel in Umstadt, prakt. Wundarzt Ziesing von Gedern in Birkenau (Bezirk Waldmichelbach).

Todesfall. Würtemberg. Dr. Demmler in Bietigheim.

Berichtigung.

S. 423 links Z. 14 v. u. schalte hinter Operationen ein: von Contracturen

Sonnabend, № 41. 11. October 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Beobachtung einer Dislocation des Nervus ulnaris.

Von

Dr. A. Blattmann in Zürich.

Eine bisher wenig beachtete Quelle von Nervenleiden verschiedener Art sind die unvermeidlichen mechanischen Insulte, welchen die Nervenstränge bei gewaltsamen Bewegungen des Körpers ausgesetzt sind. Bedenkt man die leichte Verletzbarkeit des Nervenmarkes bei seiner grossen Zartheit und weichen Consistenz, so leuchtet ein, dass es der häufigen Dehnung und Knickung, welche es bei heftigeren Muskelactionen erleidet, sehr bald erliegen würde, wenn es nicht in sich selbst einige besondere Schutzmittel dagegen fände. Diese ergeben sich aber sowohl aus den physikalischen Attributen der Nervensubstanz, als aus der Anordnung ihrer elementären Structur. Zuerst erinnere ich an die Elasticität der Nervenröhrchen, welche diese zarten Gebilde in einem bewunderungswürdigen Grade auszeichnet. Ungeachtet ihrer geringen Consistenz, bei der sie durch die indifferentesten Dinge, wie durch den andauernden Contact des reinen Wassers, verändert und schnell zerstört werden, ertragen sie doch die Versuche, sie nach allen Richtungen zu biegen und zu dehnen, ohne dadurch ihre Integrität einzubüssen, und halten eine mässige Compression ohne Nachtheil aus. Dadurch erklärt sich auch die, bei neurologischen Untersuchungen sehr willkommene Beobachtung, dass ein rasch geführter Scheerenschnitt die Nervenmasse nicht zerquetscht, sondern eine reine Schnittfläche hinterlässt; beiläufig sei es erwähnt, dass diese Art der Schnittführung sich mir als die nützlichste bewährt hat, um Behufs mikroskopischer Untersuchungen das Material in möglichst dünne Schichten zu zerlegen. Diese relative Unempfindlichkeit des Nervenmarkes gegen geringere mechanische Eingriffe erhellt auch aus pathologischen Thatsachen. Bei einem serösen Ergusse in die Gehirnventrikel ist weniger der daraus resultirende Druck, als die Durchfeuchtung und Maceration der umgebenden Gehirnsubstanz, Schuld an der trostlosen Prognose dieser Krankheit. Ein apoplektischer Heerd ist weniger misslich, als eine von Gehirnerweichung ergriffene Stelle, bei übrigens gleichem Umfange der Erkrankung. Exostosen, Tuberkel und andere chronische Geschwülste innerhalb der Schädelhöhle drängen die Gehirnfasern nur langsam auseinander, ohne sie zu zertrümmern; daher ist ihr Auftreten so latent, dass sich ihr Dasein oft erst dann kundgiebt, wenn die Umgebung sich entzündet, oder in Form der gelben Erweichung gangränescirt. — Nebst der Elasticität der Nervenröhrchen verdient noch ein mehr äusserlicher Umstand Beachtung, der in seinen Resultaten mit jenen parallel geht: ihre gewundene Verlaufsweise nämlich, welche uns an allen den Stellen entgegentritt, wo die Nervenmasse ein einigermaassen beträchtliches Volumen erreicht. So habe ich anderswo [1]) gezeigt, dass die Nervenröhrchen im Rückenmarke keine gestreckte Richtung einschlagen, sondern gewunden und in sanften Krümmungen verlaufen. Aus dieser Anordnung erklärt sich, warum es so äusserst schwer hält, sie längere Zeit einzeln in ihrem Verlaufe zu verfolgen, um so mehr, als sie sich bei ihren wellenförmigen Biegungen häufig durchkreuzen.

[1]) In meiner Schrift: Mikroskopisch-anatomische Darstellung der Centralorgane des Nervensystems bei den Batrachiern. Zürich, bei Friedr. Schulthess, 1850. pag. 13.

Feuilleton.

Die 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Fortsetzung aus No. 40.)

Die Thätigkeit der Sectionen, welche unser Interesse vorzugsweise in Anspruch nehmen, beschränkte sich an diesem Tage fast nur auf die äussere Constituirung. In der für Physik, Chemie und Pharmacie wählte man für die Sitzung am 19. zum Präsidenten Prof. Osann aus Würzburg, dauernd zum Schriftführer den Oberlehrer Eisenach aus Gotha, in der für Anatomie, Physiologie und Zoologie zum Vorsitzenden Geh. Hofrath Huschke aus Jena und zum Secretär Prof. Oskar Schmid daher. In der Section für Botanik, Ackerbau und Forstwissenschaft wählte man Sanitätsrath Metsch aus Suhl zum Vorsitzenden, Gymnasiallehrer Dr. Zeyss aus Gotha zum Schriftführer. Sodann fragt Hr. Dr. Hofmeister an, ob nicht bei der grossen Wichtigkeit der Mikroskopie für alle Zweige der Naturwissenschaften, besonders aber für die Botanik, ein Theil der Zeit, welche für die Arbeiten der IV. Section bestimmt ist, jener Wissenschaft zugewandt werden könne, da Hr. Dr. Oschatz gern zu einigen Vorträgen über Mikroskopie und Vorzeigen seiner Instrumente sich verstehen würde. Da Hr. Dr. Oschatz dies bereitwillig zugestellt, so wird bestimmt, dass die Zeit von 9—11 Uhr jeden Morgen dem Anhören der Vorträge dieses Herrn gewidmet werden soll. Sehr angenehm würde es dem Hrn. Dr. Oschatz sein, wenn auch andere Herren, die nicht gerade der Section IV. sich zugewandt haben, an diesen Vorträgen über Mikroskopie Theil nehmen wollten. — In der Section für Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe entspann sich zunächst eine Discussion darüber, ob es nicht am zweckmässigsten sei, die Section verbände sich gänzlich mit der für Anatomie etc., damit es beiden Theilen möglich sei, den so in einander greifenden Vorträgen und Debatten vollständig zu folgen. Da sich indess für dieses Mal Schwierigkeiten erhoben, so kam man überein, wenigstens die Zeit für die medicinische Section so zu bestimmen, dass die Mitglieder derselben auch den Sitzungen der Anatomen etc. beiwohnen könnten, und somit die Thätigkeit lieber schon um 8 Uhr Morgens zu beginnen. Ferner schritt man zur Bildung einer besondern Section für Psychologie und Psychiatrie, und wählte sodann per acclamationem den Geh. Hofrath Kieser aus Jena für die morgende Sitzung zum Präses, den Prof. Heyfelder aus Erlangen aber zu dessen Stellvertreter und den Bataillonsarzt Dr. Dorl aus Gotha zum beständigen Secretär der Abtheilung. Zum Schluss erbat sich Dr. Göschen aus Berlin das Wort, um die Bitte an die Versammlung zu stellen, den Dr. Kissel aus Runkel in der nächsten Sitzung aufzufordern, mit Bestimmtheit sich über die von ihm in der allgemeinen Sitzung verkündete neue Heilmethode den Collegen gegenüber zu erklären, somit ihnen eine Prüfung derselben möglich zu machen. Der Redner konnte es nicht verbergen, dass der ganze Vortrag nach seiner und, wie er glaube, fast aller Anwesenden Meinung, in die allgemeine Versammlung nicht gepasst habe, um so weniger, als Hr. Kissel jedwede Begründung, jedwede nähere Entwickelung seiner neuen Heilmethode schuldig geblieben wäre, wohl aber in absprechender Weise über die bisherigen Leistungen der Therapie den Stab gebrochen hätte. Das Hervorheben der Wohlfeilheit der angeblich neuen Methode gegenüber einer Versammlung von grösstentheils Laien habe dazu entschieden etwas Anstössiges, und gerade in der jetzigen Zeit, wo mannigfach die Würde des ärztlichen Standes gefährdet würde, müsste eine Versammlung, wie diese, mindestens, nachdem das Geschehene nicht mehr zu ändern sei, vollständige Rechenschaft über die gerühmte neue Heilmethode vor dem Forum, vor das

Finden nun bedeutende Bewegungen der Glieder in der Art statt, dass das Nervenmark selbst gedehnt wird, so können die Nervenröhrchen ihre Linie dadurch verlängern, dass sie sich so weit gerade strecken, als das betreffenden Falls erfordert wird. Nur bei forcirten Muskelactionen dürfte noch ihre Elasticität Behufs einer weitern Verlängerung in Anspruch genommen werden. Es treten aber dennoch Fälle ein, in denen diese Latenz, welche den nervösen Organen gegeben ist, ihre Linie, gemäss den Körperbewegungen, abwechselnd verlängern oder verkürzen zu können, durch die Heftigkeit der letztern überboten wird. Eine derartige Beobachtung, welche sich mir selbst unlängst darbot, verdient wegen ihrer Eigenthümlichkeit genanere Erwähnung.

Herr S. zu Neuchâtel, ein kräftig gebauter junger Mann, der mir durch seine ungemein lebhafte Gesticulation und Raschheit der Bewegungen auffiel, consultirte mich wegen eines Leidens des linken Ellenbogengelenkes, welches er von einer beim Turnen erhaltenen Verletzung herleitete. Während er nämlich am Barren, auf die stark flectirten Arme gestützt, sich mit Kraft hin- und herschwang, bemerkte er ein ihm hörbares Krachen im linken Arme, worauf ein so intensiver, vom Ellenbogen bis in die Fingerspitzen ausstrahlender Schmerz folgte, dass er genöthigt war, sich eine geraume Zeit regungslos stille zu verhalten, bis er sich wieder sammelte, und den leidenden Arm mit der rechten Hand unterstützend, nach Hause ging. Der Schmerz dauerte in geringerm Grade fort und steigerte sich bei allen Bewegungen des Armes, ohne dieselben ganz zu hemmen. Ein herbeigerufener Arzt sprach die Vermuthung aus, ein Ligament sei zerrissen, und gab den Rath, das Gelenk mit dem Taschentuch fest zu umwickeln. Ein paar Monat später, als Herr S. sich mir zuerst zeigte, hatten die Schmerzen zwar sehr abgenommen, erneuerten sich aber bei jeder starken Beugung des Armes, wobei subjectiv das Gefühl entstand, als ob ein Körper sich am Knochen verschiebe. Bei der Untersuchung fühlte ich in der That einen strangartigen Körper, welcher sich unmittelbar unter der Haut von oben nach unten hinzog, und bei ausgestrecktem Arme in der Rinne zwischen *Condylus int. hum.* und Olecranon lag, jedoch oberflächlicher und leichter beweglich war, als der *Nervus ulnaris* im Normalzustande zu sein pflegt. So wie aber der Kranke den Vorderarm flectirte, so rollte dieser Strang, welcher sich nun straff gespannt anfühlte, um den innern Condylus herum nach vorn, und befand sich dann auf der Insertion des *M. brachialis intern.* Suchte ich ihn an dieser Lageveränderung zu hindern, indem ich den Daumen fest auf den Condyl stützte, und hierauf eine spontane Flexion vornehmen liess, so bedurfte es aller Kraft des entgegenstemmenden Fingers, um den Strang nicht vorbeischlüpfen zu lassen, und dennoch gelang die Beugung nicht vollständig, weil alsbald ein intensiver Schmerz an dieser Stelle entstand und den Kranken nöthigte, durch Ausstrecken des Vorderarms die Weichtheile um das Gelenk zu entspannen. Der Strang besass die gewöhnliche Consistenz der peripherischen Nerven, und war so beweglich, dass ich ihn bequem zwischen den Fingern rollen konnte; comprimirte ich ihn, so reagirte er durch Schmerz, der den Vorderarm bis in die Fingerspitzen blitzartig durchzuckte; bei stärkerem Drucke entstand Taubwerden und Anästhesie der Ulnarseite des Vorderarms und der beiden letzten Finger. Bei seiner oberflächlichen Lage und Beweglichkeit konnte ich ihn bequem nach oben verfolgen, wo er hinter dem *Ligamentum intermusculare* in die Höhe stieg, und weiter oben in dem Convolut der Armgefässe und Nerven sich verlor.

Meine sofort gefasste Vermuthung, dieser Strang sei der abnorm verlaufende *Nervus ulnaris* selbst, wird wohl durch die aufgezählte Symptomenreihe hinreichend bestätigt. Etwas schwerer ist es, die ungewöhnliche Lagerung desselben zu erklären, da sich in ihr ebensowohl eine ursprüngliche Abnormität, als eine später entstandene Dislocation erblicken lässt. Im Normalzustande liegt dieser Nerv so tief in seiner Grube zwischen beiden Knochenfortsätzen, dass man ihn nicht mit Bestimmtheit durch die Bedeckungen hindurch fühlen kann. Fixirt wird er daselbst durch straffes Zellgewebe, und durch das über ihm liegende Blatt der Arm-Aponeurose, welches besonders dem vom inneren Rande der Bicepssehne kommenden Verstärkungsbündel seine Festigkeit verdankt; nach innen sendet es besondere Streifen verdichteten Zellstoffes an den innern Condyl und zum Olecranon, und bildet dadurch einen dreiseitigen Raum, in welchem der Nerve, von allen Seiten vollkommen eingeschlossen, liegt. Im vorliegenden Falle dagegen ermangelte er dieses membranösen Einschlusses und lag unmittelbar unter der Haut, locker umhüllt vom subcutanen Zellgewebe, welches seiner grossen Neigung, sich zu verschieben, kein grosses Hinderniss in den Weg legen konnte. Besass er gleich ursprünglich diesen ungewöhnlichen Verlauf — eine angeborne Abnormität, die sich, nach Analogie des oberflächlichen Verlaufes der Cubitalarterie vor der Bicepsfascie, sehr leicht denken lässt — so hätte sich dieser Fehler in Folge der unbeschützten Lage dieses empfindlichen Organes wohl schon weit früher manifestirt. Der plötzliche, traumatische Ursprung der Beschwerden, welche durch ein sehr schmerzhaftes, und dem Ohre des Kranken vernehmliches, Knacken eingeleitet wurden, macht es wahrscheinlicher, dass die Fascia erst bei dieser Gelegenheit, in Folge der heftigen Anstrengung der Muskeln, durchbrochen wurde, und die beschriebene Ectopie zu Stande kommen liess. Permanent wurde die letztere alsdann durch den Vernarbungsprocess, weil das Glied während dieser Zeit der nöthigen absoluten Ruhe ermangelte.

Obgleich diese Beobachtung in der Literatur bis jetzt vereinzelt dasteht, da eine ähnliche meines Wissens noch nicht bekannt gemacht worden ist, so erregt doch die praktische Wichtigkeit der disponirenden und occasionellen Causalmomente in mir die Vermuthung, dass ihr nun andere nachfolgen dürften. In frischen Fällen der Art würde es wohl nicht schwer halten, eine vollkommene Heilung ohne üble Nachfolgen zu erzielen. Hauptindication ist absolute Ruhe des Cubitalgelen-

---

allein sie in Gotha gehöre, verlangen. Brächte Hr. Kissel hinlängliche Gründe für seine Ansichten vor, so würde er entweder neue Jünger seiner Lehre gewinnen, oder er würde durch Gegengründe widerlegt werden, in jedem Falle also nur Vortheil ziehen. Die Versammlung stimmte dem Vorschlage des Dr. Göschen vollständig bei, und damit wurde die erste Sitzung auch dieser Section geschlossen.

War somit die 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte eröffnet und in ihren einzelnen Theilen geschäftlich constituirt und geregelt, so wurde zu Mittag sämmtlichen anwesenden Fremden Gelegenheit zu frohem geselligem Beisammensein gegeben. Der sehr geräumige Saal des Schiesshauses konnte kaum die Gäste und die ihnen freundlich gesinnten Gothaner fassen, und natürlich fehlte es nicht an Frauen und Jungfrauen, die das Fest verschönten. Ringsum war der Saal geschmückt mit den Fahnen der einzelnen deutschen Staaten, nur das Sinnbild der Vereinigung derselben, die deutsche Fahne, fehlte. Statt ihrer blickte wie klagend und mahnend ein Oelgemälde, das den in die Luft fliegenden „Christian VIII.“ — eine Affaire, bei der sich ja auch Gotha's Krieger tapfer hervorthaten — darstellte und von hoher Hand der Schützengesellschaft geschenkt war, auf die Tafelrunde herab, an der sich eine ganze Anzahl schleswig-holsteinischer Militär-Aerzte, ihren ehemaligen Chef Stromeyer an der Spitze, befanden. Unter den Toasten, deren Reihe mit einem Hoch auf den Herzog von Coburg-Gotha, dessen Theilnahme an allen Bestrebungen der Kunst und Wissenschaft die Versammelten die Einladung in das freundliche Gotha verdankten, begann, und die in reicher Zahl einander folgten, heben wir nur drei hervor. Zwei davon galten den Senioren der Gesellschaft, Hrn. Leopold von Buch aus Berlin und Hrn. Dr. Chaufepié aus Hamburg, der dritte dem Generalstabsarzte der ehemaligen schleswig-holsteinischen Armee, dem Prof. Dr. Stromeyer aus Kiel.

II. Section für Physik, Chemie und Pharmacie am 19. Sept.

Hr. Dir. Knochenhauer sprach über eine von ihm beobachtete neue Inductionserscheinung, welche darin besteht, dass, wenn eine elektrische Batterie entladen wird, deren Schliessungsdraht ein zweiter, isolirter, mit einer Leydner Flasche in Verbindung gesetzter Schliessungsdraht genähert ist, in letzterer eine elektrische Ladung hervorgebracht wird. Hierbei zeigt es sich, dass man die stärkste Ladung in der zweiten Flasche erhält, wenn beide Schliessungsdrähte gleich lang sind, vorausgesetzt, dass nur eine oder gleich viele Flaschen auf jeder Seite angewendet werden. Nimmt man dagegen auf der einen Seite der Maschine zwei Flaschen, während man auf der andern Seite nur eine Flasche anwendet, so erhält man die grösste Wirkung wie bei doppelt so langem Inductionsdrahte. Umgekehrt muss man dagegen den Schliessungsdraht der zu ladenden Flasche verdoppeln, wenn durch Induction zwei Flaschen geladen werden und die grösste Wirkung erhalten werden soll. Das gleiche Verhältniss ergab sich dann auch bei der dreifachen Flaschenzahl auf der einen oder der andern Seite. Es ergiebt sich daraus, dass sich hierbei die Spannungsverhältnisse durchaus proportional der Länge der Schliessungsdrähte ändern.

Hr. Prof. Osann aus Würzburg referirte über einige neue von ihm beobachtete Wirkungen einer Grave'schen Batterie, deren Elemente von ihm in einer eigenthümlichen Weise verbunden worden waren. Durch diese Vorrichtung war nämlich bewirkt worden, dass man entweder die Elemente der Batterie als Kette (quantitativ) oder als Batterie (intensiv) wirken lassen konnte. Bei den mit dieser Batterie angestellten Versuchen ergab es sich nun, dass die Stromstärke durchaus nach anderem Verhältniss abnimmt, wenn der Leitungswiderstand geändert wird, je nachdem die Säule die quantitative oder intensive Stellung hatte.

kes in ausgestreckter Lage des Gliedes. Diesem Zwecke dürfte die genaue Befestigung einer graduirten Compresse an die zwischen *Condylus int. hum.* und Olecranon befindliche Grube vermittelst eines Circularverbandes, und die Anlegung einer Schiene an die Vorderseite des Gelenkes entsprechen, und geeignet sein, bei strenger Befolgung dieser Regeln bis zur vollständigen Vernarbung, dem Kranken die wirklich bedeutenden Folgen zu ersparen, welche aus einer unrichtigen Diagnose entspringen würden.

Herr S. bat mich sehr dringend um Hülfe, und erklärte sich zu Allem bereit, was dazu beitragen könnte, da das Uebel ihm den Gebrauch der Extremität in hohem Grade erschwerte. Bei jeder stärkern Flexion entstand ein lästiger Schmerz, der mitunter mehrere Tage lang anhielt und die Nachtruhe störte; in noch höherem Grade war dies der Fall nach leichten mechanischen Beleidigungen, welchen der Nerv bei seiner unbeschützten Lage sehr ausgesetzt war. Die Behandlung konnte aber das Anfangs versäumte, wie sich leicht einsehen lässt, nicht mehr gut machen. Ein eingreifendes Verfahren in der Absicht, den Nerv an seiner alten Stelle zu fixiren, war nicht denkbar, weil es die schlummernde Neuralgie zum vollen Ausbruche bringen konnte, und hätte bei der langen Dauer des Uebels wenig Aussicht auf Erfolg gewährt. Dagegen hatte die Anempfehlung einer mehr gestreckten Lage des Armes, nebst leichter Fixirung des Nerven durch eine kleine graduirte Compresse, die mit adstringirenden Mitteln befeuchtet und genau angelegt wurde, wenigstens den Erfolg, dass derselbe seine Stelle nicht mehr so leicht verliess. Der Kranke konnte den Arm zuletzt ohne Verband im rechten Winkel beugen, und war sehr froh, seine Schmerzen los geworden zu sein. Dass aber der Nerv seine frühere Elasticität noch nicht wieder erlangt, zeigten die Beschwerden, welche noch immer nach stärkeren Beugeversuchen, die unter Fixirung desselben in seiner Grube vermittelst des auf den Condyl gestützten Fingers methodisch vorgenommen wurden, eintraten.

Zwei nicht häufig vorkommende Intoxicationsfälle.

Von

Dr. E. A. Meinel.

1. Vergiftung durch salzsaures Zinn.

Der Privatier Scherzer aus Roth a. Sand, 60 Jahre alt, ein robuster wohlbeleibter Mann, an dem alle Strapazen des russischen Feldzuges spurlos vorübergegangen sind, liess mich am 26. Mai 1848 zu sich rufen. Beim Eintritt in sein Wohnzimmer fiel mir der fötide Geruch auf, der dasselbe verpestete, und der sehr dem ähnelte, welcher bei Kranken sich entwickelt, die an mercurieller Stomatitis leiden. Bei näherer Untersuchung des Kranken fand sich grauliche Färbung des Zahnfleisches mit aufgeworfenen Rändern, ausserdem sassen kleine schmutzige Geschwürchen an dem Zungenrande und den innern Wangenflächen. Die Salivation war ziemlich heftig und der Geruch aus dem Munde sehr stark. Der Kranke klagte über Frösteln mit wechselnder Hitze, Kopfschmerz im Hinterhaupt und in der Stirngegend, über Mangel an Appetit und über einen ziemlich heftigen Schmerz in der Magengegend; dieselbe war aufgetrieben, bei Druck äusserst schmerzhaft, die Percussion zeigte eine ziemliche Ausdehnung des Magens. Die Zunge hatte dicken gelblichen Beleg, der Stuhl war angehalten, der Puls beschleunigt (100), die Haut trocken und heiss. Der Kranke, ein sonst in jeder Beziehung höchst ehrenwerther Mann, versicherte mich mit Bestimmtheit, so dass ich in seine Aussage Zweifel zu setzen durchaus keine Ursache habe, dass er seit langer Zeit weder innerlich Arzneimittel genommen, noch äusserlich Einreibungen gemacht habe. Lange suchte ich vergeblich nach der Ursache des Erkrankens, bis endlich dem Kranken beifiel, dass er vor 4 Tagen Braten gegessen und dazu Salz gebraucht habe, das schon seit langer Zeit an einem feuchten Orte gestanden hatte, und das er vor dem Gebrauch auf den zinnernen Teller, auf dem der Braten lag, geschüttet und auf den Ofen, der in geringem Grade geheizt war, gestellt habe. Der Teller wurde, weil das Salz nur in geringer Quantität vorhanden war, theils mit dem Fleisch, theils mit Brod ganz rein gewischt, so dass auf demselben nichts mehr zu entdecken war; doch soll das Salz seine glänzende weisse Farbe verloren gehabt und graulich ausgesehen haben. Wenige Stunden nach dem Genuss dieses Salzes hatten sich schon Schmerzen in der Präcordialgegend und Singultus eingestellt, am andern Tage war schon die Speichelsecretion vermehrt. Ich hielt mich nach diesem berechtigt, eine Vergiftung durch salzsaures Zinn anzunehmen. Mein Freund v. Bibra, den ich darüber befragte, ob unter den gegebenen Verhältnissen eine solche Verbindung stattfinden könne, schrieb mir hierüber „unter begünstigenden Umständen wohl möglich."

Zur Beseitigung der bestehenden Gastritis wurde äusserlich Antiphlogose angewendet, und innerlich Kirschlorbeerwasser mit Belladonnaextract gereicht, gegen die Stuhlverstopfung Ricinusöl. Gegen den Speichelfluss wurde ein Gurgelwasser mit Chlorkalk verschrieben. Die Erscheinungen der Gastritis waren nach 4 Tagen völlig verschwunden, der Speichelfluss hatte abgenommen und war nach dem Verlauf von 6 Tagen ebenfalls beseitigt.

2. Intoxication durch Krotonöl.

Der Israelite Auberg aus Roth a. Sand leidet an einem rechtseitigen Hodensackbruch. Derselbe wurde im September 1847 eines Abends, nachdem er mehrere Stunden weit gegangen war, von heftigen Schmerzen im Unterleib befallen und liess den Chirurgen W. holen. Der Bruch war reponibel und der Stuhl nicht angehalten. W. reichte ein Abführmittel und verordnete folgenden Tages, aus nicht leicht zu errathenden Gründen, 3 Scrupel Krotonöl, welche in die rechte Leisten-

---

Ferner sprach derselbe über eine nur aus zwei Metallen und einer Flüssigkeit bestehende, constante Kette, welche auf der Eigenschaft des amalgamirten Zinks beruht, sich gegen gewöhnliche Zinkplatten positiv zu verhalten, sowie auf der Zersetzbarkeit des schwefelsauren Zinkoxyds. Da nämlich hierbei sich am negativen Pole nur metallisches Zink ausscheiden konnte, so musste der Strom ununterbrochen fortdauern, so lange noch schwefelsaures Zinkoxyd als Elektrolyt vorhanden war.

Weiter referirte derselbe über eine vom Prof. Dr. Neef gemachte Beobachtung in Betreff eigenthümlicher Lichterscheinungen am Neef'schen Inductionsapparat, wobei Hr. Prof. Böttcher Einiges über die von ihm in dieser Beziehung gemachten Beobachtungen mittheilte.

Endlich zeigte derselbe Krystalle von Chromalaun, welche von ihm auf eigenthümliche Weise erzeugt worden waren. Dies Verfahren besteht nämlich darin, dass ein Holzreif mit mehreren Fäden bespannt in die betreffende Flüssigkeit eingesenkt, und auf die Fäden ein Krystall gelegt und dieser von Zeit zu Zeit gewendet wurde.

Endlich berichtete derselbe über ein Verfahren, nach allen Richtungen Krystalle auszubilden, und zeigte mehrere so gebildete Krystalle vor, wie Chromalaun, Kupfervitriol, zweifach chromsaures Kali und Blutlaugensalz.

Hr. Prof. Böttcher theilte ein Verfahren mit, durch Erhitzen Phosphor in Kupfervitriollösung in ein Gemisch von Phosphorkupfer und basisch phosphorsauren Kupferoxyd zu verwandeln, aus welchem letzteres durch Behandeln mit aufgelöstem sauren chromsauren Kali und Schwefelsäure geschieden werden kann. Wird dieses Gemisch in eine concentrirte Lösung von Cyankalium gebracht, so findet augenblicklich die Entwickelung von selbstentzündlichem Phosphorwasserstoffgas statt, indem hierbei cyansaures Kali und Cyankupferkalium gebildet wird. Eine alkoholische Lösung von Cyankalium giebt dagegen ein nicht selbstentzündliches Phosphorwasserstoffgas. Jenes Phosphorkupfer ist CuP.

Derselbe referirte über die Darstellung einer neuen Formmasse für galvanoplastische Zwecke. Diese Masse besteht in folgenden Bestandtheilen: gleiche Gewichtstheile guten kölnischen Leim und Farinzucker. Der Leim wird 7 Stunden mit kaltem Wasser digerirt und in einer Porzellanschale mit dem Zucker erhitzt. Nach der Verbindung beider wird dann $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{8}$ Leinöl zugesetzt und das Gemisch mit einem Spatel geschlagen.

Hr. Dr. Bromeis theilte einige Bemerkungen über gewisse physikalische Eigenschaften der Nauheimer Soolquelle mit. Einige derselben zeigten sich nämlich mit Alternation intermittirend, und der Referent hält dafür, dass jene Intermittirung durch die das Hervorbrechen des Wassers bedingende freiwerdende Kohlensäure vermittelt wird, welche, in Höhlungen sich ansammelnd, in Zwischenräumen bei erreichter höchster Spannung hervorbricht und einen Wasserstrahl hervortreibt.

IV. Section für Botanik, Ackerbau- und Forstwissenschaft.

Die Sitzung eröffnete Dr. Zeyss durch Mittheilung eines ihm vom Hrn. Bergmeister Leo in Könitz zugesandten Aufsatzes: „über das Wachsen der Bäume im Winter", abgefasst auf Grundlage mehrjähriger Beobachtungen. Dr. Zeyss konnte nicht unterlassen, seine Bedenken über etwa dabei zu Grunde liegende Täuschungen mitzutheilen, namentlich machte er geltend: 1) dass die Beobachtungszeit von September bis März zu lang sei, und dass, abgesehen davon, dass sicherere Resultate zu erwarten wären, wenn die Beobachtungen von November bis Januar nach Monaten angestellt würden, im März der neue Saft schon, zumal bei gelindem Wetter, wochenlang die Dicke und Höhe der Bäume gemehrt haben kann; 2) die Messung mit einem offenen, im September angelegten, im März „durch die Verdickung

gegend eingerieben werden sollen. Die Einreibungen besorgt die Ehefrau des Auberg mittelst eines Stückchen wollenen Zeuges. Nachdem die Hälfte der verschriebenen Portion verbraucht war, ist der ganze Hodensack mit dicht aneinander sitzenden Pusteln besetzt, ebenso das Gesicht. Ich werde gerufen, um den heftigen Schmerzen des Kranken entgegenzutreten. Die eine Seite des Hodensackes war noch mit Pusteln besetzt, während auf der andern die Pusteln geplatzt waren und sich in ein stark eiterndes Geschwür verwandelt hatten. Das Gesicht war so dick mit Pusteln besetzt, dass die Züge nicht erkannt wurden. Hier erfolgte Abschuppung, nachdem die Pusteln eingetrocknet waren, dagegen verwandelte sich die Oberfläche des Scrotums in ein Geschwür, das indess unter Anwendung der Zinksalbe bald heilte.

Mir ist wohl bekannt, dass nach Einreibungen von Krotonöl in den Kehlkopf zuweilen Pusteln auf dem Hodensack entstehen, und namentlich sah ich dies bei einem mir befreundeten Arzte, welcher wegen Laryngophthisis solche Einreibungen gemacht hatte; — aber dass auch im Gesicht ein ähnlicher Ausschlag bei Einreibung des Krotonöls an entfernten Körperstellen sich bilde, ist von mir — so viel ich wenigstens weiss — noch nicht beobachtet worden.

Der Ausschlag gleicht durchaus dem durch die Einreibung der Autenrieth'schen Salbe erzeugten; es sind nämlich Bläschen, die sich mit purulenter Flüssigkeit füllen und in der Mitte ein Grübchen (Delle) haben. Obwohl in der Encyclopädie von Schmidt Bd. II. §. 151. behauptet wird, dass der Pustelausschlag nach Einreibungen mit Krotonöl abtrockne, ohne Geschwüre zu hinterlassen, so zeigt unser Fall das Gegentheil.

Diarrhöe entstand durch die Einreibung im gegebenen Falle nicht, was indess schon öfter beobachtet worden ist.

Einige Fälle aus der Praxis von Dr. Penike in Wilster.

(Schluss aus No. 37.)

3. Belladonna-Klystiere gegen einen eingeklemmten Leistenbruch.

M. V., Wittwe in B., 75 Jahre alt, erlitt am 6. März 1847 ohne irgend eine Anstrengung eine Einklemmung eines äussern Leistenbruches an der linken Seite. In einer Reihe von Jahren war es das 7. Mal, dass durch den ausgetretenen Bruch Incarcerationserscheinungen hervorgerufen wurden. Da jedoch fast jedesmal die dadurch bedingten Symptome nicht der Art waren, um die Pat. zu vermögen, ärztliche Hülfe zu suchen, ihr es im Gegentheil fast immer selbst gelang, durch eine geneigte Lage und einige Klystiere den Bruch zurücktreten zu lassen, so begehrte man dieses Mal erst am 9. März meine Hülfe. Die Versuche, die Pat. gemacht hatte, den Bruch zu reponiren, waren fruchtlos. Bei meinem ersten Besuche fand ich den Bruch von der Grösse eines Taubeneies, sehr schmerzhaft, und die Taxis, die sogleich versucht wurde, war erfolglos. Der Unterleib war ziemlich stark aufgetrieben und gegen Berührung ebenfalls sehr empfindlich. Am dritten Tage nach erfolgter Einklemmung, als man mich rief, hatten die Schmerzen eine bedeutende Intensität erlangt, so dass die Patientin beständig laut aufschrie. Dabei beständige Vomituritionen und wirkliches Erbrechen schleimiger Massen. Der Puls klein und schnell, 90 Schläge in der Minute. Es wurden sofort warme Cataplasmen von narkotischen Kräutern aufgelegt, und im Verlauf des Nachmittags zwei Klystiere von *Aq. saturn.* zu ℥v gegeben. Dieselben waren erfolglos und wurden am 10. Morgens und Mittags wiederholt. Der Zustand blieb derselbe. Die Cataplasmen wurden wegen ihrer Schwere nicht vertragen und wurden abgenommen. Am Abend des 10. verordnete ich ein Klystier von *Inf. Herb. et Rad. Bellad.* (ex ãã gr. vj par.) ℥iij. Sogleich nach Application des Klystiers wurde sie etwas ruhiger, das Erbrechen und die Schmerzen im Unterleibe hörten einen grossen Theil der Nacht auf, kehrten jedoch gegen Morgen mit erneuerter Heftigkeit zurück.

Am 11. März. Bedeutende Tympanitis des Unterleibs, grosse Schmerzhaftigkeit bei Berührung desselben. Es wurde sogleich wieder ein Belladonnaklystier wie das vorige wiederholt, nach welchem die Schmerzen und das Erbrechen sogleich aufhörten. Drei Stunden nachher stellten sich gelinde Intoxicationserscheinungen ein. Das Gesicht etwas geröthet, Trockenheit im Schlunde, Schlaflosigkeit, gelinde Delirien, Floccilegium. Die beide Male nach den Belladonnaklystieren mit grosser Ausdauer versuchte Taxis war vergebens. Gegen Abend verfiel die Patientin in einen ruhigen Schlaf, der mit einiger Unterbrechung bis gegen Morgen anhielt, wo er den wieder auftretenden heftigen Schmerzen und Erbrechen weichen musste. Nach einem am 12. Morgens verordneten Belladonnaklystiere war Patientin bis Abends 9 Uhr ohne Schmerz und Erbrechen, welche Symptome von der Zeit an bis zum Morgen des 13. unaufhaltsam anhielten. Die Dosis der Belladonna wurde jetzt verstärkt, und ihr ein Klystier von ℈j Rad. auf ℥iij Wasser gegeben. Schmerz und Erbrechen schwanden auch hiernach sehr bald. Es entstanden nur gelinde Intoxicationserscheinungen. Die Versuche, den Bruch zu reponiren, waren stets vergeblich. Die vorgeschlagene Operation wurde abgelehnt.

Den 15. März. Seit 2 Uhr in der letzten Nacht hatte der Zustand der Patientin sich darin verändert, dass statt der bis jetzt erbrochenen gelb grünen, völlig geruchlosen Massen, Kothbrechen erfolgt war. Die Tympanitis des Unterleibs hatte bis dahin immer mehr und mehr zugenommen. Die Zunge war pechschwarz belegt, und ein beginnender allgemeiner Collapsus der Pat. nicht mehr zu verkennen. Die Farbe der äussern Bedeckungen des Bruches war jedoch normal. Morgens um 8 Uhr wurde ihr sogleich wieder ein Belladonnaklystier von derselben Stärke wie das vorige applicirt, nach welchem sehr bald,

---

des Baumes" auseinandergetriebenen Bleiringes scheint ihm ganz unsicher, da sich Blei in der Kälte mehr und leichter zusammenzieht, als das Holz, ein Ring von Blei folglich sich öffnet; 3) fragt er an, wie die Höhenmessung mit Genauigkeit gemacht werden könne, da ein umgelegter Farbenring möglicher Weise durch die Winterfeuchtigkeit sich gesenkt, der umgebende Boden im Winter sich gesetzt haben könne; 4) hält Dr. Zeyss es für durchaus nöthig, dass die Bäume, an denen die Versuche gemacht würden, näher bezeichnet würden, damit nicht vielleicht solche benutzt würden, welche eigentlich den wärmeren Ländern zugehörig, auch im Winter ihre südlichere Natur durch zeitigere Entwickelung nicht verleugnen. — Hr. Sanitätsrath Dr. Metsch fügt noch hinzu, dass: 1) zur Würdigung solcher Versuche nothwendig die Temperatur der Luft angegeben werden müsse, da die Vegetation erst dann seiner Ansicht nach aufhöre, wenn das Thermometer unter den Nullpunkt gefallen; 2) dass der Bleiring wohl auch durch das in Folge der Winterfeuchtigkeit eingetretene Anschwellen der Rinde gesprengt worden sein könne. — Diese aufgestellten Bedenken meinten die Versammelten dem Hrn. Leo bei seinen ferneren Versuchen zur Berücksichtigung empfehlen zu müssen.

Hierauf tritt Hr. Prof. Schulze aus Rostock mit einem Vortrage hervor über die Kohle, welche die reine Pflanzenzelle liefert. Er sagt: Bekanntlich zeichnet sich die Substanz der Pflanzenzelle vor den meisten, vielleicht allen, übrigen Pflanzenstoffen durch ihr Verhalten bei der Verkohlung dadurch aus, dass sie die dem Verkohlungsprocess entsprechende chemische Zersetzung erleidet, ohne dabei zu schmelzen. Die Zellen des Holzes und überhaupt die gewöhnlichen Pflanzenzellen sind aus einer durchaus nicht vollkommen reinen Zellenmembran gebildet, indem sowohl die ursprüngliche Zellenmembran wie die Verdickungsschichten überkleidet und durchtränkt sind mit allerlei anderweitigen organischen Verbindungen, welche wie z. B. Eiweiss, Zucker u. s. w. bei der Verkohlung schmelzen, mithin eine Kohle liefern, welche entweder blasige Beschaffenheit oder doch wenigstens eine unregelmässige Structur besitzt und dadurch nicht geeignet ist, dem durchfallenden Lichte einen regelmässigen, einfachen Durchgang zu gestatten. Je weniger eine pflanzliche Zellmasse andere Stoffe ausser der Cellulose enthält, um so mehr wird die Kohle, welche sie liefert, die ursprüngliche organische Structur zeigen, woher es z. B. kommt, dass die Kohle des gewöhnlichen Holzes schon äusserlich, noch mehr in ganz dünnen Schnitten, die organische Structur des Holzes darlegt. Die in Bezug auf die Erhaltung dieser Structur vollkommensten Präparate müssten wir von Zellen erhalten, deren Wandungen frei von Allem sind, was seiner chemischen Beschaffenheit nach nicht Cellulose ist. „Indem ich mich der von mir empfohlenen Methode der Isolirung und Reinigung der Pflanzenzellen bediente, und die so gewonnenen Präparate der Verkohlung unterwarf, erhielt ich, was ich erwartet hatte, nämlich Kohle-Zellen, welche selbst in ihren feinsten Formverhältnissen noch die Gestaltung der lebendigen Zelle erkennen liessen. Ausserdem aber wurde ich durch ein physikalisches Verhalten dieser Kohle überrascht, welches meines Wissens bisher ganz unbekannt war: es zeigten sich nämlich alle dünnwandigen Partien der Kohle-Zellen durchscheinend oder durchsichtig mit bräunlich gelber oder grauer Färbung, viele derselben sogar so vollkommen farblos, dass nur die sorgfältigste chemische Prüfung des Präparates mir die Ueberzeugung gewähren konnte, ich habe es wirklich nur mit Kohle, und nicht etwa mit Kieselerde u. s. w. zu thun." Diese Farblosigkeit der Pflanzenkohle erinnert an das Verhalten des Diamanten zum Licht, welcher ja umgekehrt fein gerieben ein schwärzliches Pulver liefert. Der Grad der Durchsichtigkeit und der Farblosigkeit bei den einzelnen Kohle-Zellen ist nicht bloss von der Dünnwandigkeit, sondern zugleich noch von der innern Structur der Zellsubstanz oder

fast augenblicklich, das Kothbrechen aufhörte. Nachmittags gegen 4 Uhr verspürte die Pat., nachdem sie den Tag über ohne Schmerzen zugebracht hatte, starkes Poltern und Kollern im Unterleibe, womit ihr einige Flatus abgingen, und gleich darauf reichlicher dünner Stuhlgang von grünen Massen erfolgte, der sich in der Zeit von 4 Uhr Nachmittags bis 7 Uhr Abends siebenmal wiederholte, nach welchen die Pat. sich bedeutend erleichtert fühlte. Unter den letzten Fäces waren einige harte Kothknollen. Der Bruch war ungefähr derselbe, etwas beweglicher und etwas weicher anzufühlen, in der Art, dass man auf demselben eine Trennung der harten Fäces durch das Gefühl deutlich unterscheiden konnte, dessen ungeachtet jedoch widerstand er hartnäckig den Repositionsversuchen. Der Puls war hart und klein, 82 Schläge in der Minute. Es wurde ihr nun Abends ein Klystier von erwärmtem Süssmandelöl gegeben.

Am 16. März. Nach dem Oelklystier hatte Patientin noch dreimal Stuhlgang gehabt, das letzte Mal des Nachts 2 Uhr. Jedesmal wurden unter den entleerten flüssigen Massen harte Fäces bemerkt. Der Leib war weicher und bedeutend mehr zusammengesunken, bei Berührung weniger schmerzhaft. Bei Berührung des Bruchs, der sich ganz ebenso wie am Tage vorher verhielt, äusserte die Patientin mehr Schmerz als sonst, so dass Taxisversuche nicht ertragen werden konnten. Sie bekam wegen dieser Schmerzhaftigkeit und um überhaupt auf die sehr aufgeregte Pat. etwas beruhigend einzuwirken, eine Oelemulsion mit *Aq. laurocer.* Am 17. hatte sie mehrmals Stuhlgang von breiigen Massen, klagte jedoch über zunehmenden Schmerz im ganzen Unterleibe, der auch bei Berührung sich vermehrte. Sie bekam jetzt 3stündl. gr. ij Calomel. Dabei viel Durst, Zunge noch immer schwarz und Appetitlosigkeit. Am 18. und 19. hatte sie täglich mehrmals Stuhlgang, die Schmerzen im Unterleibe verschwanden immer mehr, der Bruch wurde immer kleiner, behielt aber ziemlich die alte Härte. Der Appetit, der während der ganzen Krankheit durchaus verschwunden war, begann jetzt sich zu zeigen. Der Patientin wurde daher eine geeignete Diät vorgeschrieben. Die an den folgenden Tagen stets wiederholten Repositionsversuche fruchteten zu nichts. Der Bruch wurde von Tag zu Tag kleiner und unbedeutender und verschwand endlich am 23. ganz und gar. Die Pat. erholte sich sehr bald und ist völlig genesen. — Der Verf. kann jedoch den Belladonnaklystieren bei eingeklemmten Brüchen kein unbedingtes Lob zollen; sie sind bei Incarcerationserscheinungen jedenfalls des Versuches werth, doch lassen sie uns auch mitunter im Stich, wie ich dieses in einem andern Falle erfuhr, der lethal verlief. Buchheister in Hamburg hat ja dieselbe Erfahrung gemacht.

4. Auf Menschen übertragene Thierkrankheit.

Dem Verf. kamen im Winter 1848 zwei Fälle vor, in denen ein Mädchen beim Melken und ein Knecht bei der Fütterung der Kühe von letzteren, die mit einem Ausschlage behaftet waren, angesteckt wurden. In der Volkssprache wurde dieses Exanthem beim Vieh auf Föhr Kringelwürmer oder Spiwürmer genannt, und entsteht bei demselben am leichtesten, wenn es im Herbst zu lange auf der Weide gewesen und von der Kälte (besonders der Nacht) gelitten hat. Es erscheint zuerst am Halse in der Form kleiner Bläschen auf dunkelbraun gefärbtem kreisrunden Grunde, wobei die Haare ausfallen. Von da verbreitet es sich auf andere Theile. Die Bläschen brechen nach und nach auf, nachdem ihr seröser Inhalt sich getrübt hat, eitrig geworden ist, so dass der kreisrunde Fleck zuletzt mit einer schmutzigen Borke bedeckt ist, nach deren Abnahme eine eiternde Fläche zum Vorschein kommt. Diese trocknet mit der Zeit an, und die Haut lässt dann eine kleienartige Abschuppung blicken. Durch Berührung ist dies Exanthem ansteckend. Der Knecht bekam es zuerst am Gesicht, von wo aus es sich auf den Hals fortpflanzte und ganz in derselben Weise erschien, wie beim Vieh, nur mit dem Unterschiede, dass das Exanthem beim Menschen anfänglich auf hellerem Grunde und mit kleineren Bläschen erscheint, Aehnlichkeit hat mit dem *Herpes circinnatus.* Das eitrige Secret hat einen höchst penetranten Geruch. Später erschien es bei dem Knecht auch an der Hand, beim Mädchen zuerst an letzterer. Von der Hand verbreitete es sich über die ganze Volarseite des Vorderarms, vom Halse auf die Brust. Die Barthaare unter dem Kinn fielen aus und wuchsen dort nicht wieder. Lange nach der Heilung blieb ein rother Fleck zurück. — Die Heilung wurde durch eine Salbe von weissem Präcipitat und Holztränken in einer Zeit von 4 Wochen bewerkstelligt.

Ueber die Exarticulation im Tibio-Tarsalgelenk.

Von

Prof. Dr. Heyfelder in Erlangen.

Die Exarticulation im Schienbeinfussgelenk mit Absägung der Gelenkfläche theilt das Schicksal so manches Neuen, besonders in der Heilwissenschaft. Ueberschätzt auf der einen Seite, unbedingt verworfen auf der andern, tritt sie vor den Richterstuhl der Erfahrung, welche die Grenzen zieht, innerhalb deren sie als eine segensvolle Bereicherung der operativen Chirurgie Platz gewinnen muss.

Die Idee zu dieser Operation ist weder zuerst von Baudens, noch von Syme, sondern 1836 schon von Michael Jäger[1]) ausgesprochen, dem es leider nicht vergönnt sein sollte, sie durch eine Reihe glänzender Erfolge realisirt zu sehen, und wollen wir hier nur an die bekannt gewordenen Fälle von Baudens, Syme, M. Chelius, Günther, Wutzer, Metz, B. Langenbeck, Pitha, Wern-

[1]) Handwörterbuch der Chirurgie und Augenheilkunde, herausg. von Walther, Jäger und Radius. Bd. I. S. 362.

---

der Verdickungsmasse abhängig: es finden sich einige der dünnwandigsten Membranen bräunlich gefärbt und daneben andere minder dünnwandige farblos. Das vorgelegte Präparat ist aus Zuckerrohr dargestellt, dessen Zellen vor der Maceration von der kieselhaltigen Oberhautschicht befreit waren.

Hierauf zeigt Hr. Sanitätsrath Dr. Metsch diagnostische Tabellen, namentlich über die vielartigen Gattungen Rubus (nach der Monographie von Weibe und Nees von Esenbeck) vor und bittet um das Urtheil der versammelten Herren. Derselbe glaubt den Anfängern ein zweckmässiges Mittel in die Hand zu geben, mit einem raschen Ueberblicke die Unterscheidungsmerkmale der einzelnen Arten in's Auge zu fassen.

Hr. Prof. Schulze theilte interessante Notizen über das Verpflanzen der Gewächse mit, sowie über die Bedingungen, von denen das Gelingen desselben abhängig ist.

Hr. Buchhändler Hofmeister legt 17 Decaden der bei ihm erscheinenden Reichenbach'schen Flora germ. vor, enthaltend die Familie der Orchideen. Die Versammlung freut sich der überaus genauen, saubern Abbildungen.

Die vom Hrn. Dr. Lenz übersandten Aufforderungen zur Schonung und Pflege der nützlichen Vögel werden an die Versammelten vertheilt.

Nachdem noch die gestern verheissenen Vorträge der HH. Röse und Dr. Metsch auf die morgende Tagesordnung gesetzt worden, wird die eigentliche Sitzung der botanischen Section geschlossen, um den Vorträgen des Hrn. Dr. Oschatz über Mikroskopie Zeit zu geben.

Dieser sprach über die Wichtigkeit mikroskopischer Museen oder Institute für die Entwickelung aller Zweige der Naturforschung. Er theilte sein Verfahren zur Herstellung mikroskopischer Präparate mit und erbot sich in der nächsten Zusammenkunft praktische Anleitung dazu zu ertheilen. Darauf wurde von ihm die Einrichtung seines Schneideapparates, der bei geeigneten Gegenständen mit Sicherheit Abschnitte von $\frac{1}{400}'''$ gewährt, demonstrirt. Demnächst erläuterte er die Construction eines Sonnenmikroskops zur Herstellung mikroskopischer Photographieen und legte einige Proben von dergleichen Lichtbildern vor. Vom Hrn. Prof. Gerlach wurden darauf ebenfalls mikroskopische Lichtbilder, mit einem zusammengesetzten Mikroskope hergestellt, vorgelegt. Darauf wurden unter drei aufgestellten grössern Mikroskopen (eins von Schieck in Berlin, zwei von Wappenhaus in Berlin) verschiedene Präparate der Sammlung des Hrn. Dr. Oschatz zur Ansicht gebracht.

(Fortsetzung folgt.)

Die chirurgischen Instrumente auf der Gewerbe-Ausstellung aller Völker[1]).

Was die Ausstellung chirurgischer Instrumente im Glaspalast zu London im Ganzen betrifft, so lassen die Franzosen mit ihren ebenso zweckdienlichen als malerischen Arrangements alle andere Nationen weit hinter sich zurück. Mit Vergnügen begiebt man sich in die französischen Abtheilungen, wo alle Gegenstände einfach, übersichtlich, zugänglich und mit geschmackvoller Eleganz geordnet sind, wo mit grösster Bereitwilligkeit die Gegenstände vorgelegt und explicirt werden;

[1]) Wir entnehmen diese Mittheilungen einem vortrefflichen allgemeinen Berichte über die Londoner Gewerbe-Ausstellung. G.

her, Pauli, Julius Paul, Julius Roux, Morel, Blandin, Jobert de Lamballe, Sédillot, Soupart und an unsere eigenen erinnern. Jäger's Idee blieb unbeachtet, weil er sie an einem Orte deponirte, an welchem so manches andere treffliche Saatkorn, von ihm eingegraben, verkümmerte, ohne zu keimen, und weil ihn selbst der Tod übereilte, noch bevor er diesem Gedanken die Bluttaufe geben konnte, welche vor Allem geeignet sein muss, einer Operation Beachtung und Eingang zu verschaffen.

Ging es doch ähnlich mit der Heilung des widernatürlichen Afters durch Beseitigung des Darmvorsprunges, welche Schmalkaldon, daher weder Physik noch Dupuytren angehört, wie unrichtiger Weise lange gewähnt worden! Ebenso gehört die Exarticulation zwischen Tarsal- und Metatarsalknochen nicht Lisfranc, sondern Hey, der sie selbst an einem Lebenden mit Erfolg durchgeführt hatte.

Baudens hat sicher keine Kenntniss von der durch Jäger im Jahre 1836 durch den Druck veröffentlichten Idee gehabt, als er drei Jahre später die Schienbeinfussgelenk-Exarticulation nach seiner Methode an einem Lebenden machte. Auch entspricht die von ihm damals schon befolgte Methode so ganz seinen eigenthümlichen, aber gewiss Berücksichtigung verdienenden Ansichten über die Bildung der Lappen bei Absetzung grösserer und kleinerer Gliedmassen, um einen genügenden Schutz für den Amputationsstumpf zu gewinnen [1] — Ansichten, welche ihn (nach dem Zeugnisse solcher, die ihm näher gestanden) beim Handeln im Felde wie im Frieden, in der Hospital- wie in der Privatpraxis stets geleitet haben, und von ihm unter keinen Verhältnissen verleugnet worden sind.

Anders verhält es sich dagegen mit der Syme'schen Methode. Sie ist, wie schon J. Paul in Breslau [2]) gesagt, ganz so, wie im Jahre 1836 sie durch M. Jäger vorgeschlagen wurde.

Ich bringe hier 6 Fälle von Absetzung des Fusses im Tibio-Tarsalgelenk, wobei ich 2 Mal nach Baudens, 4 Mal dagegen in etwas modificirter Weise nach Syme, oder vielmehr nach Jäger, verfuhr, ich sage in etwas modificirter Weise, weil ich die Ablösung der Weichtheile von den Fusswurzelknochen, nicht von dem Plantarschnitte aus mache, und, nachdem das geschehen ist, zur Exarticulation schreite, sondern weil ich mit der Exarticulation nach Anlegung des Plantarschnittes beginne, und dann erst an die Ablösung der Weichtheile vom Knochen schreite. Ich habe gefunden, dass in dieser Weise es sich leichter operirt, daher man so auch schneller zum Ziele gelangt, was ich schon auf der Naturforscher-Versammlung zu Aachen 1847 ausgesprochen habe.

Keine specielle Vorliebe für die eine oder für die andere Methode, sondern die Beschaffenheit des concreten Falles, namentlich der Zustand der Weichtheile, waren bei der Wahl der Methode bestimmend für mich. Auch die übrigen Methoden für die Fussabsetzung im Schienbeinfussgelenke weise ich nicht unbedingt zurück, sondern ich würde sie adoptiren, sobald ein bestimmter Fall sie vorzugsweise forderte; denn die operative Heilmittellehre verlangt vor Allem das Individualisiren, Umfang und Form der Verletzung und sonstige Verhältnisse nöthigen uns nur zu oft, eine erprobte Operationsmethode gegen eine andere zu vertauschen. Besonders wird der Militärarzt in dem Fall sich sehen, von dem zu abstrahiren, was er aus der Schule mitgebracht, er wird selbst erfinderisch werden müssen.

Jules Roux hat den Syme'schen Plantarlappen zu einem plantaren und innern umgeformt, indem er den ersten Schnitt am äussersten Ende der äussern Seite des *Calcaneus* beginnen lässt, und unter den *Malleolus externus*, über den Rücken des Fusses, $4\frac{1}{2}$ Linien vor dem Tibio-Tarsalgelenke bis einige Linien vor dem innern Knöchel fortführt, während der zweite Schnitt vom Ende des ersten ausgeht und über die *Planta pedis*, etwas schief hinter dem innern Rande gegen den äussern Rand hin verläuft, und also am Anfangspunkte des ersten endigt. Die Exarticulation wird in der Art vollbracht, dass man gleich von der äussern Seite her stark in das Gelenk eindringt, worauf der *Calcaneus* leichter von den ihm fest anhängenden Weich- und Helttheilen gelöst, dabei die *Arteria plantaris int.* und *tibialis postica* geschont werden, — von Wichtigkeit für die Erhaltung und Ernährung des Lappens.

Das Verfahren Morel's [1]) ist wenig verschieden von dem eben beschriebenen, und unterscheidet sich von ihm nur durch die Art der Vereinigung des Rückenschnittes und des Plantarschnittes. Zunächst wird ein Schnitt gemacht, der hinter dem *Malleolus externus*, $2\frac{1}{4}$ Linien vor der Achillessehne beginnt, längs dem äussern Fussrande durch die *Planta pedis* bis zum innern Fussrande verläuft, und 15 Linien vor dem innern Knöchel am *Tendo musc. tibialis antici* endigt. Der zweite Schnitt beginnt eben an dieser Stelle, und indem er mit dem vorigen einen Winkel von 115° bis 120° bildet, geht er quer über den Fussrücken und endigt im Anfangspunkte des ersten. Der Hauptzweck ist hier, die Arterie für den Lappen zu erhalten.

Blandin bildet zwei seitliche Lappen, Jobert de Lamballe, Sédillot, Soupart beschränken sich auf Bildung eines innern Laterallappens.

Baudens [2]) selbst hat später ein neues, von dem früheren sehr verschiedenes Verfahren angegeben, und ich zweifle nicht, dass noch andere Modificationen die Zeit bringen wird.

Somit lassen sich die Methoden für die Abtragung der Fusswurzel mit Resection der beiden Malleolarfortsätze eigentlich auf zwei zurückführen, je nachdem zur Bedeckung des Stumpfes die Weichtheile des

[1]) Baudens, considérations générales sur les amputations des membres considérées au point de vue des méthodes opératoires et des lieux d'élections. In der Gaz. des hôp. 1849. No. 65 u. 73.

[2]) Ueber die Amputation des Fusses. In Günsburg's Zeitschr. I. S. 81.

[1]) Procédé de M. Morel, de Montdidier — thèse de Paris 1848.

[2]) Gaz. des hôpitaux. 1850. No. 15. S. 59.

---

wogegen die englischen Instrumente in hermetisch geschlossenen Kisten ausgestellt sind, und daher nur eine begrenzte Prüfung zulassen.

Auch in der Summe und Neuheit der Instrumente überragt die französische Nationalität alle übrigen, wie es denn überhaupt keinem Zweifel unterliegt, dass die französischen Aussteller dieses Faches die volle Bedeutung des Glaspalastes als zukünftigen absatz- und preisbestimmenden Weltmarktes begriffen haben.

Ausser Frankreich, England und Nordamerika ist von Petersburg nur ein in jeder Hinsicht mittelmässiges Besteck augenärztlicher Instrumente und eine Heine'sche Knochensäge, wie aus Berlin eine Collection von Klystierspritzen eingesandt worden. Da aber auch die Amerikaner nur einen sehr beschränkten Antheil an dem obschwebenden Kampfe genommen haben, so verblieben die Engländer und Franzosen die alleinigen um den Preis streitenden Parteien.

Aus Grossbritannien ist fast jede grosse Stadt vertreten. Frankreich ist ausschliesslich durch die Pariser Manufaktur vertreten, in den Fabrikaten von Charrière, Luër, Mathieu, Cabriol, Burat und der Association der Arbeiter dieses Faches.

Ein sorgfältiger Vergleich der englischen und französischen Instrumente, Bandagen und Maschinen ergiebt im Allgemeinen bei beiden gleichgediegenes Material, vorherrschend gewissenhafte bis in die kleinsten Einzelheiten saubere Arbeit; bei den ersteren plumpe und schwerfällige, bei den letzteren leichte und elegante Form. Diesem Urtheile stimmen selbst, trotz des blinden Nationaleifers, die competenten Engländer bei, behaupten jedoch, dass die englische Bearbeitung und Härtung des Stahles sich vor der französischen merklich auszeichne, und deduciren daraus grössere Dauerhaftigkeit und Brauchbarkeit. Die Behandlung, resp. Härtung des Stahls hat aber längst aufgehört ein ausschliessliches Geheimniss der Engländer zu sein; die französische und deutsche Behandlung hat sogar beziehungsweise Vorzüge, indem sie mit der zu grossen Härte der englischen Instrumente die Sprödigkeit derselben, das Springen der Blätter und das Ausbrechen der Schneiden vorsorglich vermeidet. Den besten Beweis hierfür lieferte Herr Luër von Paris, indem er mit einem dünnbladigen Staarmesser eine dünne Elfenbeinplatte durchschnitt, ohne dass dadurch der Schneidenrand im geringsten gelitten hätte.

Erwägt man ferner, dass sich die französischen Instrumente noch ausserdem durch Neuheit der Erfindung, Einfachheit und Brauchbarkeit der Construction auszeichnen, so kann die Ueberlegenheit der französischen chirurgischen Mechanik nicht beanstandet werden.

Unter den Ausstellern dieses Landes hat Charrière, Rue de l'école de médecine in Paris, nicht nur die grösste Instrumentencollection, die einem Lager gleichkommt, sondern noch auf der Südgallerie ein mit allen Arten von Haltungs-, Directions- und Druckapparaten überdecktes Phantom ausgestellt, und seinen Objecten eine ebenso geschmackvolle als kostbare Staffage gegeben. Er scheint überwiegend die merkantilische Seite im Auge gehabt zu haben. Dringt man in die Einzelnheiten, so trifft man viel Altes, längst Bekanntes und, was hervorgehoben werden muss, nicht wenig Gegenstände, die fahrlässig gearbeitet sind. Charrière ist der Typus des französischen Geschäftsmannes. — Den geraden Gegensatz dazu bildet Luër, 19 Place de l'école de médecine, einfach und bescheiden in seiner Ausstellung wie in seinem Wesen. Es ist hoch erfreulich, dass wir diese sinnig und mit vollkommener Kenntniss des Zweckes angelegten, mit Gewissenhaftigkeit und Gediegenheit ausgeführten Werkzeuge als deutsche Industrie reklamiren können. Luër ist ein geborner Braunschweiger.

Aber auch Charrière hat Erfindungen aufzuweisen, die volle Würdigung verdienen. So ist der Hossard'sche Gürtel von ihm zu einer Vollkommenheit gebracht, die diese Druckmaschine zu dem brauchbarsten und unentbehrlichsten Medium für die Behandlung der Rück-

Fussrückens oder der Fusssohle, in specie des Hackens, benutzt und verwendet werden.

Es unterliegt wohl keiner Frage, dass die Fersenhaut und alle die um die hintere und untere Partie des Calcaneus und Astragalus gelagerten Weichtheile, ihrer Natur und Beschaffenheit nach bestimmt, die Last des Körpers zu tragen, offenbar auch ganz besonders als Bedeckung für den abgesägten Knochen sich eignen, indem sie durch das Auftreten nicht leicht in Entzündung und Verschwärung versetzt werden, was allerdings sehr zu besorgen ist, wenn zur Bedeckung der Amputationsfläche die Weichtheile des Fussrückens verwendet wurden. Indessen lehrt die Erfahrung, dass auch die Fussrückenhaut, wenn sie die Last des Körpers zu tragen hat, nach und nach sich verdickt und callös wird, also ganz die Beschaffenheit der Fersenhaut annimmt, wie dies ja an Klumpfüssigen täglich beobachtet werden kann. Von 7 durch Baudens Operirten konnten 6 nach Jahren recht gut gehen, und die aus den Weichtheilen des Fussrückens gebildeten Bedeckungen hatten, ohne entzündet und in Excoriation versetzt zu werden, recht gut die Last des Körpers tragen können. Auch wollen wir nicht verkennen, dass die Bildung eines kappenförmigen Lappens aus den Weichtheilen der Ferse für das Gelingen der Kur manche Bedenken mit sich bringt. Wie alle nach hinten gebildeten Lappen, so hat dieser in noch höherem Grade durch seine eigene Schwere die Tendenz, nach hinten zurückzusinken, und so die Wundfläche zu verlassen, welche er bedecken und an die er sich anlehnen soll. Es ist dies um so mehr der Fall, als solche Operirte ja doch mehr oder weniger in der Rückenlage sich befinden und nur vorübergehend eine Seitenlage annehmen. Dazu kommt, dass ein solcher kappenförmiger Lappen den Abfluss der Wundsecrete nicht befördern, sondern nur verhindern kann, welche sich hier wie in einer Kloake ansammeln und möglicher Weise selbst eine Perforation herbeiführen.

Hat man aus den Weichtheilen des Fussrückens einen Lappen gewonnen, so sind die eben berührten Missstände nicht zu besorgen, der Abfluss der Wundsecrete ist nicht gehindert, und der Lappen legt sich vermöge seiner eigenen Schwere an die Wundfläche an, wodurch die schnelle Anheilung wesentlich begünstigt werden muss.

Ueberdies bringen die anatomischen Verhältnisse eines aus den weichen Bedeckungen des Fussrückens gebildeten Lappens es schon mit sich, dass er sich eher erhalte und besser eine Vereinigung eingehe, als der aus den Hackentheilen formirte, welcher, wie die Erfahrungen Pitha's, Günther's und zum Theil unsere eigenen zeigen, brandig absterben kann, wodurch eine Bedeckung für den Stumpf verloren geht und selbst eine weitere Amputation nothwendig wird, wie gleich mein erster Fall beweist. Dass übrigens auch ein aus den Weichtheilen des Fussrückens gebildeter Lappen absterben kann, lehrt der 6. Fall.

Die Erhaltung der aus den Fersenweichtheilen gebildeten Bedeckung ist bei dem Mangel an Blutgefässen immer mehr oder weniger problematisch, und eben deshalb modificirten J. Roux, Morel und Andere den Jäger-Syme'schen Schnitt, um wo möglich die Blut zuführenden Gefässe für den Lappen zu conserviren.

So grosse Vorzüge daher der Jäger-Syme'sche Schnitt auch bietet, so können doch die Weichtheile gerade am Hacken von dem Eiter und der Jauche so destruirt sein, dass hier keine schützende Decke für den Stumpf gewonnen werden kann, während mit Hülfe des Baudens'schen Kamaschenschnittes dies leicht zu erreichen ist, der überdies in seiner leichteren und schnelleren Durchführbarkeit einen weiteren Vorzug bietet.

1. *Amputatio in articulo pedis* nach Syme, später *Amputatio cruris.*

Georg Hübschmann, ein Maurer, 22 Jahr alt, von mittlerer Grösse und von kräftigem Körperbau, von gesunden Eltern stammend, obwohl seit frühster Jugend viel von Krankheiten, namentlich von der Lungenentzündung, vom Typhus und vom dreitägigen Wechselfieber heimgesucht, ward am 15. Mai d. J. während der Arbeit durch einen mehrere Centner schweren Stein, und zwar durch dessen Kante auf dem Rücken des linken Fusses getroffen, in Folge dessen die weichen Bedeckungen eine starke Quetschung und zugleich durch einen weitklaffenden, an der Commissur der zweiten und dritten Zehe beginnenden und bis gegen die *Articulatio pedis* sich erstreckenden Riss eine Zusammenhangstrennung erlitten. Nachmittags 2 Uhr wurde der Verletzte mehrere Stunden weit ins hiesige Krankenhaus gebracht. Bei seiner Ankunft war der ganze Fuss und die untere Hälfte des Unterschenkels stark geschwollen, von lividem Aussehen, die Wunde der weichen Bedeckungen stark klaffend, das sich hervordrängende Zellgewebe gezerrt und zerrissen, die Sehnen hervorgeschoben, der dritte Metatarsalknochen aus der Verbindung mit der ersten Phalanx der entsprechenden Zehe gelöst und nach aussen und oben gewichen, zum Theil das *Capitulum phalangis* bedeckend. Der wiederholte Versuch, ihn in seine natürliche Stellung zurückzuführen, und in dieser zu erhalten, führt zu keinem Resultate. Eine genaue Untersuchung, um etwaige Knochenbrüche hier zu constatiren, war wegen der starken Anschwellung der so stark contundirten Weichtheile und bei ihrer grossen Empfindlichkeit für den Augenblick nicht möglich, und es bleibt nur zu bemerken, dass der Verletzte das Fussgelenk, den grossen, den zweiten und den dritten Zehen bewegen konnte, deren Nägel zur Hälfte abgerissen waren. Der Blutverlust gleich nach der Verletzung und während des Transports des Verletzten zum Krankenhause soll ziemlich bedeutend gewesen sein, wofür auch die Beschaffenheit des Pulses sprach, der schwach und langsam gefunden ward. Um einer heftigen Wundentzündung möglichst vorzubeugen und um die gewaltigen Schmerzen, über die der Verletzte klagte, zu mildern, wurde das verletzte Glied bis zur Hälfte der Wade in ein mit eiskaltem Wasser angefülltes Gefäss (nach Baudens) gehalten, welches Verfahren sich auch hier insofern be-

---

gratsverkrümmungen macht. — Zwischen diesen beiden schwebt die Preisentscheidung der Commission. Ich würde mich ohne alle Zögerung für Luër, als den verdienstvolleren, entscheiden.

Nächst diesem verdient die Association chirurgischer Instrumentenmacher die ehrenvollste Erwähnung. Die von dieser ausgestellten chirurgischen Instrumente sind, was schneidende Werkzeuge und ein künstliches Bein anbetrifft, von musterhafter Arbeit. Einzelne Zangenarbeiten waren dagegen nachlässig ausgeführt. Bei dem speciellen Vergleiche werde ich noch Gelegenheit finden, auf die einzelnen Aussteller zurückzukommen.

Obgleich die englische Ausstellung chirurgischer Instrumente im Allgemeinen sehr reichhaltig ist und die verschiedenen Aussteller einen beträchtlichen Flächenraum einnehmen, so trifft man doch auf gar wenig Neuigkeiten. Das einzige neuerfundene Instrument, welches z. B. Weiss, der erste Mann dieses Faches in London, hat aufzubringen vermocht, ist ein Avory'scher Reflector mit Lampe, und hiernach mag man die Leistungen der Uebrigen bemessen. Einzelne Sammlungen, wie die von Simpson, enthalten mehrere ganz colossale und geradezu unbrauchbare Instrumente; andere verrathen sich durch eine auffallend mittelmässige Arbeit. Phillips hat eine in jeder Hinsicht musterhafte Collection von Instrumenten, wenn gleich in bekannter Form, ausgestellt, und würde daher zu der Preisbewerbung sehr wohl befähigt sein, wenn er nicht freiwillig darauf verzichtet und die angetragene Ehre eines Juror für die Preisvertheilung angenommen hätte.

Ich wende mich jetzt den speciellen Vergleichen zu, wo mir bessere Gelegenheit geboten ist, die einzelnen Erfindungen und Verbesserungen zu würdigen.

Instrumente zu allgemein chirurgischen Zwecken.

1. Schneidende Werkzeuge. (Scalpel, Bistouri, Lancette etc.)

Diese Klasse von Instrumenten sind von den französischen Ausstellern mit seltener Vollendung verfertigt; der Schliff und die Politur sind wahrhaft musterhaft und die leichte, gefällige Form derselben den gleichnamigen englischen bei weitem vorzuziehen. Von den Engländern hat nur Ellis von Sheffield den schneidenden Werkzeugen eine annähernde Vollendung gegeben, doch kömmt in Betracht, dass er mehrere Jahre in Pariser Werkstätten beschäftigt gewesen ist.

Die englischen Bistouri's sind theils mit dem Levret'schen Schieber, theils mit einer Rückenfeder versehen, um das geöffnete Blatt festzuhalten; die französischen haben dagegen den Charrière'schen Schluss allgemein eingeführt. Die beste Vorrichtung ist jedoch die erst jüngsthin von Luër angegebene. Die Klinge des Bistouri ist an beiden Rändern ihres Nietendes mit einem Vorsprunge versehen, zwischen welchen jeseitig die Schale passt. Das untere Ende der Schale ist wie die einer Lancette zu öffnen. An der einen Hälfte ist nun ein drehbares, ovales Knöpfchen, an dem andern eine correspondirende Oeffnung angebracht. Will man das Bistouri öffnen, so hat man dem ovalen Knöpfchen die erforderliche Drehung zu geben, biegt alsdann die Schalenblätter von einander, stellt die Klinge und schliesst wiederum die Schale, indem man das Knöpfchen in seiner Längsachse mit der Längsachse der Oeffnung einen rechten Winkel einnehmen lässt. In derselben Weise lässt sich die Klinge einlegen. Die Luër'sche Vorrichtung empfiehlt sich demnach zur Nachahmung ein Mal wegen ihrer Einfachheit, zum Andern wegen der grossen Festigkeit, die sie der Klinge in geöffneter und geschlossener Stellung giebt, endlich aber wegen der grösseren Leichtigkeit, die inneren Flächen der Schalen zu reinigen. Charrière hat einzelnen Lancetten die Einrichtung gegeben, sie von der Schale in grösserer oder geringerer Ausdehnung zu entblössen, um so das Eindringen zu bemessen, was sich aber eben so gut durch die Finger des Operateurs und einfacher reguliren lässt.

währte, als die Schmerzen bald sich minderten, so dass der Verletzte sogar in einen mehrstündigen, ruhigen Schlaf verfiel.

Am 22. Mai traten ungeachtet der bis jetzt fortgesetzten Anwendung der Kälte wieder heftige Schmerzen im ganzen Fusse ein, das blossliegende Zellgewebe und die Fascien waren missfarbig, das Wundsecret dünn und röthlich. Die abgestorbenen Weichtheile wurden daher beseitigt, und der dritte Mittelfussknochen, so weit er aus der Wunde hervorstand, mit Liston's schneidender Zange abgetragen, was dem Kranken keinen Schmerz verursachte.

Am 24. Mai glaubte der Patient die Anwendung des kalten Wassers nicht mehr ertragen zu können, das Wundsecret war braun, übelriechend, jauchig, die weichen Theile des Fusses, besonders aber des Fussrückens bis zum würfel- und kahnförmigen Beine, zeigten überall beginnende Gangrän. Somit war auf Erhaltung des Fusses nicht mehr zu rechnen, und es blieb hier gewissermaassen noch die Wahl zwischen der Amputation *in medio tarsi* nach Chopart und zwischen der Amputation im *Articulo pedis* nach Syme. Die letztere schien hier den Vorzug deshalb zu verdienen, als zu besorgen war, dass in Folge der bedeutenden Quetschung der Fusswurzel der Brand der Weichtheile sich noch weiter ausdehnen und den Erfolg der Chopart-schen Operation vernichtend ein weiteres operatives Eingreifen später nöthig machen könnte. Die *Amputatio in articulo pedis* nach Syme ward daher sogleich noch an diesem Tage vorgenommen, und nur in der Art das Verfahren modificirt, dass ich nach Führung des Schnittes von der Mitte des *Malleolus externus* durch die *Planta pedis* bis auf die Mitte des innern Knöchels, durch einen verbindenden Querschnitt, der über die vordere Partie des Fusses verlief, von vorn nach Lösung der Bänder in und durch das Gelenk ging. Die ganze Operation, selbst die Wegnahme der Gelenkfläche des Unterschenkels mittelst der Säge mit beweglichem Rücken einberechnet, dauerte nicht über zehn Minuten. Der Patient war vor Beginn der Operation durch Chloroform anästhesirt worden. Ausser der *Art. tibialis postica* mussten noch 5 andere Gefässe unterbunden werden, da die Blutung aus ihnen auf andere Weise nicht gestillt werden konnte. Die Unterbindungsfäden wurden kurz abgeschnitten. Die Vereinigung der Wundränder zwischen der erhaltenen Fersenhaut und der Schnittfläche auf dem Rücken geschah durch 8 Knopfnähte, über welche ein Ceratlappen und gekreuzte Longuetten gelegt wurden, die eine entsprechend angelegte Binde fixirt.

Die anatomische Untersuchung des abgenommenen Fusses zeigte das Gelenk zwischen der ersten und zweiten Phalanx der grossen Zehe geöffnet, die betreffenden Bänder zerrissen, die Epiphyse von der ersten Phalanx des grossen Zehen abgelöst, das Gelenk zwischen dessen erster Phalanx und dem Mittelfussknochen offen, die Gelenkkapsel vom ersten keilförmigen Beine und dem ersten Fusswurzelknochen zerrissen, die Verbindung zwischen dem ersten und dem zweiten *Os cuneiforme* getrennt, die Gelenkverbindung zwischen dem zweiten *Os metatarsi* und der Phalanx der zweiten Zehe aufgehoben, diesen Mittelfussknochen in seinem Tarsaldrittel fracturirt, und dessen Gelenkverbindung mit dem zweiten *Os cuneiforme* zerstört.

Alle Weichtheile des abgenommenen Fusses zeigten bis auf die Mitte des Astragalus und des Calcaneus die unzweideutigsten Spuren des Brandes, so dass also dieser Befund es rechtfertigte, wie die *Amputatio in articulo pedis* in diesem Falle unbedingt den Vorzug vor der Amputation zwischen Astragalus und Calcaneus einerseits, und dem *Os naviculare* und dem *Os cuboideum* andererseits verdient hatte.

In der folgenden Nacht hatte der Operirte ein sehr heftiges Wundfieber, verbunden mit grosser psychischen Aufregung und Schmerzen in der Wunde, in Folge dessen vollständige Schlaflosigkeit. Unter der Anwendung kalter Ueberschläge auf den Amputationsstumpf und beim innerlichen Gebrauche einer *Mixtura nitrosa* erfolgte eine merkliche Abnahme des Fiebers und des Schmerzes, so dass die Nacht vom 25. auf den 26. Mai ruhiger verlief.

Am 27. Mai wurden 4 Nähte entfernt und durch Heftpflasterstreifen ersetzt, nirgends eine Spur von Eiterung, und dagegen die Wundränder mit einander vereinigt angetroffen. Die Schmerzen waren verschwunden, der Puls ruhiger, alle Se- und Excretionen im Gange.

Am 28. Mai wurden die übrigen Nähte entfernt und durch Heftpflasterstreifen ersetzt.

Am 29. Mai war der Zustand der Wunde durchaus befriedigend. Keineswegs war das am 30. Mai der Fall, wo die vereinigt gewesenen Wundränder zum grossen Theile sich wieder gelöst hatten und ein dünnflüssiges Wundsecret abfloss.

Am 1. Juni war das Aussehen des Amputationsstumpfes noch übler. Dabei war er der Sitz sehr intensiver Schmerzen, die Wundfläche mit einer missfarbigen Jauche bedeckt und der Lappen bis zur Hälfte missfarbig, schwarz und einen Brandgeruch exhalirend. Alles Abgestorbene wurde entfernt. Gleichzeitig zeigte sich auf der äussern und auf der innern Seite des Unterschenkels, besonders nach hinten zu, ein *Phlegmone diffusum*, und in Folge dessen am Abende bei Erneuerung des Verbandes schon eine ausgebreitete Eiterung, daher dem Eiter durch ergiebige Einschnitte Abfluss verschafft und abermals alles Brandigabgestorbene entfernt wurde.

Am 2. Juni hatte die phlegmonöse Entzündung schon die Hälfte des Unterschenkels eingenommen, der ausserdem der Sitz quälender Schmerzen war.

Am 3. Juni war auf der untern Hälfte des Unterschenkels die Haut von den Weichtheilen, die sie umgab, abgelöst, so dass sie dieselben gewissermaassen wie ein lockeres Futteral umgab, das interstitielle Zellgewebe der Muskeln war hier zerstört und die Muskeln und Sehnen aus ihren Verbindungen gelöst, die früher hinreichend von Weichtheilen bedeckten Knochenstümpfe von diesen entblösst, weit hervorstehend und missfarbig, die Kräfte des Kranken sehr gesunken.

Unter solchen Verhältnissen erschien die Absetzung des Gliedes dringend angezeigt, die an der Grenze des obern und mittlern Drittels

---

II. Durch Druck wirkende Instrumente. (Scheeren, Zangen u. s. w.) Die besseren französischen und englischen Aussteller haben das Gelenk der in diese Abtheilung gehörigen Instrumente an den Rand verlegt, das Griffende zum Druckende verlängert, und dadurch eine beträchtlichere Hebelkraft und bis zur Spitze der Scheeren eine scharfe Trennung erreicht. Von neuen Luer'schen Instrumenten heben wir hervor eine Knochenzange. Sie ist im vergrösserten Maassstabe wie eine gerade, für Schneidezähne bestimmte Zahnzange construirt, deren Kiefer jedoch von rechts nach links und von vorn nach hinten ausgeschliffen sind. Mit den aufeinander passenden Schneiderändern lassen sich ganz leicht Fragmente von kranken Knochenflächen abtragen. Ferner eine in ihren Blättern doppelt gekreuzte, in jeder Entfernung fest stellbare gefensterte Zange zum Fassen weicher Theile; ein treffliches Surrogat der Mereeux'schen Unterbindungs-Pincette für tiefgelegene Arterien-Wunden, der untere Theil kegelförmig, so dass die Schlinge durch blosses Anziehen von selbst auf die Arterie gleitet; eine im Auge zu öffnende Pincette, stumpf und nadelförmig, zur Extraction von Staarfragmenten; eine im Auge zu öffnende Scheere in Nadelform zur Trennung von Adhäsionen und Anlage künstlicher Pupillen; Staarnadel mit Saugpumpe; Augenpincette in stumpfer und Nadelform nach dem Princip von Civiale's Lithotripticon, zur Extraction von Staarfragmenten; wesentliche Verbesserung des Tonsilotoms durch die sägende Beweglichkeit des Sichelmessers und die excentrische Stellung des Ringes; in jedem Winkel stellbarer Zahnperforator mit Anwendung der Archimedischen Schraube.

III. Zum Fassen und Halten dienende Instrumente. (Pincetten etc.) Ausser der Luer'schen Unterbindungs-Pincette und der gefensterten Zange habe ich Neues nicht bemerkt. Das Wesentliche der ersteren besteht in der konischen Form des unteren Drittels. Die Engländer haben diesen Theil gefenstert und die Pincette leichter gemacht. Der Schluss ist nach Fricke.

IV. Sägende Instrumente. Die meisten Aussteller haben die Heine'sche Knochensäge eingeliefert und sie mehr oder weniger elegant ausgestattet; Charrière ausserdem eine vereinfachte Form derselben, bei welcher vier Kammräder eine Scheibensäge in Bewegung setzen. Die letztere ist übrigens ganz in der Form der Heine'schen. Die englischen Chirurgen bedienen sich derartiger complicirter Gegenstände gar nicht, sondern ziehen die Handkettensäge und den Meissel vor. Der Griff an Luer's Kettensäge ist für die Aufnahme und Befestigung eines jeden beliebigen Stückes der Kette eingerichtet, so dass der Operateur durch das Reissen derselben nicht weiter in Verlegenheit kommen kann. Die Association der Instrumentenarbeiter von Paris hat eine Amputationssäge mit zwei vertical auf einander treffenden Blättern, welche Letztere durch einen starkfedernden Griff verbunden sind, eingeliefert; sie soll das Splittern des Knochens verhüten.

V. Spritzen. Ganz gemeine aber gut gearbeitete Klystierspritzen von Berlin. Von Phillipps verbesserte Transfusions-Spritze nach Blundel, ganz in Metall mit graduirtem Trichter als Blutmaass.

(Fortsetzung folgt.)

des Unterschenkels vermittelst des Flageoletschnitts am 4. Juni durchgeführt ward. Es mussten 8 spritzende, zum Theil schwer zu fassende Arterien unterbunden werden, wobei das Instrument von Assalini besonders gute Dienste leistete. Der Operirte erwachte erst nach Anlegung des Verbandes aus dem Chloroformschlafe.

Die anatomische Untersuchung des abgesetzten Gliedes bestätigte die gangränöse Zerstörung des ganzen Hackenlappens und erwies ausserdem das untere Ende der Tibia und der Fibula in einem Umfange von drittehalb Zoll vom Periost entblösst. In noch grösserem Umfange war das subcutane und interstitielle Zellgewebe brandig zerstört, ebenso waren es die Fascien und die Sehnenscheiden, und die Zeichen eines geringeren Entzündungsgrades liessen sich in den Weichtheilen bis über die Hälfte des Unterschenkels verfolgen.

Nach Beendigung der Operation erklärt der Patient, von Schmerzen frei zu sein und hatte auch in der folgenden Nacht einen mehrstündigen ruhigen Schlaf.

In gleicher Weise befand sich der Kranke bis zum 7. Juni, an welchem der Verband erneuert und die Wunde fast überall verklebt gefunden wurde.

Am 10. Juni war die Amputationswunde in ihren zwei unteren Dritteln vollständig vereinigt, im oberen Drittel klaffend und eiternd. Bis zu diesem Tage lösten sich 4 kurz abgeschnittene Ligaturen, die 4 übrigen an den folgenden Tagen.

Am 23. Juni hatte die Wunde, auch selbst die vernarbte Partie, ein erysipelatöses Aussehen, die Zunge war dick belegt, der Geschmack bitter und der Operirte gestand, heimlich einen Diätfehler begangen zu haben, daher er ein Brechmittel erhielt, in Folge dessen er erst unverdaute Nahrungsmittel, sodann viel Galle und Schleim erbrach.

Am 7. Juli war die Wunde geheilt, und der Mann konnte entlassen werden.

2. *Amputatio in articulo pedis* nach Syme.

Thomas Feltbrunn, 32 Jahr alt, Schuhmachergeselle, von Forchheim, früher von keiner erwähnenswerthen Krankheit heimgesucht, erlitt in früheren Jahren mehrere Mal eine Distorsion des linken Fusses. Im Februar l. J. schwoll ihm in Folge einer Erkältung derselbe bedeutend an, wurde schmerzhaft und zum Gehen unfähig, nach 6 Wochen brach er an mehreren Stellen auf, es floss eine jaucheartige Flüssigkeit aus, mit welcher auch kleine Knochenstücke abgingen.

Am 23. Aug. kam er in's Hospital. Die Untersuchung mit der Sonde zeigte das Sprung- und Fersen-, das würfel- und kahnförmige Bein von Caries ergriffen. Der Kranke war abgemagert, fieberte auch gegen Abend etwas, dagegen war seine Verdauung gut und der Stuhlgang geregelt.

Am 26. Aug. wurde die *Amputatio in articulo pedis* unter Chloroform-Anästhesie in der schon beschriebenen Jäger-Syme'schen Weise durch den Assistenzarzt Dr. Oscar Heyfelder vorgenommen, die Gelenkfläche des Unterschenkels abgesägt, die *Art. tibialis post.* allein unterbunden und der Faden kurz abgeschnitten. Die Anheftung der Sohlenkappe an die vordere Wundlefze geschah durch 7 Knopfnähte, auf diese wurde ein gefensterter Ceratlappen, sodann 2 sich kreuzende Longuetten gebracht und das Ganze durch eine leicht angelegte Binde befestigt. Zwei Stunden nach der Operation stellten sich brennende Schmerzen in dem Stumpfe ein, welche unter der Anwendung kalter Ueberschläge verschwanden.

Die erste Erneuerung des Verbandes geschah am 4., die Wegnahme der Nähte am 5. Tage, von wo an die Sohlenkappe durch gekreuzte Heftpflasterstreifen in dem Contact erhalten und dem Gliede stets eine Seitenlage gegeben wurde. Das im Grunde der Sohlenkappe immer in grösserer Menge angesammelte Secret ward durch einen entsprechenden Druck täglich zweimal entfernt und so oft auch der Verband während einer Woche erneuert. Diesem dürfte es mit zuzuschreiben sein, dass der Lappen sich gut anlegte und die Vereinigung gut und schnell zu Stande kam.

3. Totale Resection des rechten Jochbeins und Amputation im Fussgelenk nach Syme.

Friedrich Appold aus Schwabach, elternlos, 12 Jahre alt, sehr skrophulös, wurde am 11. April 1849 wegen Caries des linken Fusses und des rechten Jochbeins in hiesiger Klinik aufgenommen. Die Untersuchung mit der Sonde erwies Caries des Astragalus, des Calcaneus, des *Os cuboideum* und des *Os naviculare*, die Fistelöffnungen waren theils auf dem Rücken des Fusses, theils seitlich, die Weichtheile der Fersengegend gesund. Dass das rechte *Os zygomaticum* ebenfalls von Caries ergriffen war, wurde auch durch eine genaue Untersuchung mit der Sonde durch die über diesen Knochen befindlichen Fistelöffnungen ausser Zweifel gesetzt. Dabei war der Knabe abgemagert, schlecht genährt, seine Hautpflege vernachlässigt. Unter solchen Umständen schien es angemessen, nicht sofort zur Absetzung der von Caries ergriffenen Knochen zu schreiten, sondern zuerst durch entsprechende diätetische und pharmaceutische Mittel den Zustand des Knaben zu verbessern und namentlich der Skrophulosis entgegenzuwirken. Vom 11. April bis zum 25. Juni 1849 erhielt der Kranke täglich ein Salzbad und innerlich 3mal des Tages einen Esslöffel *Ol. jecor. asell.* mit Jodtinctur, als Getränk Eichelkaffe und ein *Decoct. spec. lignorum* mit Sarsaparilla.

Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Knaben wesentlich, die Verdauung wurde gut, die Kräfte hoben sich; so dass ich am 26. Juni weiter nicht anstand, die Resection des rechten Jochbeins in seiner Totalität vorzunehmen.

Da die Weichtheile über dem Jochbeine durch eine umfangreiche Fistelöffnung schon durchbrochen waren, so erschien es am angemessensten, die vollständige Blosslegung des kranken Knochens durch einen Kreuzschnitt zu erzielen, dessen Kreuzung gerade der Mitte des Knochens und der Fistelöffnung entsprach. Die Verbindung mit dem Oberkieferbeine wurde mittelst der durch die *Fissura infraorbitalis* geführten Kettensäge gelöst, die übrigen Verbindungen mittelst Liston's schneidender Zange. Die Operation bot manche Schwierigkeit und ging nicht so leicht von Statten, als man nach den anatomischen Verhältnissen und nach der oberflächlichen Lage dieses Knochens, so wie nach seinen leicht zugänglichen Verbindungen mit den übrigen Kopf- und Gesichtsknochen hätte erwarten sollen.

Die Wundlefzen der Weichtheile wurden nach Abtragung der callösen Fistelpartien durch Knopfnähte vereinigt und ihre Heilung erfolgte unter der Anwendung kalter Ueberschläge innerhalb acht Tagen vollständig.

Am 4. Juli 1849 wurde die *Amputatio pedis sin.* im Gelenke nach Syme gemacht, und zwar in der Art, dass ich zunächst einen Schnitt von der Mitte des *Malleolus externus* über die *Planta pedis* zur Mitte des *Malleolus internus* führte und dann durch einen hier beginnenden und über die vordere Partie des Fusses bis zum äusseren Knöchel fortgesetzten verbindenden Querschnitt, sogleich nach Durchschneidung der Bänder, von vorn in das Gelenk und durch dasselbe ging, und so von hier aus vorzugsweise die Ablösung der zu erhaltenden Weichtheile vom Calcaneus und Astragalus zu Stande brachte, anstatt, wie sonst wohl geschieht, von den Seiten und von unten her die Lostrennung der Fersenhaut zu bewerkstelligen, welches letzte Verfahren mehr Schwierigkeiten bietet.

Nach Wegnahme der Gelenkfläche des Unterschenkels und nach Unterbindung der *Art. tibialis postica* wurde der Wundrand der Fersenhaut mit der Schnittfläche über dem Fussrücken in Verbindung gebracht und durch fünf Knopfnähte darin erhalten, sodann die Wundfläche mit einem Ceratlappen bedeckt und über diesen kalte Ueberschläge gemacht.

Die Heilung erfolgte langsam, der Knabe konnte erst nach 3 Monaten entlassen werden. Beim Gehen trat er mit dem Amputationsstumpfe auf und sein Gang war fest, sobald er eine entsprechende Fussbekleidung angelegt hatte.

Die anatomische Untersuchung zeigte die Fusswurzel- und theilweise auch die Mittelfussknochen von Caries ergriffen.

Sowohl für die Resection des Jochbeins, als auch für die Amputation in *articulo pedis*, war der Knabe in Chloroformanästhesie versetzt und darin während der Dauer beider Operationen erhalten worden.

Am 10. Juli 1851, also 2 Jahre nach vollführter Operation, hatte ich Gelegenheit, den Knaben wieder zu sehen, und ihn in der Klinik, sowie auch mehreren Collegen, u. A. Hrn. Dr. Middeldorpf aus Breslau, vorzuführen.

Was zunächst die rechte Gesichtshälfte anbetrifft, so war diese der linken gegenüber insofern etwas entstellt, als an der Stelle, wo die Schnitte sich gekreuzt, die Narbe eingesunken und durch Retraction der benachbarten Weichtheile ein leichter Grad von Ectropion, im äussern Augenwinkel besonders ausgesprochen, entstanden war.

Der Knabe, welcher noch ein Jahr nach seiner Entlassung den Stockfischleberthran fortgebraucht, war merklich grösser geworden, gesund aussehend und hatte auch an Embonpoint gewonnen.

Der amputirte Fuss war um $3^1/_4$ Zoll kürzer, als der gesunde, die Muskulatur an dem erstern schlaff, an dem andern gesund und kräftig. Der Knabe trat zwar auch beim Gehen mit dem Amputationsstumpf auf den Boden, aber um gehen zu können, war eine besondere Einrichtung für die Fussbedeckung erforderlich, um so die $3^1/_4$ Zoll betragende Ungleichheit zum andern Unterschenkel auszugleichen. Während die übrigen Körpertheile des Knaben innerhalb der verflossenen 2 Jahre sich mehr entwickelten und sichtlich zunahmen, war das operirte Glied dieser Entwickelung nicht theilhaftig geworden, ein Umstand, welcher von den Chirurgen beachtet zu werden verdient, wo es sich von der Uebernahme dieser Operation bei Individuen handelt, die noch in der Entwickelung und im Wachsthum begriffen sind.

Dass auch die Muskulatur des linken Unterschenkels gegenüber der des rechten sich nicht gleichmässig entwickelte, sondern eher zurückgegangen war, kann in sofern auffallen, als der Knabe innerhalb der verflossenen Jahre dieses Glied so viel als das andere gebraucht, und ein Handwerk gewählt hatte, das ihn nöthigte, stets auf den Beinen zu sein.

Somit drängt sich die Frage auf, ob in der Folge nicht dieses Glied zum Gehen noch untauglich werden könnte, dadurch nämlich, dass die Muskulatur desselben in einen noch höheren Grad der Atrophie verfiele.

Die an diesem Knaben gleichzeitig nothwendige totale Resection des rechten Jochbeins wird das Interesse des Lesers nicht minder, als die Amputation im Fussgelenke, ansprechen, um so mehr, als erst wenige Beispiele von totaler Resection des *Os zygomaticum* für sich allein, ohne gleichzeitige Entfernung anderer Gesichtsknochen, bekannt geworden sind. Ausser den durch Dieffenbach (Hamburg. Zeitschr. f. d. g. Med. Bd. VII. S. 149.) und Blasius (Beiträge zur plast. Chir. 1848. S. 13—15.) veröffentlichten Fällen dürfte nur der vorliegende noch zur Kenntniss des ärztlichen Publikums gebracht sein.

Die Vorrichtung, die der Knabe sich selbst als Bekleidung für den Amputationsstumpf ersonnen hat, besteht in einem steifen ledernen, stiefelartigen, unten ebenfalls offenen Futteral, in dessen untere Oeffnung ein mit Rosshaaren und Leinwand ausgepolsterter, einem hohen Absatz ähnlich zugestutzter Zapfen geschoben wird, welchen er durch einen längeren ersetzt, sobald der im Gebrauche nicht mehr vollständig entspricht.

4. Amputation im Fussgelenke nach Syme.

Kunigunde Sehardt aus Michelau, 25 Jahre alt, verheirathet, von gesunder, aber gracieler Körperbildung, in ihrem 10. Jahre von einer Brustentzündung heimgesucht, in ihrem 16. Jahre zum erstenmale menstruirt, im 19. zum erstenmale schwanger und am Ende der 40. Woche von einem kräftigen Knaben ohne Kunsthülfe entbunden, genas vor 3 Jahren zum zweitenmale von einem kräftigen Kinde, welches sie, wie das erste, mehrere Monate lang säugte. Acht Wochen nach der letzten Niederkunft bekam sie, ohne einer besondern Veranlassung sich erinnern zu können, stechende Schmerzen im Fussgelenke, verbunden mit Anschwellung der weichen Theile. Bei einem ruhigen Verhalten liessen Schmerz und Geschwulst nach, im entgegengesetzten Falle nahmen diese Erscheinungen zu. So verfloss ungefähr ein Vierteljahr, da bemerkte man Fluctuation unter dem äussern Knöchel, es ward ein Einstich mit der Lancette gemacht und hierdurch eine nicht unbedeutende Menge Eiter entleert. Später bildete sich auch am innern Knöchel eine fluctuirende Geschwulst, die von selbst zum Aufbruch kam und viel Eiter entleerte. Nach und nach entstanden noch mehrere andere Oeffnungen auf dem Fussrücken, aus welchen nicht allein Eiter, sondern auch Knochenstücke zum Vorschein kamen. Endlich konnte sie nicht mehr mit dem Fusse auftreten, die Kräfte sanken, es erfolgte Abmagerung, und das bestimmte die Frau, Hülfe im hiesigen Klinikum zu suchen.

Die Untersuchung zeigte auf dem Fussrücken in der Nähe des Tibio-Tarsalgelenks drei Oeffnungen, eine vierte an der Fusssohle, zwei andere seitliche an den unteren Rändern des äussern und innern Knöchels; aus allen floss eine dünne jauchige Flüssigkeit, welche die äussere Haut in der Nähe der Fistelöffnungen corrodirt hatte. Die Fusswurzel war etwas geschwollen, und jeder Versuch, zu gehen oder zu stehen, verursachte empfindliche Schmerzen. Die Exploration mit der Sonde zeigte eine ausgebreitete Caries des kahnförmigen Beines, des *Os cuboideum*, des Calcaneus und des Astragalus. Bei so ausgebreitetem Knochenfrasse konnte nur die Absetzung der ganzen Fusswurzel Hülfe bringen. Diese wurde am 27. Juni 1849 nach Syme unter der angegebenen Modification gemacht, nachdem die Kranke durch Chloroform-Inhalationen anästhesirt worden war.

Die Beschaffenheit der weichen Theile begünstigte die Bildung des Lappens aus der abgelösten Fersenhaut, der Blutverlust war nicht bedeutend, unterbunden wurden die *Arteriae tibialis postica et antica*.

Nach Absägung des Gelenkendes von der Tibia und der Fibula wurde der Lappen mit dem vordern Wundrande durch fünf Knopfnähte vereinigt, das Glied auf ein Spreukissen gelegt, die Wundfläche mit einem Ceratlappen bedeckt und dann mit kaltem Wasser fomentirt.

Bei Erneuerung des Verbandes am 4. Tage fand sich die Wunde überall vereinigt, und nur die Stelle war es nicht, über welche die Unterbindungsfäden nach aussen geführt waren, die nach 10 Tagen sich lösten. Nach 4 Tagen war die Operirte vollständig genesen, so dass sie, ohne Schmerzen zu empfinden, auf dem Stumpfe stehen und gehen und in die Heimath entlassen werden konnte.

Die anatomische Untersuchung des abgesetzten Gliedes zeigte Caries sämmtlicher Fusswurzelknochen. Ganz besonders ergriffen waren das *Os naviculare* und das *Os cuneiforme primum*. Auch der erste Metatarsalknochen war in hohem Grade von der Caries mitgenommen; die übrigen Mittelfussknochen waren aufgelockert und an ihrer Oberfläche mit Epiphyten bedeckt. Selbst die abgesetzte Gelenkfläche der Tibia und Fibula zeigten beginnende Caries.

Im December 1850, also über 16 Monate nach dem Austritt aus dem Krankenhause, zeigte sie sich bei mir, um eine ihr früher versprochene Fussbekleidung in Empfang zu nehmen. Bis dahin hatte sie gewöhnlich den Stumpf mit linnenen Lappen und mit Leder umwickelt gehabt, und auf diese Weise ohne Beschwerde selbst grössere Strecken (von mehreren Stunden) zu Fuss zurücklegen können. Dabei war ihr Gang sicher und eigentlich nichts Abnormes zeigend, die Wade des operirten Gliedes nur etwas weniger kräftig als die andere. Sie erhielt jetzt einen Schnürstiefel mit erhöhtem Absatze, dessen Boden mit Rosshaar gepolstert war. Nachdem dieser angelegt, war ihr Gang noch freier und sicherer, und sie versicherte, beim Gehen keinen Druck im Stumpfe zu spüren. Dieser war frei von aller Reizung, ebenso die Narbe weder irritirt noch erodirt.

Anfangs Juli, also über 2 Jahre nach überstandener Operation, kam sie wieder in die Klinik. Seit dem März dieses Jahres hatte sie Schmerzen im Amputationsstumpfe gehabt, und der früher geregelte Monatsfluss war sparsam geworden und jedesmal von einer fieberhaften Aufregung begleitet gewesen. Im April d. J. entstand bei einer fieberhaften Irritation und unter Schmerzen auf der Mitte der Tibia ein livider Fleck, es erfolgte hier ein Aufbruch und es entleerte sich nun auf dieser Stelle schwarzes, stinkendes Blut während mehrerer Tage. Diess war genau zu der Zeit, wo sie dem Eintritte des Monatsflusses entgegengesehen. Vorn auf der Tibia des amputirten Gliedes bildete sich nun ein missfarbiges livides Geschwür mit aufgeworfenen Rändern, wenig Jauche absondernd. Im Mai, gerade nach 4 Wochen, also wieder dem Eintritt der Menses entsprechend, wurde das Geschwür und dessen Umgebung empfindlich und turgescirend, und es erfolgte abermals ein viertägiger Blutabgang, der zuletzt serös ward, während aus den Genitalien dieses Mal keine Spur eines Blutausflusses wahrgenommen wurde. Im Mai brach die Amputationsnarbe an zwei Stellen auf und es entleerte sich hier etwas eiterartige Flüssigkeit.

Trotz dem stand die Frau ihren häuslichen Geschäften vor, und legte nicht unbedeutende Strecken Weges zu Fuss zurück, fühlte sich aber mehr davon angegriffen. Im Mai und Juni hatte sie, immer in vierwöchentlichen Zwischenräumen, Blutabgang aus dem Geschwür auf der Tibia, und immer war er von den erwähnten Erscheinungen begleitet gewesen. Dabei glaubte sie eine merkliche Abnahme ihrer Kräfte wahrzunehmen, und dies bestimmte sie, im Juli d. J. hier wieder Hülfe anzusprechen.

Ihr Aussehen war nicht mehr so gut, wie früher, das Geschwür auf der linken Tibia von $1\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser mehr rund als länglich, der Grund missfarbig violett, die Ränder ungleich und im Umfang von einem halben Zoll minirt.

Bald nach ihrem Eintritt in's Hospital erfolgte die stinkende blutige Entleerung aus dem Geschwüre, dieses Mal ohne fieberhafte Aufregung und von keinem Blutabgange aus den Genitalien begleitet. Die Untersuchung der Oeffnungen in der Narbe liess eine entblösste Knochenpartie nicht deutlich erkennen. Verordnet wurden allgemeine Bäder mit Salz einen Tag um den andern, Injectionen von Sublimatauflösung in die aufgebrochenen Stellen der Narbe, innerlich eine Mischung von ℈j Jodtinctur mit ℥j Stockfischleberthran, welche Dosis nach 3 Wochen verdoppelt wurde. Gegen die Zeit, welche dem Eintritte des Monatsflusses entsprach, wurden Schröpfköpfe auf die innere Seite der beiden Oberschenkel gesetzt. Es erfolgte im August kein Blutabgang aus dem Geschwür, wohl aber zeigten sich *Molimina menstrualia*.

Indess die Frau bei dieser Behandlung ein besseres Aussehen gewann, spaltete ich die Geschwürsränder, soweit dieselben minirt waren, zum Theil selbst sie mit der Scheere abtragend, nächstdem sie mit Bleiwasser fomentirend. Auf solche Weise war das Geschwür bis zum 1. Septbr. beinahe völlig zur Heilung gebracht und dabei der Amputationsstumpf so wenig empfindlich, dass die Frau jetzt die bis hierher unausgesetzte horizontale Lage verlassen und ohne Nachtheil herumgehen konnte.

5. Exstirpation des *Os cuboideum* und partielle Resection des Fersenbeins, später Amputation im Fussgelenk nach Baudens.

Frau Zöberlein, 34 Jahre alt, in glücklichen Verhältnissen lebend, bekam im Jahre 1844 nach einem Wochenbett Periostitis auf dem linken Fussrücken, welche, vernachlässigt und zweckwidrig behandelt, Caries des würfelförmigen Beines und des Fersenbeines nach sich zog. Die nicht sehr kräftige Frau war dem Anscheine nach von jeder Dyscrasie frei und bisher von keiner besondern Krankheit heimgesucht gewesen. Sie wurde von Neuem schwanger und in dieser Schwanger-

schaft häufig von Schmerzen in dem kranken Fusse heimgesucht. Nach glücklich überstandenem Wochenbette unterzog sie sich (im November 1847) der Resection des *Os cuboideum* und der kranken Partie des Fersenbeins. Nach einer dreimonatlichen Behandlung kehrte sie in ihre Familie zurück. Die auf dem Fussrücken in dieser Form ├ angelegten Wunden waren, mit Ausnahme einer kleinen Stelle vom Umfang einer Erbse, vollkommen geschlossen, an welcher Stelle die Sonde 4 Linien tief eindrang, ohne eine blossliegende Knochenpartie zu berühren. Der in geringer Quantität ausfliessende Eiter war von guter Beschaffenheit, aber auftreten konnte die Frau mit diesem Fusse nicht, indem sie dabei das Gefühl hatte, als breche er unter der Last des Körpers zusammen. Dieser Zustand änderte sich bei einem längeren Aufenthalte auf dem Lande in einer gesunden Bergluft nicht, wo überdies warme Malzüberschläge und Bäder gebraucht wurden.

Ohne eine besondere Veranlassung entzündete sich der Fuss im October 1848 von Neuem, eine bedeutende Geschwulst nahm die ganze Fusswurzel ein, welche der Sitz heftiger Schmerzen und einer profusen Eiterung wurde. Es entstanden mehrere Fistelöffnungen, besonders an der Ferse und unter den Knöcheln, und die Untersuchung mit der Sonde liess eine umfangreiche cariöse Zerstörung in den Tarsalknochen entdecken. Die jetzt schon angerathene *Amputatio in articulo pedis* ward von der Kranken zurückgewiesen, die während der nächsten 8 Monate ohne reelle ärztliche Behandlung blieb. Endlich bestimmte sie doch das täglich mehr hervortretende Uebel, die Zunahme des Schmerzes und die Abnahme der Kräfte, in die Operation zu willigen.

Die durch Fisteln minirten Weichtheile gestatteten nicht, nach Syme zu operiren, und nöthigten sogar, den von Baudens angegebenen Kamaschenschnitt in der Art zu modificiren, dass der äussere Schnitt nicht über den äussern Rand, sondern über die Dorsalfläche des Fusses geführt ward. Nach Ablösung des Lappens dicht an dem Fusswurzelknochen, nach vollbrachter Exarticulation und Absägung der Gelenkfläche des Unterschenkels, welche ebenfalls von Caries ergriffen war, wurden 4 spritzende Arterien unterbunden und 7 Knopfnähte angelegt, um mit Hülfe ihrer und einiger Heftpflasterstreifen den Lappen mit dem hintern Wundrande in möglichst genauer Vereinigung zu erhalten. Der noch ausserdem mit einem Ceratlappen und zwei sich kreuzenden Longuetten bedeckte Stumpf ward auf einem Spreukissen kalt fomentirt. Am Abend stellten sich heftige Schmerzen in der Operationswunde ein, welche erst nach der Anwendung von Chloroform-Inhalationen verschwanden.

Bei der ersten Erneuerung des Verbandes (1. Juli 1849) ward fast überall Vereinigung angetroffen. Am 3. Juli blutete die Operirte aus der Nase, und in der nächsten Nacht stellte unter heftigen Moliminibus der Monatsfluss sich ein, der dieses Mal nur 24 Stunden anhielt, während er sonst eine dreimal so lange Dauer zu haben pflegte. Am 5. Juli, also fast in dem Augenblick, wo die Menses zu fliessen aufhörten, fühlte die Operirte anfangs prickelnde, späterhin reissende und zuletzt klopfende Schmerzen im Stumpfe, dessen Verbandstücke nach 2 Stunden von Blut durchdrungen waren. Nach Wegnahme der Verbandstücke sah man dünnes hellrothes Blut aus der noch nicht geheilten Stelle neben den Ligaturen tropfenweise abfliessen. Man machte Ueberschläge aus kaltem Wasser, später aus Bleiwasser, worauf der Blutabgang und die Schmerzen aufhörten. Später wurde ermittelt, dass auch vor der Amputation die Patientin fast bei jedem Monatsflusse Blut durch die Fistelöffnungen am Fusse verloren hatte.

Am 8. und 12. Juli lösten sich die Unterbindungsfäden, und 20 Tage später war vollständige Vernarbung eingetreten.

Anfang August's blieb der Monatsfluss aus, und schon wähnte sie sich schwanger. Dabei hütete sie fast ununterbrochen das Lager, nur hin und wieder mit Hülfe eines Stockes wenige Schritte im Zimmer gehend, die ihr keine besondere Unbequemlichkeit oder Schmerzen verursachten.

Im September stellten sich wieder klopfende Schmerzen im Stumpfe ein, der heiss und roth wurde und anschwoll, besonders bekam die Narbe an einer Stelle ein ödematöses und violettes Ansehen. Endlich erfolgte hier ein Aufbruch und ein mehrtägiger Blutabfluss. Dasselbe wiederholte sich regelmässig alle 4 Wochen, indess auf natürlichem Wege die Menses sich nicht mehr einstellten. Auch bildete sich an dem Stumpfe ein ziemlich umfangreiches Geschwür aus, welches ganz die charakteristische Beschaffenheit eines Menstrualgeschwürs erhielt.

Die nächste Zeit brachte manches Trübsal über die Familie und das Haus dieser Frau. Vor Allem wurde sie durch den plötzlichen Tod ihres Mannes niedergedrückt. Es bildete sich Lungentuberkulose aus, welcher sie 19 Monate nach der überstandenen Amputation erlag.

6. Amputation in *Articulo pedis* nach Baudens.

Frau Dörr, 57 Jahre alt, schwach und kachektisch, früher viel von Krankheiten, namentlich auch von Abscessbildungen an der hintern Körperpartie heimgesucht, 10 Mal im Wochenbette, bekam vor 3 Jahren reissende Schmerzen in der rechten Ferse, die anhielten und auch da nicht nachliessen, als der angeschwollene Fuss endlich an mehreren Stellen aufbrach, in Folge dessen sich ein jauchiger Eiter entleerte und auch Knochenstücke abgingen.

Bei ihrer Aufnahme im Hospitale am 21. Juni 1849 ergab die Untersuchung mit der Sonde eine ausgebreitete Caries des Fersenbeins. Mit Hülfe einer *Incisio probatoria* konnte man sich überzeugen, dass die Caries sich nicht auf das Fersenbein allein beschränkte, sondern dass auch der Astragalus ergriffen war.

Somit war die *Amputatio in articulo pedis* hinreichend indicirt, welche ich, in Berücksichtigung der kranken Beschaffenheit der Weichtheile nach hinten und unten, nicht nach Syme, sondern nach Baudens durchzuführen mich veranlasst sah.

Nach Abtragung der Gelenkschichten von dem Unterschenkelknochen und nach Unterbindung einer spritzenden Arterie wurde der hinreichend grosse Hautlappen nach hinten gelegt und hier durch mehrere Nähte angeheftet, sodann mit einem Ceratlappen bedeckt, und 3 Tage lang die örtliche Anwendung der Kälte angeordnet.

Die ersten 5 Tage befand sich die Operirte in einem leidlichen Zustande und die Wunde hatte ein gutes Aussehen; dann stellte sich ein heftiger Schüttelfrost ein, 3 Tage später war eine Eitergeschwulst von 2 Zoll im Durchmesser in der rechten Leistengegend; ein Einstich in dieselbe entleerte 4 Unzen missfarbigen Eiters, doch schloss sich diese Abscesshöhle binnen einer Woche. Unterdessen wurde auch der Amputationslappen missfarbig und starb zum Drittheil gangränös ab. Nachdem dies geschehen, gewann die ganze Wunde ein besseres Aussehen.

Am 20. und 21. Juni, also am 16. und 17. Tage nach der Amputation, traten neue Schüttelfröste ein; am 24. Juni wurde ein umfangreicher Abscess in der Kreuzbeingegend entdeckt und am folgenden Tage geöffnet. Ungeachtet einer sorgsamen Pflege und einer entsprechenden äusserlichen und innerlichen diätetischen und therapeutischen Behandlung gewann die Eiterhöhle an Umfang, sich eben so sehr in die Tiefe ausdehnend und selbst die benachbarten Knochen nicht verschonend. Am 10. Juli trat colliquative Diarrhöe ein, welche die Kräfte der Kranken sehr herunterstimmte und durch die Anwendung der Columbowurzel und des Mohnsaftes gemässigt, aber nicht sistirt werden konnte.

Später folgte Oedem der unteren Extremitäten und Ascites, dabei war die Urinsecretion nicht aufgehoben, der Harn frei von Eiweiss. Die Amputationswunde hatte dabei kein übles Aussehen, ja sie war am 1. August beinahe geheilt, an welchem Tage die Frau, von Heimweh getrieben, das Hospital verliess, um in die Heimath zurückzukehren, in welcher sie nach einigen Wochen starb.

Diese 6 Fälle sprechen im Ganzen gewiss zu Gunsten der *Amputatio in articulo pedis* mit Resection der beiden Malleolarfortsätze, namentlich nach der Jäger-Syme'schen Methode, so dass die bezüglich dieser von mir zu Anfang der Abhandlung erhobenen Bedenken, unter Hinblick auf das Verhältniss der günstigen Erfolge, einigermaassen in den Hintergrund treten.

In dem ersten Falle löste sich der Lappen, welcher sich anfangs entsprechend angelegt zu haben schien, am 6. Tage wieder ab, und es erfolgte ein brandiges Absterben, das ich sehr geneigt bin, der Art der hier stattgehabten Verletzung beizumessen. Denn der mehrere Centner schwere Stein, welcher auf den Fussrücken dieses an sich kräftigen jungen Mannes gefallen war, musste nothwendig alle weichen Theile in einem Grade contundirt und dadurch auch die Lebensthätigkeit derselben, besonders der Haut, bedeutend herabgestimmt haben, in Folge dessen eine grosse Disposition zu weit um sich greifender brandiger Entzündung gegeben war. Mithin ist das Absterben der Sohlenkappe in diesem Falle nicht der Operationsmethode anzurechnen.

Der zweite Fall fiel gewiss so günstig, als nur immer möglich, aus.

Der dritte Fall bietet zu manchen Bemerkungen hinreichenden Stoff. Einmal wird man nicht leicht sich genöthigt sehen, an einem durch Skrophelsucht heimgesuchten Individuum zwei so bedeutende Operationen rasch nach einander vorzunehmen, welche glücklicher Weise beide ein günstiges Resultat gaben, und auf das spätere Gedeihen des Knaben nicht ohne Einfluss gewesen sein dürften.

Eine besondere Beachtung verdient indessen unstreitig das Stehenbleiben, wenn nicht sogar das Zurückgehen der Entwickelung des Gliedes, an dem die Operation gemacht worden war, gegenüber dem andern, daher hier die Frage sich aufdrängt, ob die *Amputatio in articulo pedis*, in Erwägung einer solchen mangelnden oder rückschreitenden Entwickelung, nicht entsprechender durch eine *Amputatio cruris* ersetzt würde. Eine bestimmte Antwort wird erst dann gegeben werden können, wenn dieser Knabe vollständig ausgewachsen ist, und wenn eine grössere Zahl ähnlicher Fälle uns vorliegt.

Der vierte Fall bietet das Interessante, dass die Nähte der Narbe

der Boden eines im Ganzen nicht häufigen, hier alle charakteristischen Merkmale an sich tragenden Menstrualgeschwürs wurden, welches erst heilte, nachdem der Monatsfluss seinen geregelten Gang wieder gewonnen hatte.

Die zwei letzten Fälle sprechen nicht zu Gunsten der Amputation im Schienbeinfussgelenk. Wo indessen der Organismus so in allen Fugen erschüttert ist, wie es hier der Fall war, da darf man von keiner Operation grosses Heil hoffen.

In den meisten Fällen wird man nur eine Arterie zu unterbinden haben, nämlich die *Tibialis postica*, indem die anderen spritzenden Gefässe in der Regel durch Druck zum Schliessen ihrer Oeffnungen gebracht werden.

Nach erfolgter Vernarbung ist zunächst für eine angemessene, den Stumpf möglichst wenig drückende Bekleidung, und dann besonders auch dafür zu sorgen, dass der Operirte anfangs nicht zu viel gehe und stehe.

In erster Beziehung rühmt Baudens einen Appareil prothetique von Charrière, der ungefähr 9 Gulden koste. J. Paul (l. c. S. 84) empfiehlt einen mit Kaoutschuk überzogenen Korkschuh, der ohne Zweifel billiger zu stehen kommt. Ein gewöhnlicher, mit genügend hohem Absatze versehener Schnürstiefel, dessen Fuss mit Pantoffelholz ausgefüllt, wobei die den Stumpf aufnehmende Hackenpartie mit Rosshaaren gepolstert ist, hat mir bisher die erwarteten Dienste zu leisten geschienen. So viel ich weiss, hat Textor sich in ähnlicher Weise zu helfen gesucht. Ein künstlicher Fuss, der nicht fortwährende Reparaturen fordert, nicht drückt und nicht zu schwer ist, darf als ein Desiderium bezeichnet werden.

Miscellen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Reg.-Arzte Dr. Hasse vom 3. Kürassier-Reg. der Rothe Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife; dem Kreisphysikus Dr. v. Velsen in Kleve, sowie dem Kreisphysikus Dr. Canetta in Köln der Rothe Adler-Orden 4. Kl. und dem Unterarzte Basse vom 28. Inf.-Reg. das Allgemeine Ehrenzeichen.

Sachsen-Weimar. Dem Amtsphysikus Med.-Rath Dr. Fitzler zu Ilmenau das Ritterkreuz 2. Kl. des grossh. Falken-Ordens.

Personalveränderungen. Oesterreich. Versetzt: DD. Unger, Reg.-Arzt bei Deutschmeister Inf.; Bock im Wiener Garnisonspital zur Genie-Akademie. Ernannt: Dr. Pfrang, provisor. Polizeibezirksarzt in Brünn, zum Physikus bei der k. k. Spielberger Strafanstalt; DD. Buberl, Reg.-Arzt bei König von Preussen Husaren, zum Garnis.-Arzt in Czernowitz, Handmann, Oberarzt des 2. Feld-Art.-Reg., zum Reg.-Arzt an dessen Stelle; Dr. Augmann, provisor. Oberarzt bei Baron Welden Inf., zum wirklichen 2. Kl.

Preussen. Angestellt: Der Wundarzt 1. Klasse Mroczeck als Kreiswundarzt für den Kreis Sensburg, mit Anweisung seines Wohnsitzes in Nicolaiken; der prakt. Arzt, Operateur und Geburtshelfer Dr. Wald als Physikus des Kreises Berent; der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Carp als Kreiswundarzt des Kreises Rees; die prakt. Aerzte DD. Gerlach als Kreisphysikus in Paderborn, Wolff als solcher in Grünberg. Niederlassungen: Der prakt. Arzt Dr. Wagner hat sich in Luckau, der prakt. Arzt Dr. Huperz in Honnef, der Wundarzt 1. Kl. und Geburtshelfer Könnemann in Obornick niedergelassen. Der prakt. Arzt Dr. Stoll ist von Godesberg nach Bonn und der Wundarzt 1. Kl. und Geburtshelfer Messerschmidt von Wusterhusen nach Gützkow gezogen.

Todesfall. Preussen. Kreisphysikus Dr. Thomée zu Altena.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [*]).

13. Staatsarzneikunde.

(Fortsetzung aus No. 23.)

Acton, Ueber die Prostitution in Bezug auf öffentliche Gesundheitspflege. Ann. d'Hyg., Juli.

Aubanel, Gerichtlich-medicinische Beobachtungen über den Geisteszustand eines Officiers. Ann. méd.-psych., Juli.

Beer, Einleitung in das Studium und die Praxis der gerichtlichen Medicin. Wien, 1851.

Behrend, Ueber die in Kopenhagen zur Ueberwachung der Prostitution und zur Abwehr ihrer üblen Folgen eingeführten Maassregeln, mit einigen auf Berlin bezüglichen Maassregeln. Henke's Zeitschr. XLII. Erg.-Heft.

Bierbaum, Die Sanitätspolizei der Hundswuth. Ibid.

Boudin, Ueber Beleuchtung. Ann. d'Hyg., Juli.

— Ueber Pflaster, Macadamisirung und das Trocknen. Ibid., April.

Bordelle und neue Stadtphysiker in Berlin. Deutsche Klinik 28.

Brierre de Boismont, Ueber die letzten Empfindungen der Selbstmörder. Ann. méd.-psychol., Juli.

Büchner, Ideen über meteorologisch-medicinische Beobachtungen und deren Nutzen für die gerichtliche Medicin. Henke's Zeitschr. III.

de Castelnau-Boileau, Ueber plötzlich eintretenden Wahnsinn vom gerichtlich-medicinischen Standpunkte aus. Ann. d'Hyg., April.

Deane, Unvorsätzlicher Todtschlag durch einen Faustschlag auf den Kopf, der eine Fractur der innern Knochentafel des Schädels setzte. Prov. Journ., März.

Donders, Zweifelhafter Kindermord. Nederl. Lancet, April.

Dufour, Histoire de la prostitution chez tous les peuples du monde depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nos jours. Edition illustrée par 20 belles gravures sur acier, exécutées par les artistes les plus éminents. Paris, 1851. 1e Livrais.

Eitner, Ueber die Anwendung der beiden Paragraphen des allgemeinen Landrechts, bezüglich der gerichtsärztlichen Untersuchung Irrer. Pr. Vereins-Ztg. 37.

Friedreich, Blätter für gerichtliche Anthropologie. II. 3.

— Handbuch der Gesundheitspolizei der Speisen, Getränke und der zu ihrer Bereitung gebräuchlichen Ingredienzen. Nebst einem Anhange über die Geschirre. 2. Ausgabe. Ansbach, 1851.

Fueter, Die Baupolizei der Stadt Bern in ihren Beziehungen zur Gesundheitspflege. Schweiz. Zeitschr. I.

Glatter, Etwas über Prostitutionswesen. Ungar. Zeitschr. II. 4.

— Ueber Leichenobductionen. Ibid. II. 1.

Guy, Ueber öffentliche Gesundheitspflege. Med. Times, Febr.

Haller, Kritik über Ritter Appert's Werk: „Die Gefängnisse, Spitäler, Civil- und Militäranstalten in Oesterreich, Baiern, Preussen, Sachsen und Belgien.“ Wiener Zeitschr., Juli.

Henke, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 12. Ausgabe, mit Nachträgen von C. Bergmann. Berlin, 1851.

Innhauser, Ueber Cigarrenfabrication in ihrer Beziehung zur Gesundheit der dabei beschäftigten Arbeiterinnen. Wiener Zeitschr., Mai.

Joire, Ueber die Wohnungen der Arbeiter und Armen in Bezug auf die öffentliche und private Hygieine industrieller Städte. Ann. d'Hyg., April.

Jonas, Das Apothekergewerbe und dessen nöthige Reform zufolge einer in Aussicht stehenden Umgestaltung des Arzneiwesens 1847. — Drei Jahre später, ein Rückblick auf den Apotheker-Congress zu Leipzig 1848 und die moderne Pharmacie in ihrem Einfluss auf die Ausübung der Apothekerkunst. Eilenburg, 1851.

Klusemann, Ueber die Bedeutung der Verletzungen in forensischer Hinsicht, und besonders über die Bedeutung von Sugillationen, in wie weit daraus auf einen Versuch des Erhängens zu schliessen sei? Henke's Zeitschr. III.

Kühnemann, Vorschlag zur Anstellung eigener Viehwäscher, um mögliche Vergiftungen durch den zum Viehwaschen gewöhnlich gebrauchten Arsenik zu verhüten. Hann. Corr.-Bl. 22.

Krahmer, Handbuch der gerichtlichen Medicin. Mit Benutzung eigener Untersuchungen nach dem heutigen Standpunkte der Naturwissenschaften, für Aerzte und Juristen. Halle, 1851.

Latour, Ueber das Geheimniss des Arztes. L'Union 28.

Latz, Fünf Fragen bei tödtlichen Läsionen. Pr. V.-Ztg. 22. 23. 24. 26.

Liman, Merkwürdiger Selbstmord. Casper's Wochenschr. 25.

— Wie sind Bauchwunden in gerichtlicher Beziehung zu beurtheilen? Henke's Zeitschr. III.

(Fortsetzung folgt.)

[*]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 42. 18. October 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Medicinal-Raths Professor Dr. Jüngken in Berlin.

Von
Dr. Bührig.

(Mit 3 lithographirten Abbildungen.)

1. *Molluscum simplex,* durch Exstirpation geheilt.

H. R., Schuhmachergeselle, 23 Jahre alt, stammt mit 5 Geschwistern, die sich einer vollkommenen Gesundheit erfreuen, von gesunden Eltern. In seinem 10. Jahre litt er 7 Wochen an *Febris intermittens tertiana*, und seit mehreren Jahren bildet sich bei ihm eine *Struma vasculosa*. Von anderen Krankheiten, acuten wie chronischen, will er dagegen nie heimgesucht gewesen sein. In seinem 3. Lebensjahre begann auf der vordern Fläche des Brustkastens die Haut in einer eigenthümlichen Weise zu erkranken; es entwickelten sich nämlich daselbst kleine Geschwülste von der Grösse einer Linse und Erbse, welche sehr langsam an Umfang zunahmen, so dass sie erst vor 2 Jahren die Grösse von Haselnüssen erreicht hatten. Anfangs behielt dabei die Haut ihre natürliche Farbe; erst später fing sie an, sich auf den erkrankten Stellen zu röthen. In den letzten 2 Jahren nahm das Volumen dieser Geschwülste bedeutend zu, und es fing auch die Haut in ihrem Umfange an, sich zu verdicken und dunkel zu röthen. Einzelne grössere Geschwülste begannen zu exulceriren, während andere sich neu erhoben. Bis dahin hatte Patient nichts gegen dieses Leiden angewandt und sich darauf beschränkt, die kranke Hautstelle mit einer indifferenten Salbe zu bedecken, und er würde vielleicht auch jetzt nicht ärztliche Hülfe nachgesucht haben, wenn er nicht durch die Grösse und Anzahl der Geschwülste auf eine ausserordentliche Weise belästigt worden wäre.

Am 6. Jan. stellte Hr. Jüngken den Kranken in der Klinik seinen Zuhörern vor. Patient, von mässig robustem Körperbau, trug auf der vordern Fläche des Thorax eine eigenthümlich erkrankte Hautstelle, welche die Gestalt eines unregelmässigen Dreiecks hatte, dessen etwas geschweifte Basis nach oben unmittelbar unter den beiden Schlüsselbeinen lag, die ganze Breite der Brust von einer Schulter bis zur andern einnahm, und dessen Spitze sich bis zum Ende des Brustbeins erstreckte. Die Ränder dieses grossen Dreiecks waren scharf abgegrenzt, die ganze Hautstelle, verdickt und dunkel, gleichsam violett geröthet, glich einem Schilde, welches dem Kranken auf der Brust sass. Die eigenthümlichste Erscheinung aber bildeten auf der so degenerirten Hautstelle eine Menge Geschwülste von der Grösse einer Erbse bis zu der eines Tauben- und Hühnereies, welche zum Theil mit breiter, zum Theil mit einer dünnen Basis, wie Beeren einer Traube mit einem Stiele aufsassen, von gleicher Röthe mit der Haut waren, sich hart und fest anfühlten, sonst aber bei der Berührung sich unempfindlich erwiesen. Dazwischen fanden sich einzelne gutartige exulcerirte Hautstellen, zum Theil mit Rudimenten von vereiterten Geschwülsten. Die ganze in dieser Weise erkrankte Hautstelle, welche sich von einer leprösen Degeneration unter Anderm auch dadurch wesentlich unterschied, dass das Epithel auf derselben sich nirgends verdickt oder entartet zeigte, war auf ihrem Grunde vollkommen beweglich und verschiebbar. Der Kranke hatte übrigens ein ziemlich gesundes Ansehen, erfreute sich eines vortrefflichen Allgemeinbefindens, und die Haut des ganzen übrigen Körpers war von normaler Beschaffenheit.

Da dieses organische Leiden sich bereits vom 3. Lebensjahre des

---

Feuilleton.

Salpetersäure ein constanter Bestandtheil der atmosphärischen Luft?

In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien vom 19. Mai theilte Hr. Dr. Flor. Heller als von ihm neu entdeckte Thatsache mit: dass die Salpetersäure ein constanter Bestandtheil der atmosphärischen Luft sei. Bis dahin war nach ihm nur das bekannt, dass anhaltend durch eingeschlossene Luft gejagte elektrische Funken nachher etwas Salpetersäure in ihr finden lassen, und ebenso sollen nach Gay-Lussac zuweilen nach starken Gewittern Spuren von Salpetersäure in der Luft angetroffen werden. Heller will nun bei Versuchen mit dem Ozon gefunden haben, „dass es nicht allein dieses ist, welches das Jodkaliumstärkepapier blau farbt, also Jod frei macht, sondern dass sich sowohl in der atmosphärischen Luft, als auch auf künstlichem Wege, neben Ozon stets auch Salpetersäure erzeugt.“ Zur Unterstützung dieser Behauptung giebt H. Folgendes an:

Ein halber Bogen reines weisses Filtrirpapier, in eine concentrirte Lösung von kohlensaurem Natron oder Kali getaucht, wird in die freie Luft gehängt, und zwar einer 12 Stunden am Tage, ein anderer 12 Stunden bei Nacht. Das Papier wird dann in destillirtem Wasser unter Erhitzen ausgewaschen, die Lauge concentrirt und auf Salpetersäure geprüft. Die Beobachtungen wurden von 2 Stunden bis zu 3 Tagen dauernd angestellt, und schon nach 2 Stunden war Salpetersäure nachzuweisen. Gleiche Versuche, auf dem Kahlenberge angestellt, ergaben das gleiche, wenn nicht ein noch günstigeres Resultat. Die Nachweisung in der Lauge geschieht:

a) Durch Verdunsten, wodurch man Krystalle von Salpeter erhält.
b) Eine concentrirte Lösung von reinem schwefelsaurem Eisenoxydul, die man im Ueberschuss zur zu prüfenden Lauge setzt, und der man dann viel concentrirte weisse Schwefelsäure folgen lässt, lässt, wo sich Schwefelsäure und andere Flüssigkeit berühren, eine mehr oder weniger rothbraune Färbung entstehen.
c) Die Prüfung mit Guajakharz gab die bekannte blaue, grüne, gelbe Färbung.
d) Endlich werden die concentrirte Lauge oder die Krystalle mit Kupferspänen vermischt, dann mit concentrirter Schwefelsäure versetzt und erhitzt, wo dann die gelbbraunen Dämpfe der salpetrigen Säure entweichen.

Die Salpetersäure soll nun nach H. stets in der Luft vorkommen; an kalten Tagen und wenn es lange nicht geregnet hat, häufiger. Von Gewittern ist ihre Entstehung unabhängig. Sie wird ferner in jedem Hagelkorn, in allem Regenwasser gefunden. Nach dem Regen, nach einem Gewitter mindert sich der Gehalt der Luft an Salpetersäure. Einmal wurde in Regenwasser unverhältnissmässig viel davon gefunden, obgleich es 24 Stunden lang anhaltend geregnet hatte.

Bei Ozonisirung der Luft durch Phosphor findet man in dem Wasser des Ballons immer Salpetersäure neben Phosphorsäure, ebenso in Wasser, in dem Phosphor aufbewahrt wird, d. h. es tritt immer neben Ozonbildung Salpetersäurebildung ein. So erklärt sich der lange Streit rücksichtlich der Salpeterplantagen nun einfach dahin, dass die Salpetersäure der Luft und des Regenwassers von dem Alkali des Schuttes

Kranken herangebildet hatte, das Wachsthum der Geschwülste mithin ein sehr langsames war, das Allgemeinbefinden des Patienten vollkommen befriedigte, die allgemeine Säftemasse durch den örtlichen Krankheitsprocess nicht alterirt war, die exulcerirten Hautstellen einen vollkommen gutartigen Charakter hatten, auch die Geschwülste keine skirrhösen Härten zeigten, so musste jeder Verdacht an einen Hautkrebs oder Lupus um so mehr von der Hand gewiesen werden, als die eigenthümlich traubenförmig der verdickten Haut anhängenden Geschwülste nichts mit diesen Krankheitsformen gemein hatten, und es erklärte Hr. **Jüngken** diese seltene Hautkrankheit für diejenige, welche mit dem Namen *Molluscum simplex* bezeichnet wird. Unter diesem Namen hat man eine Krankheit der Haut beschrieben, welche sich durch Geschwülste auf derselben charakterisirt, die nicht angeboren sind, deren Grösse von der einer Linse bis eines Tauben-, ja Hühnereies variirt, welche bald mit breiter Basis, seltener mit einem dünnen Stiele aufsitzen, an Zahl verschieden, in der Regel sehr gross sind und zuweilen über die ganze Körperoberfläche verbreitet erscheinen.

Bei unserm Patienten liegen die Ursachen dieser eigenthümlichen Degeneration der Haut im Dunkeln, da weder eine erbliche Anlage, noch ein dyskrasischer Ursprung nachgewiesen werden kann.

Bei dem hohen Grade von Degeneration des erkrankten Hautstücks und dessen Umfang, sowie bei der Grösse und Härte der Geschwülste, konnte weder von einem Heilversuche durch pharmaceutische Mittel, noch von einer Zerstörung der einzelnen Geschwülste durch Cauterisation die Rede sein, letztere musste sogar für eben so nutzlos als nachtheilig erklärt werden. Eine Heilung liess sich nur auf operativem Wege, und zwar durch Exstirpation der ganzen degenerirten Hautstelle erzielen. Zu dieser schritt Hr. **Jüngken** am 10. Jan., und verfuhr dabei auf folgende Weise. Nachdem Patient, welcher auf einem Stuhle sass, chloroformirt war, wurde die kranke Hautstelle durch drei, ein spitzwinkliges Dreieck bildende, Hautschnitte circumcidirt, dessen nach oben gegen die Schlüsselbeine gerichtete Basis eine gerade, dessen nach unten convergirende Seitenschnitte aber Bogenlinien bildeten, worauf das erkrankte Hautstück mit dem anhängenden Bindegewebe von den Brustmuskeln und dem Brustbein rein abpräparirt ward. Die Wundfläche, welche auf diese Weise entstand, war unmittelbar nach der Operation sehr umfangreich, und würde, hätte sie auf dem Wege der Eiterung heilen sollen, lange Zeit erfordert, auch die Kräfte des Kranken sehr erschöpft haben. Um sie möglichst zu verkleinern, und wenigstens den grösseren Theil derselben durch Conglutination zu heilen, war Hr. **Jüngken** darauf bedacht, die Wundränder durch blutige Nähte, und zwar *Suturae nodosae*. zu vereinigen. Da jedoch bei der Breite der Wunde ein unmittelbares Annähern der Seitenschnitte theils unter einander, theils mit dem obern Schnitte nicht möglich war, so wurde die Haut von den beiden bogenförmig geführten Seitenschnitten mit dem ihr anhängenden Bindegewebe in einem solchen Umfange von den darunter gelegenen Muskeln abpräparirt, dass sie zu einer Vereinigung der Wundränder herbeigezogen werden konnte, worauf diese durch *Suturae nodosae* in der Art bewirkt ward, dass zuerst von dem untern Wundwinkel an die Hautränder in Form einer Längsspalte vereinigt wurden, und sodann die Vereinigung in gleicher Weise mit dem obern horizontal geführten Schnitte gemacht ward. Um dieses zu ermöglichen, waren die Seitenschnitte bogenförmig geführt. Nachdem auf diese Weise die Wunde geschlossen war, hatte die Wundspalte eine T-förmige Gestalt erhalten, in deren Mitte eine kleine Stelle von der Grösse eines Thalers jedoch nicht mit Haut bedeckt werden konnte, und daher auf dem Wege der Eiterung heilen musste.

Einige grössere stark spritzende Gefässe hatten in der Wunde unterbunden werden müssen.

Die blutigen Nähte wurden durch einen sorgfältig angelegten Heftpflasterverband, und die kleine offen gebliebene Stelle in der Mitte der Wunde mit einem Charpieverbande bedeckt.

Nach der von Hrn. Dr. **Reinhardt** angestellten genaueren und mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich die Geschwülste als grössere und kleinere Fibroide, welche sich in der Haut und dem subcutanen Bindegewebe gebildet hatten, und gegen die Körperoberfläche festgewachsen waren, die Haut selbst aber und das subcutane Bindegewebe der erkrankten Stelle war, besonders in der Umgebung der Geschwülste, durch Neubildung von Bindegewebe verdickt und indurirt.

Nach der Operation wurden kalte Umschläge über die Wunde gemacht, ein ruhiges Verhalten in horizontaler Rückenlage beobachtet, und bei streng antiphlogistischer Diät eine Kali-Saturation gereicht. Am Abend des ersten Tages stellte sich nur eine äusserst geringe entzündliche Reaction ein. Am 11. wurden die kalten Umschläge nur von 4 zu 4 Stunden erneuert, um auf diese Weise zugleich die Hautspannung auf der Brust zu ermässigen, über welche Patient vorzüglich klagte. Am Abend dieses Tages stellte sich ein lebhaftes Fieber mit grossem Durste ein; der volle, harte und gespannte Puls hatte 104 Schläge in der Minute. Dabei war das Gesicht des Operirten stark geröthet, und die Haut heiss und trocken. Eine Venaesectinn von 12 Unzen schaffte grosse Erleichterung, und der Saturation wurde etwas *Kali nitricum* zugesetzt.

Da am Vormittage des 12. eine lebhafte entzündliche Anschwellung der Wundränder mit starker Spannung der Nähte sich kundgab, so wurden bereits mehrere derselben gelöst, um ein Einschneiden zu vermeiden, und dagegen die Vereinigung durch Heftpflaster fortgesetzt. Auch stellten sich am Nachmittage desselben Tages auf den Gebrauch von *Infus. Senn. compos.* mehrere reichliche Stuhlentleerungen ein; dennoch klagte Patient gegen Abend über heftige Congestionssymptome nach dem Kopfe und der Brust, bei einem harten und gespannten Pulse. Aus diesem Grunde wurde der Aderlass wiederholt. In der Nacht bekam Patient eine heftige Diarrhöe, die am 13. und 14. Jan. fortdauerte, wogegen anfangs kleine Gaben von *Pulv. Doweri*, später die *Tinct. nucis vom.* mit Erfolg gereicht wurden. Am 13. wurden die letzten Nähte entfernt, wobei sich ergab, dass der ganze untere Wundwinkel, sowie ein grosser Theil der oberen seitlichen durch *prim. intent.* vereinigt waren, und dass sich die seitlich abgelöste und nach vorn vorgeschobene Haut überall wieder mit ihrem neuen Grunde ver-

---

absorbirt wird, und so in letzterem sich Salpeter bildet. Alle diese Thatsachen sind für die Technik, für die Physiologie des Thier- und Pflanzenlebens, für die Lehre von den Contagien, den Miasmen, den Epidemien etc. von grossem Gewicht.

Bei der unleugbaren Wichtigkeit der Sache ernannte die Gesellschaft zu ihrer Prüfung eine Commission, bestehend aus Reg.-Rath **Pleischl**, Dr. **Ragsky** und Dr. **Schneider**, denen sich freiwillig noch zugesellten Dr. **Herzfelder** und Dr. **Striech**. Die Commission lud Hrn. Dr. **Heller** als Gast zu ihren Versuchen ein, und gab ihm das Recht, sogleich alle Einwendungen gegen deren Richtigkeit und Beweiskraft zu erheben. Es wurde ferner ausgemacht, dass jeder Versuch ohne Unterbrechung zu Ende geführt werden solle, sowie man ausser der Zeit sämmtliche Apparate, deren man sich bediente, unter Siegel legte, und jedes Reagens im Augenblick seines Gebrauches auf seine Reinheit prüfte. Hierauf wurde die atmosphärische Luft volle 24 Tage in einer ununterbrochenen Reihenfolge von Versuchen auf ihren Salpetersäuregehalt geprüft, **aber keine Spur davon aufgefunden.**

(Schluss folgt.)

Medicinal-Kalender für den Preussischen Staat auf das Jahr 1852.

Die **Hirschwald**'sche Buchhandlung in Berlin bietet dem ärztlichen Publikum auch für das Jahr 1852 wieder den so zweckmässig eingerichteten Medicinal-Kalender, der sich seit mehreren Jahren des allgemeinen Beifalls erfreut. In der Redaction ist in soweit eine wesentliche Aenderung eingetreten, als mit Genehmigung des Hrn. Ministers v. **Raumer** ein Beamter des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten selbst die betreffenden Mittheilungen aus den Akten desselben angefertigt hat. Dass die Verlagshandlung auch dieses Jahr nicht unterlassen hat, zweckmässige Abänderungen in Inhalt, Anordnung etc. zu machen, ergiebt nachstehendes Inhaltsverzeichniss des Kalenders pro 1852:

I. **Geschäfts-Taschenbuch.** 1) Tageskalender. 2) Uebersicht der zusammengesetzten Arzneimittel nach der neuesten Ausgabe der preussischen Pharmacopöe, nebst ausführlicher Dosologie aller wichtigen Mittel und Präparate. 3) Die Behandlung der verschiedenen Arten des Scheintodes. 4) Die Behandlung der acuten Vergiftungen mit Einschluss der Chloroformvergiftung. 5) Taxe für die Medicinalpersonen. 6) Uebersicht in neuester Zeit empfohlener Arzneimittel, ihrer Darstellung und Wirkung. 7) Kurzgefasste Darstellung der allgemeinen Balneotherapie, nebst Angabe der Indicationen für die Auswahl der wichtigsten Kurorte. 8) Uebersichtliche Angabe der vorzüglichsten Brunnen- und Badeorte, mit geographischen Bemerkungen. 9) Verzeichniss der Brunnen- und Badeärzte an den vorzüglichsten Bädern Deutschlands. 10) Auswahl von Heilformeln berühmter Aerzte und Chirurgen der neuesten Zeit. 11) Zusammenstellung der zweckmässigsten Heilformeln für die Armenpraxis. 12) Ordinationsnorm für die preussischen Militärlazarethe. 13) Medicinische Bibliographie.

II. **Ministerial-Verfügungen**, das Medicinalwesen betreffend, welche im abgelaufenen Jahre erlassen sind.

III. **Personalia des Civil-Medicinalwesens.** A. Die Verwaltung. 1) Central-Medicinalbehörden. 2) Provinzial-Medicinalbehörden. 3) Kreis-Medicinalbehörden. B. Die Lehrinstitute. C. Namentliche Nachweisung sämmtlicher Medicinalpersonen im preussischen Staate.

bunden hatte. Nur in der Mitte in dem offen gebliebenen Theile trat Suppuration ein, welche mässig und von guter Beschaffenheit war. Ein sorgfältig angelegter Heftpflasterverband diente zur Unterstützung der jungen Vereinigung. Das Fieber ermässigte sich von Tage zu Tage, und die Pulsfrequenz war bereits am 17. bis auf 76 Schläge in der Minute heruntergegangen. Zur Förderung der Granulationsbildung auf dem Grunde der eiternden Stelle der Wunde wurde dieselbe vom 18. Jan. ab mit einer rothen Präcipitatsalbe verbunden. Am 22. verliess Patient das Bett; er fühlte sich wohl, und klagte nur über eine beengende Spannung in der Haut um den Brustkasten. Einige Stichwunden von den Nähten waren in Eiterung übergegangen und hatten am unteren Wundwinkel selbst zu einer kleinen Eitersenkung Veranlassung gegeben, welche das Durchziehen eines Setaceum nothwendig machte, worauf sich der Eiter gut entleerte und die Heilung bald erfolgte. Nachdem in dieser Weise die vollständige Heilung der Wunde in naher Aussicht stand, wurde dem Patienten auf beiden Unterschenkeln ein Fontanell von zwei Erbsen gesetzt, und der Gebrauch eines *Decoct. Sarsaparillae* mit der Senna verordnet. Gegen das Ende der Kur verzögerte sich die Vernarbung des letzten Restes in der Mitte der Wunde, erfolgte aber dennoch vollständig, so dass Patient in der 9. Woche vom Tage der Operation an die Klinik mit der Weisung, die Fontanelle an den Unterschenkeln einige Jahre offen zu erhalten, geheilt verliess. Auch die Spannung der Haut am Thorax minderte sich, und die Bewegung der Schultern nach rückwärts, welche anfangs durch die Narbe sehr gehemmt war, fing an wieder frei zu werden.

2. *Lepra nodosa exulcerata totius extremitatis superioris dextrae. Exarticulatio humeri.* Heilung.

H. Müller, Handarbeiterin, 29 Jahre alt, von robustem Habitus, will bis zu ihrem 15. Lebensjahre ganz gesund gewesen sein. Ihre Eltern sowie ihre beiden Schwestern erfreuen sich einer vollkommenen Gesundheit. Die Menses der Kranken traten in ihrem 20. Jahre ein, waren sparsam und zeigten sich nicht immer regelmässig. Im 15. Lebensjahre hatte sie über reissende Schmerzen in der rechten Hüfte zu klagen, die sich nach einiger Zeit verloren, um im Oberarme derselben Seite wieder zu erscheinen; um diese Zeit bildeten sich an derselben Extremität in der Nähe des Ellenbogengelenks röthlich braune Flecken, die hart waren und in Verschwärung übergingen. Die Geschwüre vernarbten nach einer gewissen Zeit, doch entwickelte sich derselbe Process am Vorderarm an verschiedenen Stellen, ging von hier auf die Hand über und pflanzte sich, trotz verschiedener Kuren, welche Patientin gebrauchte, auch auf den Oberarm fort, ohne eine Begrenzung zu finden, vielmehr griff er in die Tiefe, zog selbst die Knochen in Mitleidenschaft, und brachte nach einem Zeitraum von ungefähr 14 Jahren einen Grad von Zerstörung der rechten oberen Extremität hervor, wie er selten vorkommen dürfte. Die Hand war in eine unförmige knollige Masse verwandelt, in der nur noch Rudimente von ein Paar Fingerspitzen sichtbar waren, an dem einen war noch ein missgestalteter Nagel wahrzunehmen. Das Carpalgelenk war zerstört, und die verbildete Hand stand in einem stumpfen Winkel fest gegen den Vorderarm. Sie verrieth nicht mehr eine Spur von der Gestalt einer menschlichen Hand, und hatte vielmehr mit dem abgemagerten Vorderarm das Ansehen der Klaue eines grossen Raubvogels. Der Vorderarm war emaciirt und, sowie die Hand, mit Narben und Geschwürsflächen bedeckt, die zum Theil bis auf den Knochen drangen und Muskel und Sehnen zerstört hatten. Hierdurch war auch das Ellenbogengelenk vollständig anchylosirt, von welchem aus sich der Degenerationsprocess bis zu dem obern Drittheil des Humerus erstreckte, an welchem theilweise das Periosteum zerstört war und der Knochen frei lag. Sämmtliche Geschwüre hatten einen vertieften Grund, aufgeworfene zackige Ränder, und sonderten eine übelriechende Jauche ab. In der Umgegend der Geschwüre war die Haut knotig verhärtet, geröthet, schrundig. Die Kranke litt fast fortwährend, besonders aber des Nachts, an reissenden Schmerzen in der leidenden Extremität, welche ihr oft die nächtliche Ruhe raubten. Dabei war ihr Allgemeinbefinden ziemlich befriedigend, sie war zwar abgemagert, hatte aber guten Appetit, eine normale Verdauung, und war ohne Fieber.

Ihrer Aussage nach hatte die Krankheit mit einer knotenartigen Degeneration der Haut begonnen, zu welcher sich später die geschwürige Zerstörung hinzugesellte. Die ätiologischen Verhältnisse lagen ganz im Dunkeln.

Indem Hr. Jüngken darauf Rücksicht nahm, dass der Krankheitsprocess mit einer knotigen Entartung der Haut begonnen, auf welche sich später die destructiven Geschwüre gebildet, welche jene gewaltige Zerstörung der Weichgebilde an der ganzen Extremität herbeigeführt, dass diese knotige Entartung der Weichgebilde an der Hand in einem hohen Grade, in einem geringen auch an dem Arme noch fortbesteht, dass ausser der Abmagerung des Körpers das Allgemeinbefinden, trotz der langjährigen Dauer der Krankheit, nicht wesentlich alterirt war; endlich dass der Gang der Krankheit ein sehr langsamer war, so erklärte er dieselbe für eine exulcerirte *Lepra nodosa*, *Elephantiasis*, deren Vorkommen an den oberen Extremitäten zu den grössten Seltenheiten gehört.

Bei der Höhe, welche die Krankheit in diesem Falle erreicht hatte, und dem Umfange der Zerstörung konnte von einer Erhaltung der Extremität nicht weiter die Rede sein, und eine Heilung der Unglücklichen muss noch auf operativem Wege erzielt werden, und da nicht bloss die Weichgebilde, sondern auch der Knochen des Humerus ergriffen und an mehreren Stellen cariös war, so durfte nur eine Exarticulation im Schultergelenk gemacht werden, denn eine Amputation, die ausserdem dicht unter dem Kopfe des Oberarmes hätte stattfinden müssen, würde aus leicht zu erachtenden Gründen zu keinem glücklichen Resultat geführt haben.

Da sich die Degeneration der Haut und der Weichgebilde an der äussern Seite des Oberarmes weiter hinauf erstreckte, als an der innern, so verrichtete Hr. Jüngken die Operation durch Bildung eines

---

1) Doctoren der Medicin, praktische Aerzte etc. 2) Nicht promovirte Medico-Chirurgen (Wundärzte 1. Kl.). 3) Wundärzte 2. Kl. 4) Thierärzte. 5) Apotheker. D. Nachrichten über Hohenzollern. E. Summarische Nachweisung des Heilpersonals im preussischen Staate nach seiner Vertheilung in den einzelnen Regierungsbezirken am Schluss des Jahres 1850. F. Alphabetische Zusammenstellung sämmtlicher Kreise nebst Angabe der Bevölkerung, der Zahl der Städte und der praktischen Aerzte und Wundärzte 1. Kl. in denselben.

IV. Rang- und Anciennetätsliste der preussischen Militär-Aerzte. A. Die Verwaltung. B. Das Heilpersonal: 1) beim stehenden Heere; 2) bei den Landwehrstämmen; 3) bei einzelnen Anstalten und bei den Invaliden. C. Anciennetätsliste der oberen Militär-Aerzte, mit Einschluss der promovirten Ober- und Assistenz-Aerzte.

Jenner-Monument.

In London sind die Herren Chairman, J. Conolly, Stanwell, Peter Cunningham, George Vere Irving zu einem Comité zusammengetreten, welches sich das Ziel gesetzt hat, auf dem Wege der Subscription die Mittel zu beschaffen, ein den Verdiensten Jenner's würdiges Monument zu errichten. Einen öffentlichen Platz London's soll eine bronzene Statue Jenner's zieren. Zuerst angeschlossen haben sich diesem Comité die sämmtlichen Gesandten in London, ferner: Dunglison und Wood in Philadelphia, Lee in New-York, Marx in Göttingen, J. Müller in Berlin, W. Nasse in Bonn, Otto in Kopenhagen, A. und M. Retzius in Stockholm, Schröder van der Kolk in Utrecht. In dem Archiv für Anatomie und Physiologie erlässt Herr J. Müller in Berlin einen Aufruf zu Beiträgen für das Jenner-Monument mit dem Bemerken, dass auf sein Ersuchen die Buchhandlung Veit u. Co., Jäger-Str. No. 25, sich bereit erklärt hat, solche in Empfang zu nehmen und sie sodann an das Comité in London zu überliefern.

Die medicinischen Kliniken zu Bonn und Breslau.

Noch immer ist über die Besetzung der wichtigen medicinisch-klinischen Lehrstühle zu Bonn und Breslau nichts entschieden. Was den letzteren anbelangt, so hatte das Ministerium des Cultus Bedacht genommen, ihn so zu dotiren, dass man es selbst wagen konnte, einen Ruf an Oppolzer in Wien ergehen zu lassen. Dass dieser den Ruf ausgeschlagen hat, ist hinlänglich bekannt. Neuerdings hört man, dass von einer Seite an Hasse in Zürich gedacht ist, während andere entscheidende Stimmen sich, wie früher, für Götz in Danzig erklären. Einer der Genannten dürfte nun wohl definitiv den schon zu lange erledigten Posten demnächst einnehmen. Bei dem neu getroffenen Arrangement ist dem klinischen Lehrer in Breslau ein höchst angenehmer und segensreicher Wirkungskreis gesichert, und es steht nur zu wünschen, dass die Studirenden von diesen neuen Einrichtungen recht bald auch den vollen Genuss haben mögen, was vor definitiver Besetzung der Stelle nicht zu erwarten ist. — Auch in Bonn sind Bemühungen, einen auswärtigen Kliniker zu gewinnen, bis jetzt erfolglos gewesen. Das Ministerium war, wie man hört, mit Fuchs in Göttingen in Unterhandlung getreten, derselbe hat aber gleichfalls refüsirt. Wahrscheinlich ist nunmehr Naumann, der seit Nasse's Tode mit grossem Eifer der Poliklinik und Klinik vorsteht, zum definitiven Nachfolger Nasse's bestimmt.

kleineren oberen und eines grösseren unteren Lappens. — Bei dieser Gelegenheit sprach sich derselbe folgendermaassen aus: Der junge Arzt muss sich mit verschiedenen Methoden für die einzelnen Operationen bekannt machen, nicht bloss, um aus ihnen für jeden einzelnen Fall die passende auswählen, sondern auch um nach der Eigenthümlichkeit desselben die eine oder die andere der bestehenden Methoden modificiren, ja nöthigenfalls selbst eine neue angeben zu können. Denn die Fälle, welche eine operative Hülfe erfordern, variiren unendlich, und kaum findet man deren zwei, die vollkommen übereinstimmen. So wie aber der Arzt je nach der Natur der Krankheit und ihrer Erscheinungen und der Eigenthümlichkeit seines Patienten die Arznei, welche er verordnet, in Bezug auf Form und Dosis für jeden einzelnen Fall zu modificiren hat, wenn er in seinen Heilbestrebungen erfolgreich sein will, nicht anders muss der Operateur bei der Anwendung seiner operativen Kunsthülfe verfahren, und dazu muss er sich einen Schatz von Technicismen aneignen, aus dem er zu schöpfen vermag. Wie er davon in dem concreten Falle Gebrauch zu machen hat, dieses bleibt seinem Urtheile und seinem praktischen Takte anheimgegeben, und kann ihm nicht gelehrt werden. Was die Exarticulation des Oberarmes betrifft, so haben wir viele Methoden für dieselbe. Man hat sie durch einfachen und doppelten Lappenschnitt, durch den Ovalair-, durch den T und V Schnitt verrichtet, die Lappen bald nach oben und unten, bald zu den beiden Seiten des Gelenks gebildet, dabei die Schnitte bald von aussen nach innen, bald mit dem durch die Weichtheile gestossenen Messer von innen nach aussen geführt.

Die Krankheit oder die Verletzung, welche die Operation indiciren, bestimmen die Wahl der Methode, denn die Operation muss so gemacht werden, dass man eine Bedeckung gewinnt. So viel als möglich halte man jedoch folgende zwei Regeln inne:

1) Man verrichte die Operation wo möglich so, dass die Bedeckung für das Gelenk, namentlich die Ersparung an Haut, reichlich genug ausfällt, um wenigstens einen Theil der Wunde in den Weichgebilden durch Conglutination zu schliessen, damit die entblössten Gelenkflächen eine schützende Decke erhalten, und der Einwirkung der Luft entzogen werden, was den Heilprocess in einem hohen Grade abkürzt und begünstigt.

2) Suche man die *Art. axillaris* erst mit dem letzten Messerzuge zu durchschneiden, nachdem sie vor der Trennung bereits durch einen Gehülfen comprimirt ist, wodurch man nun jeden, auch den geringsten Blutverlust vermeidet, was, zumal bei erschöpften blutleeren Personen, wie wir einen solchen Fall vor uns haben, von grösster Wichtigkeit ist, denn in gleichem Grade haben langjährige Schmerzen und Säfteverluste unserer Patientin die Kräfte geraubt. Beiden Indicationen entspricht man am meisten durch Bildung eines doppelten, eines oberen und unteren Lappens, wobei man diesen zuletzt trennt.

Unser Fall lässt die Wahl einer andern Methode nicht zu; die Zerstörung der Haut und Weichgebilde ist eine solche, dass nur aus der Achselhöhle und innern Seite des Oberarmes eine genügende Bedeckung gewonnen werden kann, während aus der Schulterhöhe sich nur ein kleiner Lappen bilden lässt.

Die Patientin wurde zur Operation auf einen Stuhl gesetzt und chloroformirt. Ein Gehülfe erhielt sie, als sie soporös ward, in der aufrecht sitzenden Stellung. Ein zweiter Gehülfe unterstützte den rechten Vorderarm, und ein dritter, welcher hinter der rechten Schulter angestellt war, übernahm es, bei der Verrichtung der Operation selbst die nöthige Hülfsleistung zu bringen, namentlich bei der Bildung des obern Lappens die Haut gehörig zurückzuziehen und zu spannen, und vor der Trennung des untern die *Arteria axillaris* in diesem Lappen dermaassen zu comprimiren, dass ein Blutverlust aus diesem Gefässe vermieden ward.

Nachdem in dieser Weise Alles vorbereitet und die Kranke in tiefem Schlafe war, ergriff Hr. Jüngken mit seiner linken Hand den rechten Oberarm der Kranken in der Mitte und spannte das Schultergelenk, indem er durch eine hebelförmige Bewegung den Gelenkkopf nach aussen drängte, während er mit einem bauchigen Skalpell vom hintern Rande des Acromion einen bogenförmigen Schnitt, einige Zoll unter dem vordern Acromialende durch den Deltamuskel führte, der auf dem *Processus coracoideus* endigte. Der auf diese Weise gebildete Lappen wurde mit wenigen Messerzügen abpräparirt, nach oben geschlagen und vom Gehülfen stark zurückgezogen, hierauf das Kapselligament mit dem *Caput longum* des *M. biceps* durchschnitten, der Gelenkkopf mit dem Messer umgangen, dieses an der hintern Seite des Humerus mit der Schneide dicht am Knochen herabgeführt, und so ein unterer und innerer Lappen von hinreichender Länge gebildet, um eine vollständige Bedeckung für die Wundfläche und das entblösste Acetabulum abzugeben. Bevor jedoch dieser zweite grössere Lappen durch einen Querschnitt getrennt ward, fasste der Gehülfe denselben mit seiner linken Hand, und comprimirte mit Daumen und Zeigefinger die *Arteria axillaris* so vollständig, dass bei der hierauf folgenden Trennung dieses Lappens auch nicht ein Tropfen Blut aus diesem Gefässe verloren ging. In dieser Weise war die ganze Operation in wenigen Augenblicken vollendet.

Nachdem die Blutstillung theils durch Unterbindung der grösseren Gefässe, theils durch Aufträufelung von kaltem Wasser bewirkt war, wurde die Wunde sorgfältig durch blutige Nähte vereinigt, der untere Wundwinkel aber offen gelassen und die Unterbindungsfäden aus ihm herausgeführt, worauf die blutigen Nähte durch einen Heftpflasterverband unterstützt wurden, der so angelegt ward, dass überall eine innige Berührung der Wundflächen stattfand.

Nach der Operation wurde eine Eisblase gegen die Wunde gelegt. Gegen Abend stellte sich eine lebhafte Reaction ein, die Temperatur der Haut war erhöht, das Gesicht geröthet, die Kranke klagte über Durst, Unruhe und Angst, und der Puls war gespannt, hart und frequent. Es wurde daher eine Venaesection von 8 Unzen gemacht. Auch trat eine mässige Nachblutung in der Wunde ein, welche jedoch durch fortgesetzte Anwendung der Kälte gestillt wurde. Dieser Blutung wegen wurde der Verband am 22. theilweise erneuert, um aus dem untern Wundwinkel das ergossene und zersetzte Blut zu entleeren. Patientin klagte ausserdem über Schmerzen in den Weichtheilen der rechten Thoraxhälfte, an welche 15 Blutegel gesetzt wurden, fieberte lebhaft und hatte Neigung zum Brechen. Sie bekam eine Kali-Saturation mit *Aqua amygd. amar.* Da am 23. kein wesentlicher Nachlass in den Erscheinungen eintrat, wurde die Venaesection wiederholt und ein *Infus. herb. digital.* mit Nitrum gereicht. Am 24. wurden die sämmtlichen Nähte entfernt, wobei sich ein grosser Theil der Wunde durch Conglutination vereinigt erwies, welche bei dem neuen Verbande durch Heftpflaster unterstützt wurde. Das Allgemeinbefinden der Operirten besserte sich von nun an mit jedem Tage, auch erfreute sich die Kranke eines erquickenden Schlafes. Später jedoch bildete sich in den Weichtheilen an der rechten Seite des Thorax eine schmerzhafte Geschwulst, welche ungeachtet der wiederholten Application von Blutegeln allmälig zunahm, von einem lebhaften Fieber mit grosser Eingenommenheit des Kopfes begleitet wurde und am 1. März eine deutliche Fluctuation zeigte. Durch Incision wurde eine grosse Menge übelriechenden, mit zersetztem Blute untermischten Eiters entleert. Die Heilung des entleerten Abscesses, der offenbar durch Senkung von Blut entstanden war, ging bei einer einfachen Behandlung schnell von Statten. Mit ihr gleichen Schritt hielt der Heilprocess in der grösseren Wunde, welche sich an den nicht vereinigten Stellen mit gesunden Granulationen füllte. Unter dem innern Gebrauche eines *Infus. rad. Valerian.* mit *Acid. phosphor.* und *Elaeosacch. foenic.* besserte sich auch das Allgemeinbefinden der Operirten, bei welcher Appetit und Schlaf zurückkehrten, und damit auch die Kräfte sich allmälig zu heben begannen. Nach einigen Tagen wurde das Valeriana-Infusum durch ein China-Decoct ersetzt. Gegen das Ende des Monats März hatte sich der grösste Theil der Wunde durch eine feste Narbe geschlossen, und nur in der Mitte derselben war eine mässig grosse granulirende Stelle zurückgeblieben, von welcher ein Fistelgang zum Acetabulum führte. Hier schien eine kleine Stelle des knorplichten Gelenküberzuges nekrotisirt zu sein, dadurch den Eiterungsprocess zu unterhalten, und so ein örtliches Hinderniss der Heilung abzugeben.

Am 26. März, nachdem sich die Genesende Tags zuvor noch vollkommen wohl befunden, wurde sie, ohne den Krankensaal verlassen zu haben, und ohne dass auf der Abtheilung bei irgend einer Kranken sich ein ähnliches Leiden gezeigt hätte, plötzlich unter lebhaften fieberhaften Erscheinungen von Variolois befallen, welche namentlich um die Exarticulationswunde herum in grosser Menge zum Ausbruche kam. Dieses machte die Verlegung der Kranken zum Pockenhause nothwendig. Während der Dauer dieses Exanthems machte der Heilprocess in der Wunde einen vollständigen Stillstand. Als dasselbe abgelaufen, kehrte die Kranke zur chirurgischen Klinik zurück, wo von nun an die Heilung der Wunde so schnell fortschritt, dass sie 4 Wochen später vollständig vernarbt erschien.

Als Nachcur gebrauchte Patientin ein *Decoct. sarsaparillae* mit einem Zusatze von der Senna. Auch wurde ihr auf jeden Unterschenkel ein Fontanell von 2 Erbsen gebildet, und als diese gehörig eiterten, die Geheilte, welche sich eines gesunden kräftigen Aussehens erfreute, entlassen.

3. *Elephantiasis exulcerata labiorum pudendi majorum.* Exstirpation derselben und Heilung.

Anna Scholz, 25 Jahr alt, ein Dienstmädchen, aus Hirschberg gebürtig, kam gegen Ende des Monats Juni zur Klinik des Herrn Jüngken, um sich einer Geschwulst an den grossen Schamlefzen wegen einer Operation zu unterwerfen. Ihre Eltern waren frühzeitig gestorben, der Vater in seinem 56. Jahre an *Phthisis pulmonum*, die Mutter in ihrem 48. an *Phthisis intestinalis.* Sie hat noch 5 lebende gesunde Schwestern, und will mit Ausnahme der Masern nie von einer

Krankheit heimgesucht gewesen sein. In ihrem 18. Jahre wurde sie menstruirt, und in vierwöchentlichen Zwischenräumen traten die Menses regelmässig ein, dauerten 2 — 3 Tage und waren reichlich. Diesen regelmässigen Verlauf hielten sie 2 Jahre lang ein, worauf sie nach einer Erkältung beim Waschen ausblieben und nicht wiederkehrten, obgleich Patientin verschiedene Mittel anwandte, um ihre Rückkehr zu bewirken. Dabei hatte sie jedoch bis vor 3 Jahren sich über kein namhaftes körperliches Leiden zu beklagen, nur bemerkte sie um diese Zeit, dass sich die Haut um die Mundwinkel so wie am Kinn braun zu pigmentiren anfing. Kurze Zeit darauf färbte sich in ähnlicher Weise auch die Haut im Nacken, und es bildeten sich auf dieser gefärbten Hautstelle eine Menge warzenartiger Auswüchse, ähnlich den spitzen Condylomen. In ähnlicher Weise begann ein halbes Jahr später auch die Haut in den Achselhöhlen zu erkranken, und seit etwa 2 Jahren erkrankten die grossen Schamlefzen so wie die ihnen zugewandte Haut an der innern Seite der Oberschenkel. Während der Krankheitsprocess im Nacken nur langsam fortschritt, und die Degeneration der Haut nur eine mässige Entwickelung erreichte, schritt dagegen diejenige in den Achselgruben schon schneller vorwärts und blieb nicht bloss auf die Haut beschränkt, sondern zog auch das Unterhautzellgewebe in Mitleidenschaft, welches sich zu verdicken begann. Am furchtbarsten entwickelte sie sich jedoch an den grossen Schamlefzen, welche sich zu Geschwülsten umwandelten, von dem Umfange eines grossen Kindskopfes, und einer knotigen, an der Oberfläche rissigen Beschaffenheit mit warzenartigen Epithelialwucherungen und Ulcerationen bedeckt.

Dieses Leiden war es hauptsächlich, welches die Kranke durchaus arbeitsunfähig machte, und sie in eine wahrhaft trostlose Lage versetzte, zumal sich jedes bisherige Heilverfahren erfolglos erwies.

Am 20. Juni stellte Hr. Jüngken die Patientin seinen Zuhörern in der Klinik vor. Sie hatte ein etwas ikterisches Aussehen, war sonst aber wohlgenährt. Um beide Mundwinkel ist die Haut in Form von Dreiecken, deren Basis nach unten gekehrt sind, dunkelbraun pigmentirt, gleichsam als hätte Patientin einen dunkelgefärbten Bart. Bei näherer Besichtigung dieser Stellen war eine etwas stärkere Entwickelung der Hautpapillen wahrzunehmen. Im Nacken verbreiten sich ebenfalls vom *Os occipitis* aus, nach den beiden Schultern hin 2 breite braun pigmentirte Streifen in der Haut, in deren Mitte zwei umschriebene Stellen von einem etwas grösseren Umfange als ein Zweithalerstück, eine eigenthümliche Degeneration angenommen haben. Neben einer stärkeren, regelmässig pflasterförmigen Entwickelung der Hautpapillen waren diese Stellen von warzenartigen Excrescenzen bedeckt, von der Grösse eines Stecknadelknopfes bis zu der von Linsen oder Erbsen, die zum Theil mit breiter Basis, grösstentheils jedoch gestielt aufsassen. Noch weiter fortgeschritten war die krankhafte Metamorphose in den Achselhöhlen, wo die Haut und zum Theil auch die subcutane Zellhaut stark verdickt und hypertrophisch war, die Papillen eine grössere Entwickelung hatten, und ein übelriechendes Secret die erkrankten Stellen feucht und schlüpfrig erhielt. Diese Degeneration der Haut ging an der obern seitlichen Wand des Thorax und in der Mitte der innern Fläche des Oberarms allmälig in die normale Beschaffenheit der Haut über. Zu einem enormen Umfange jedoch war die Entartung an den grossen Schamlefzen gelangt, wo zwei kindskopfgrosse Geschwülste, in welche die beiden *Labia pudendi majora* umgewandelt waren, den *Introitus vaginae* bedeckten, wie die Abbildung zeigt. Jedes Labium bildete eine Geschwulst von plattgedrückter Gestalt, unregelmässiger höckeriger Oberfläche, an vielen Stellen exulcerirt, und eine die Atmosphäre verpestende Jauche absondernd. Die Geschwulst des linken Labiums war zwiefach gelappt, und nach unten gegen den After gedrängt, die des rechten, welche höher gegen den Schamberg lag, bildete Knollen, die in zahlreicher Menge auf- und nebeneinander lagen. Die *Labia pudendi minora* waren intact. Die Haut der inneren Flächen des oberen Drittheils der Oberschenkel war in der eben beschriebenen Weise entartet, zum Theil aber auch durch die Geschwülste der grossen Schamlefzen und das von ihnen abgesonderte Secret, gereizt. Das Allgemeinbefinden der Kranken, welche das Zeugniss einer untadelhaften, sittlich reinen Aufführung mitbrachte, war befriedigend; sie hatte Appetit, guten Schlaf und einen ruhigen normalen Puls.

. Die allmälige stufenweise Entwickelung der Krankheit, die schrundige und hypertrophische Beschaffenheit der Haut am Halse, die Entartung derselben, sowie der subcutanen Zellhaut in den Achselhöhlen und endlich die bedeutende Degeneration der grossen Schamlefzen, an denen die krankhafte Metamorphose ihren Höhepunkt erreicht hatte, die zu knotigen, umfangreichen, mit Ulcerationen bedeckten Geschwülsten umgewandelt waren, während der übrige Körper einen ungetrübten Ernährungsprocess zeigte, liessen die wahre Natur der Krankheit nicht verkennen, die in einer Elephantiasis bestand, welche an den grossen Schamlefzen als eine nodosa und exulcerata auftrat. Auch in diesem Falle lag die Aetiologie im Dunkeln, und es liessen sich nur Vermuthungen über die, der krankhaften Metamorphose zum Grunde liegenden ursächlichen Verhältnisse aussprechen. Da die Kranke bis zur Entwickelung ihrer Pubertät vollkommen gesund gewesen, auch nachher keiner Krankheit erlegen war, so suchte sie Hr. Jüngken vorzüglich in einer durch die gestörte Menstruation bedingten Blutkrase, welche durch Ablagerung auf verschiedene Hautstellen, diese gereizt und durch Reizung und Hyperämie jene eigenthümliche Entartung hervorgerufen hat.

An eine Rückbildung der entarteten Schamlefzen war nicht zu denken, vielmehr hatte hier die Krankheit einen solchen Umfang gewonnen, dass die schleunigste Entfernung des örtlichen Leidens dringend angezeigt war, theils um die Unglückliche von dem lästigen und ekelhaften Leiden zu befreien, theils aber auch, um den Uebergang in die krebshafte Metamorphose zu verhüten, der durch die mechanischen und chemischen Reizungen, welchen diese Theile bei der Bewegung des Körpers und in Folge der ulcerösen und urinösen Ab- und Aussonderungen fortwährend ausgesetzt waren, dringend befürchtet werden musste. Es musste daher die Cur mit der Exstirpation der entarteten grossen Schamlefzen begonnen werden, zu welcher Hr. Jüngken sofort schritt.

Nachdem die Kranke in ihrem Bette chloroformirt, und sodann auf den Operationstisch wie beim Steinschnitt gelagert, die Schenkel von zwei zu beiden Seiten stehenden Assistenten gehalten und gehörig von einander entfernt waren, ergriff Hr. Jüngken, zwischen den Schenkeln der Kranken stehend, mit der linken Hand zuerst die tiefer gelegene Geschwulst der linken Schamlefze, spannte sie an, und trennte sie mittelst eines grossen bauchigten Scalpells an der innern Seite durch einen ergiebigen Hautschnitt, den er von unten nach oben führte, von der gesunden kleinen Schamlefze, worauf er den Schnitt in einem bogenförmigen Zuge an der äussern Seite der Geschwulst an der Grenze des Gesunden von oben nach unten durch die Haut und das subcutane Zellgewebe fortsetzte. Die in dieser Weise circumcidirte Geschwulst wurde sodann durch wenige ergiebige Messerzüge von unten nach oben und hierauf in umgekehrter Richtung von ihrer Basis schnell getrennt und die Blutung einstweilen durch Compression der Gefässe mittelst der aufgesetzten Finger von dem Gehülfen gestillt, worauf sofort die spritzenden Gefässe, deren Zahl gross war, unterbunden wurden. Auf ähnliche Weise wurde sodann die Geschwulst der rechten grossen Schamlefze entfernt und gleichfalls die Blutung gestillt. Nach der Entfernung der Geschwülste erwiesen sich das Hymen unverletzt und überhaupt die äussern Geschlechtstheile von ganz gesunder Beschaffenheit. An der Stelle der beiden grossen Schamlefzen blieben 2 grosse umfangreiche Wunden zurück, von denen eine jede wohl die Grösse und Länge einer ansehnlichen Manneshand haben mochte. Der Zeit- und Kräfteaufwand würde gross gewesen sein, hätte man die Heilung dieser Wunden auf dem Wege der Eiterung erzielen wollen. Hr. Jüngken schritt daher sofort zu einer sorgfältigen Vereinigung der Wundränder durch blutige Knopfnähte und verwandelte so die grossen Wunden in 2 feine lange Wundspalten, welche auf jeder Seite mit einem Plumaceau bedeckt wurden. Ein zweites Plumaceau wurde zwischen die kleinen Schamlefzen gelegt, darüber eine dünne leinene Compresse gedeckt, und das Ganze mit einer TBinde befestigt. Zwischen den gekrümmten Knieen und den Malleolis wurden gepolsterte Ringe gelegt, Kniee und Füsse zusammengebunden.

Ueber die Behandlung der Wunden sprach sich Hr. Jüngken in folgender Weise aus: Alle Degenerationen der grossen Schamlefzen charakterisiren sich durch einen grossen Gefässreichthum und durch starke Erweiterung der Gefässe, weshalb man bei Exstirpationen der Art es immer mit bedeutenden Blutungen zu thun hat und trotz der sorgfältigsten Vorsicht, mit welcher man bei der Blutstillung zu Werke geht, dennoch niemals vor Nachblutungen geschützt ist. Diese letzteren sind in den Fällen weniger zu fürchten, wo es möglich war, die Wunde durch eine blutige Naht, wie wir es hier gethan, genau zu vereinigen. Dennoch kann eine Nachblutung eintreten, und um dieses zu vermeiden, ist es nothwendig, dass man Anfangs kalte Umschläge über die Wunde mache. Wir werden daher in den ersten 10 — 12 Stunden der Operirten eine Eisblase zwischen die Schenkel legen, diese aber später weglassen, da mit dem Beginne der Conglutination auch die Gefahr einer Nachblutung sich vermindert. Im Ganzen ist die Vulnerabilität dieser Theile eine geringe, und selten haben Sie, meine Herren, eine heftige entzündliche Reaction auf Operationen der Art zu fürchten, es müsste denn eine ganz ungewöhnliche phlogistische Beschaffenheit des Blutes obwalten. Daher wird es genügen, wenn wir nach der angegebenen Zeit die Eisblase durch Umschläge mit der *Aq. saturn.* ersetzen.

Dagegen sind es andere Schädlichkeiten, welche nach diesen Operationen störend auf den Heilprocess einwirken, die *prima intentio* hindern, die Eiterung fördern, und leicht einen Verjauchungsprocess

mit putridem Charakter herbeiführen. Dieses ist theils die stärkere Ausdünstung an diesen Theilen, welche überhaupt nach allen Operationen an der untern Beckenregion als am Mastdarm, dem Perinäo, der Vagina, sowie auch an den männlichen Geschlechtstheilen sehr störend auf den Heilprocess wirkt; theils die Absonderung des Vaginalschleimes bei Frauen, theils die Einwirkung des Harnes, welche, zumal bei Frauen, sehr schwer ganz zu vermeiden ist; Schädlichkeiten, welche in einem hohen Grade die Bildung plastischer Processe und überhaupt alle Heilprocesse stören. Um ihren nachtheiligen Einfluss möglichst zu schwächen, bediene ich mich bei allen Operationen an den in Rede stehenden Theilen mit grossem Erfolge eines einfachen Sitzbades, in welches ich den Operirten 2—3 Mal täglich zu einer halben bis ganzen Stunde setze. Auch bei unserer Operirten wollen wir dasselbe sobald als möglich in Anwendung ziehen, zumal die mit den Wundspalten zunächst in Berührung kommenden Hautstellen an der innern Seite der Oberschenkel bereits dem beginnenden Krankheitsprocesse erlagen. In den ersten zweimal 24 Stunden bedarf die Operirte nothwendig einer ruhigen Rückenlage, welche sie jedoch auch bisweilen mit einer Seitenlage vertauschen darf, damit das Zustandekommen der Conglutination der Wundränder nicht gestört werde. Am 3. Tage jedoch soll sie Morgens und Abends jedes Mal 1 Stunde lang ein Sitzbad erhalten, Anfangs von kaltem, später von lauem Wasser, und mit dem letzteren werden wir bis zur vollendeten Heilung fortfahren.

Den Gebrauch dieser Sitzbäder kann ich Ihnen, m. H., nach Operationen der genannten Art nicht dringend genug empfehlen; ihrer Anwendung schreibe ich zum grossen Theile die glücklichen Resultate zu, welche ich bei meinen Operationen erlangt habe.

Zum innern Gebrauche wollen wir der Operirten eine Kalisaturation *c. Aq. amygdal. amar.* reichen und übrigens ein streng antiphlogistisches Heilverfahren innehalten.

Die von den Hrn. **Reinhardt**, **Simon** und **Joh. Müller** angestellte Untersuchung der exstirpirten Geschwülste ergab übereinstimmend, dass das subcutane Bindegewebe durch neues Gewebe derselben Art hypertrophirt und zu einer derben, festen, einem Fibroid ähnlichen Masse umgewandelt war; an der Oberfläche fand eine starke Wucherung des Papillarkörpers statt, wodurch das papillare schrundige Ansehen und die warzenähnlichen Excrescenzen auf derselben bedingt wurden.

Am Abend des ersten Tages trat eine leichte Fieberbewegung ein. Am 23. wurden die Suturen entfernt, und fand sich ein grosser Theil der Wunde durch die *prima intentio* vereinigt. Bei der Erneuerung des Verbandes wurde derselbe in ähnlicher Weise als das erste Mal wiedergemacht. Die Umschläge mit kalter *Aq. saturn.* wurden durch solche mit der lauwarmen vertauscht und die Sitzbäder zweimal täglich fortgesetzt. Am 25. traten heftige Fiebererscheinungen auf. Die Operirte klagte über grosse Hitze, starken Durst, lebhaften Kopfschmerz, hatte einen vollen, harten, beschleunigten Puls, so dass es nothwendig war, ihr eine Venäsection von 12 Unzen zu machen, worauf sich am 26. die Erscheinungen ermässigten und das Allgemeinbefinden befriedigend wurde; auch schritt der Heilprocess in den folgenden Tagen auf eine erfreuliche Weise vorwärts. An den Stellen der Wunden, wo Eiterung eingetreten war, war dieselbe gut, und es bedeckten sich diese Stellen mit gesunden Granulationen. Statt der Umschläge mit der *Aq. saturn.* wurden solche mit einem *Inf. flor. chamom.* gemacht. Nachdem jede fieberhafte Neigung vollständig beseitigt, der Appetit und der Schlaf gut und die Kräfte der Operirten wieder gehoben waren, wurde zur Bekämpfung der Dyskrasie ein *Decoct. sarsaparillae* mit der Senna verordnet, dessen Gebrauch während 6 Wochen fortgesetzt ward; und in den ersten Tagen des Monats August wurde an jedem Unterschenkel ein Fontanell von 2 Erbsen gebildet, welches die Operirte angewiesen ward, mehrere Jahre zu tragen. Bei dieser Behandlung schritt nicht allein die Heilung der Wunde sehr erfreulich fort, sondern es besserte sich auch das Allgemeinbefinden der Operirten in höchst auffälliger Weise. Namentlich änderte sich die bis dahin sehr ikterische Gesichtsfarbe derselben; sie gewann ein frisches und gesunderes Ansehen und die braun pigmentirten Hautstellen an den Mundwinkeln und dem Kinne wurden blässer. Auch die lepröse Degeneration der Haut im Nacken, unter den Achseln und an der innern Seite der Oberschenkel ermässigte sich, und die Absonderung in den Achselhöhlen hörte auf. Die Kranke empfand im ganzen Körper ein grösseres Wohlgefühl und konnte, nachdem die Wunden an den Schamlefzen gegen Ende des Monats August vollständig vernarbt waren, geheilt von einem der furchtbarsten und widerwärtigsten Leiden, die Anstalt verlassen.

Aus der Poliklinik des Prof. Seitz zu München.

Zwei Vorträge über die Influenza.

M. H.! Seit der letzten Woche des Januar, den ganzen Monat Februar und März hindurch bis gegen die Mitte des April, gehörte der grösste Theil der in unsere Behandlung gekommenen acuten Erkrankungen einer Form, dem epidemischen Katarrh (Influenza), an. Wie allenthalben, übte auch hier diese oft wiederkehrende Epidemie ihre Herrschaft in ausgedehnter Verbreitung.

Die Zahl der von uns behandelten Influenzakranken stieg auf 187. Sie hatten so genugsam Gelegenheit, die Krankheit in ihren verschiedenen Modificationen und ihren Einfluss auf andere Krankheitsformen zu beobachten.

Obgleich wir nicht versäumten, uns bei einzelnen Fällen über die Eigenthümlichkeit dieses katarrhalischen Fiebers, seine Symptomatologie und Therapie auszusprechen, so wollen wir doch, nachdem es nun abgelaufen, in ähnlicher Weise, wie wir es im vorigen Jahre mit dem Scharlach gehalten, die Summe unserer Beobachtungen noch einmal überblicken, um ein möglichst vollständiges Bild der Influenza überhaupt und ihres diesjährigen Auftretens im Vergleich zu früheren Epidemien derselben zu gewinnen. Nur durch eine übersichtliche Zusammenstellung einer grossen Reihe von Beobachtungen, wie sie uns die abgelaufene Epidemie geboten hat, gelangen wir auf einen Standpunkt, auf dem die Erforschung der Bedingungen des Erkrankens möglich wird, und von dem aus wir auch das Besondere in den einzelnen Erkrankungsfällen mit schärferem Blicke durchdringen können.

Betrachten wir nun zuerst das Auftreten der diesjährigen Epidemie im Ganzen. Bronchialkatarrhe, meist fieberlos, waren seit dem Beginn des Winters die häufigste Krankheitsform, bis in der letzten Woche des Januar, nachdem schon Nachrichten von dem Auftreten der Influenza in Berlin und Wien zu uns gelangt waren, einzelne Fälle von Katarrh der Respirationsorgane, von ungewöhnlich heftigem Fieber, Eingenommenheit des Kopfes, grosser Abgeschlagenheit begleitet, auftauchten. Sie werden sich erinnern, dass ich bei dem ersten, der uns vorkam, die alsbald auch erfolgende allgemeine Verbreitung des epidemischen Katarrhs ankündigte. Wie bei allen epidemischen Krankheiten, zeigten die ersten Erkrankungsfälle die grösste Intensität der Erscheinungen. Im Beginn des Monats Februar mehrten sich die Erkrankungen, um die Mitte dieses Monats waren sie allgemein verbreitet. Die Krankheit herrschte von dort ab unter allen Altern bis in die zweite Hälfte des März, von welcher Zeit an, nachdem fast die ganze empfängliche Bevölkerung durchseucht war, sie an Verbreitung nachliess. Wenn auch weniger zahlreich, kamen doch immer noch neue Influenzafälle bis in die Mitte des April zur Beobachtung. In diesem Monat sah man neben den vereinzelten Influenzafällen zahlreiche Katarrhe der Respirations- und Digestionsorgane, wie sie dem Erscheinen der Influenza vorhergegangen waren, Rheumatismen und leichtere typhöse Fieber. Gegen Ausgang des April, ein paar Wochen nach dem völligen Verschwinden der Influenza, wurden auch diese Krankheitsformen seltener. Der Krankenstand wurde für einige Zeit gering, wie man dies häufig nach der Herrschaft von epidemischen Fiebern wahrnimmt.

Die Krankheit befiel in gleicher Weise beide Geschlechter und alle Lebensalter vom zarten Säuglings- bis ins höchste Greisenalter. Von unseren Kranken gehörten 64 dem männlichen, 123 dem weiblichen Geschlechte an; 10 standen im Säuglingsalter, dem ersten Lebensjahre, 52 im kindlichen vom 1. bis 15. Jahre, 108 im männlichen vom 15. bis 60., 17 im Greisenalter über 60 Jahre.

Sie zeigte, wie zu jeder Zeit ihrer epidemischen Herrschaft, so auch diesmal, grosse Verschiedenheiten in ihren Erscheinungen und in ihrem Verlaufe, die von ihrer Localisation auf den Schleimhäuten und der Individualität der Erkrankten abhingen.

Die verschiedene äussere Erscheinung der Krankheit hat die Beobachter ihrer Epidemien zur Aufstellung mehrerer Formen derselben vermocht. So hat **Schweich** bei der Influenza des Jahres 1833 eine 1) nervös-katarrhalische, 2) eine nervös-synochale und 3) eine rein nervöse unterschieden. (S. seine Schrift: „Die Influenza; ein historischer und ätiologischer Versuch. Berlin, 1836." S. 31.) **Peacock** hat in seiner Beschreibung der im Jahre 1847 und 1848 in London herrschenden Influenza 3 Varietäten, in denen der epidemische Katarrh auftritt, aufgestellt: 1) Die des einfachen katarrhalischen Fiebers; 2) die des katarrhalischen Fiebers mit Lungenaffection complicirt; 3) die des katarrhalischen Fiebers mit vorwaltenden Störungen in den Abdominalorganen; jede trennt er wieder in mehrere Formen, so die dritte in Fälle *a*) des einfachen anterischen Fiebers, *b*) Fälle mit biliösen Störungen und *c*) eine gastroenteritische Form. Will man den epidemischen Katarrh in mehrere Formen scheiden, so müssen sich diese wohl auf die Localisation desselben gründen. Sie giebt den besten Anhaltspunkt für die Zusammenfassung und Beschreibung der Erscheinungen der Krankheit, wie nicht minder für die Würdigung ihres Verlaufs und ihre Behandlung.

Man hat die Influenza, wie andere epidemische Fieber, in Stadien abgetheilt, verschieden nach dem Belieben der einzelnen Beobachter, am besten wohl noch in: 1) Stadium der Vorboten, 2) *Stadium morbi* oder der Localisation und 3) Stadium der Krisen oder der Ausgänge. Das Missliche der Eintheilung in Stadien tritt besonders bei einer vielfach so kurz dauernden Erkrankung, wie der Influenza, hervor. In dem angenommenen Stadium der Vorboten sind die Erscheinungen der Localisation, wenn sie auch öfter übersehen werden, schon vorhandene Ausscheidungen, die man Krisen genannt, weil sie in die Zeit des Nachlasses der Fiebererscheinungen fallen, und darauf ein eigenes Stadium der Krankheit gegründet hat, fehlen in vielen Fällen, wie Sie sich besonders bei der letzten Epidemie überzeugen konnten.

Als Vorläufer der Krankheit beobachtete man grosse Ermattung des ganzen Körpers, Schmerz in den Gliedern, als ob sie zerschlagen wären, geistige Verstimmung, Empfindlichkeit gegen die äussere Temperatur und Appetitlosigkeit. Bei manchen Kranken dauerten diese Erscheinungen mehrere Tage, bis locale und ausgesprochene Fiebererscheinungen auftraten; bei manchen gingen sie vorüber, ohne dass es zu diesen kam. Die Localerscheinungen waren sehr verschieden, je nach der afficirten Schleimhautpartie und der Intensität der örtlichen Affection. Heftiger Kopfschmerz, stechend, klopfend, reissend, häufiges Niesen, anfänglich ein Gefühl von Hitze, Trockenheit und Kitzel in der Nase, später reichlicher Ausfluss eines wässrigen Schleimes, wenn die Nasenschleimhaut der Localisationsheerd der Krankheit war. Geruch und Geschmack waren in solchen Fällen abgestumpft, öfter bluteten solche Kranke aus der Nase, mehrere klagten über starken Schmerz im Nacken. Vielfach ging der ausgebildeten Coryza die Localisation auf der Bindehaut des Auges parallel, sich ankündigend durch Röthung derselben, Lichtscheu und Thränen des Auges, ein paarmal folgte auf diese Erscheinungen beträchtliche Anschwellung der Augenlider, die mehrere Tage anhielt.

Die Localisation auf der Schleimhaut im Schlunde prägte sich durch Röthung und Anschwellung derselben, ein Gefühl von Trockenheit, Kratzen und Zusammenschnüren, Anschwellung des Zäpfchens und der Mandeln aus. Bei manchen Individuen steigerte sich die Stase in den letzteren zu intensiver Tonsillitis.

Vorwaltend häufig ward die Schleimhaut der Respirationsorgane der Localisationsheerd der Krankheit. Je nach der ergriffenen Partie bot sie in einigen Fällen die Erscheinungen der Laryngo-Tracheal-Stase: ein Gefühl schmerzhafter Zusammenschnürung des Halses, Athmungsbeschwerde, trocknen, bellenden, metallisch klingenden Husten, Livor des Gesichts, grosse Eingenommenheit des Kopfes, in den meisten die des Bronchialkatarrhs: Druck, Beklemmung auf der Brust, anfänglich trockener, später feuchter Husten mit schleimigem, später eiterhaltigem, gelblichem, consistentem Auswurf. Bei der Auscultation nahm man verstärktes, rauhes, vesiculäres Athmungsgeräusch, hier und da Rasselgeräusche wahr. Nur in sehr seltenen Fällen, abgesehen von solchen, in denen schon länger *Tuberculosis pulmonum* bestand, oder im Verlaufe der Influenza sich entwickelte, traten Erscheinungen einer Affection des Lungengewebes selbst, der Pneumonie, auf.

Nicht minder häufig, als auf den Schleimhäuten der Respirationsorgane, localisirte sich die Krankheit auf der Schleimhaut der Digestionsorgane, und verlief dann mit den Erscheinungen eines *Catarrhus ventriculi* und *intestinalis*.

Die Kranken klagten über Druck im Magen, hatten Brechreiz, erbrachen das zuletzt Genossene, oder gallige und schleimige Flüssigkeit. Die Zunge war weisslich oder gelblich belegt, mehrere Tage hielt Appetitlosigkeit an. Diarrhöe trat entweder gleich im Anfang mit Schmerz im Unterleibe, oder später auf. Bei einigen Kranken machte sich schwache icterische Färbung des Gesichts bemerklich.

Nur in wenig Fällen beschränkte sich die Localisation der Krankheit auf die Schleimhaut der Nase, unter den von uns behandelten 183 Fällen in 10. Oefter war sie über die Kehlkopf-, Luftröhren- und besonders die Bronchialschleimhaut verbreitet, nämlich in 59, ohne gleichzeitige krankhafte Affection der Schleimhäute der Digestionsorgane. In 53 Fällen waren die Schleimhäute der Respirations- und Digestionsorgane zusammen afficirt. In 61 waren allein die Erscheinungen des *Catarrhus ventriculi* und *intestinalis* vorhanden.

Die Fiebererscheinungen zeigten sehr verschiedene Grade, sowohl was die Frost- und Hitzegefühle, als die Pulsbeschleunigung betraf, während in leichteren Fällen nur kurz dauerndes Frösteln und darauf mässige Wärme sich bemerklich machte, trat die Krankheit in schwereren Fällen mit empfindlicher Kälte auf, und bewirkte eine mehrere Tage anhaltende, besonders in der Nacht lästige Hitze. Ebenso variirte die Pulsbeschleunigung von einer leichten Vermehrung der Frequenz bis zu einer Steigerung auf 120 und 130 Schläge. Ausser der vermehrten Frequenz bot der Puls keine constante Veränderung; nach der individuellen Constitution des Erkrankten war er voll, härtlich oder weich.

Schweisse wurden im Allgemeinen weniger reichlich bei der diesjährigen Epidemie als bei früheren wahrgenommen. Nur in intensiven Fällen waren sie reichlicher schon in den ersten Tagen der Krankheit vorhanden, sonst stellten sie sich meist erst später mässig zur Zeit der Abnahme derselben ein. Der Urin wurde im Beginn der Krankheit spärlich, geröthet und saturirt wahrgenommen, gegen den Ausgang derselben sah man in ihm öfter weissliche Sedimente.

Ausser den schon unter den Vorboten der Krankheit erwähnten Erscheinungen im Nervensystem beobachtete man grosse Eingenommenheit des Kopfes, Umnebelung der Sinne, Schlaflosigkeit, leichte Delirien, in intensiveren Fällen mit stärkerem Fieber. Häufig klagten die Kranken über intensive Schmerzen im Nacken, den Rücken hinab längs des Verlaufs des Rückenmarks, oder in den Gliedern, den rheumatischen ähnlich. Den Schmerzen ging das Gefühl grosser Schwäche in diesen Theilen parallel. Besonders intensiv traten diese Schmerzen zur Zeit der Abnahme der Verbreitung der Epidemie, gegen Ende des Monats März, in mehreren Fällen auf. Bei einem 13jährigen Knaben war völlige Unbeweglichkeit des Körpers damit verbunden. Bei bejahrten Kranken beobachtete man Schwindel und ein ungewöhnliches Zittern der Muskeln. Die Fiebererscheinungen und die Symptome im Nervensystem exacerbirten gewöhnlich gegen Abend und remittirten am Morgen. Sie hielten mit den besprochenen localen Erscheinungen eine verschiedene Dauer durch 1, 2 und 3 Wochen ein. Intensere Stase: Tonsillitis, Laryngitis, Bronchitis, bedingte eine längere Dauer der Krankheit. Ausserdem ward der Verlauf in die Länge gezogen, indem vielfach, nachdem die Localerscheinungen auf einer Schleimhautpartie der Respirationsorgane abgelaufen waren, die der Affection der Gastro-Intestinal-Schleimhaut oder umgekehrt auftraten.

Von den in unserer Behandlung befindlichen 183 Kranken genasen innerhalb der ersten Woche 62, in der zweiten 94, in der dritten 14, in der vierten 5, in einem Falle trat die Genesung erst 60 Tage nach vorausgegangener Abschuppung der Epidermis ein; 4 Kranke starben; 2 litten schon vorher an Tuberculosis, die nach überstandener Influenza sich weiter fortentwickelte. Bei zweien bildete sich die Tuberculosis bald hernach aus.

Der Uebergang in Genesung erfolgte nicht plötzlich kritisch, sondern allmälig nach der Bezeichnung der älteren pathologischen Schule *per Lysin*, indem Fieber und die Localerscheinungen langsam abnahmen. In 3 Fällen beobachtete man zu der Zeit Anschwellung der Submaxillardrüsen, in 2 anderen Rothlauf im Gesicht, in einigen erschienen Herpesbläschen in der Umgegend des Mundes, an den Lippen.

Von grösstem Einfluss auf die Intensität und den Verlauf der Krankheit erwies sich die individuelle Constitution. Kinder in zartem Alter wurden in hohem Grade von der Krankheit ergriffen; sie localisirte sich, nach der diesem Alter eigenthümlichen Anlage zu Laryngostase, bei ihnen öfter auf der Kehlkopf- und Luftröhren-Schleimhaut. Wie dem Säuglingsalter, war die Influenza auch dem höchsten Greisenalter vorzüglich gefährlich.

Frauen wurden öfter zur Zeit der Menstruation von der Krankheit befallen, bei einigen stellte sich im Verlauf der Krankheit Leucorrhöe ein, die jedoch nur kurze Zeit anhielt.

Von grossem Einfluss auf die Erscheinungsweise und den Verlauf waren früher überstandene oder noch vorhandene Krankheiten. Bei Leuten, die an habitueller Hemicranie litten, trat die Influenza mit heftigem einseitigem Kopfschmerz und Erbrechen auf, bei Gichtkranken mit den gichtischen ganz ähnlichen Schmerzen und reichlichen Schweissen; nachdem die Erscheinungen der Influenza gewichen, dauerte der der Gicht eigene Symptomencomplex in mehreren Fällen noch längere Zeit an.

Am meisten hatten Tuberkelkranke von der Influenza zu leiden. Sie trat bei solchen mit heftiger Dyspnöe, schmerzhaftem Husten, erschöpfenden Schweissen auf, die Tuberculosis machte nach abgelaufener Influenza raschere Fortschritte zum tödtlichen Ende. Bei Hämorrhoidariern stellte sich unter Leibschmerzen seröse mit Blut gemischte Diarrhöe ein, die lange anhaltend die Kräfte sehr schwächte.

Ein 10jähriger Knabe, der seit dem Juni 1850 mit *Morbus Brightii* in unserer Behandlung stand, und sich seit einigen Wochen, bei gemindertem Eiweissgehalt des Urins und mässigen ödematösen Anschwellungen der Extremitäten, in einem erträglichen Zustande befand, trat die Influenza in den ersten Tagen des Monats März mit grosser Abgeschlagenheit, Eingenommenheit des Kopfes, heftigem Erbrechen, Diarrhöe, Dyspnöe und Husten ein. Während dann die Erscheinungen der Localisation der Krankheit auf der Bronchial- und Intestinal-Schleimhaut anhielten, zeigte der Urin fast gar keinen Eiweissgehalt mehr. Als das die Influenza begleitende Fieber schwand, mehrte sich wieder der Eiweissgehalt im Urin, die Dyspnöe und Diarrhöe blieben anhaltend; unter Steigerung derselben starb der Kranke nach 8 Tagen. Bei der Section fand sich in den Lungen, die an ihrer Spitze verbreitete Tuberkel enthielten, seröses Exsudat; die Nieren boten die dem zweiten Stadium der Bright'schen Krankheit eigenthümliche Degeneration durch fettige Infiltration dar.

Allein durch die Influenza ward in 3 Fällen tödtlicher Ausgang herbeigeführt, bei 2 Säuglingen und einer hochbetagten 82jährigen Frau. Das erste der Kinder, ein wohlgenährtes 3 Monate altes Mädchen, das von der Mutter gestillt wurde, hatte schon einige Tage an Husten gelitten, als es in der Nacht vom 7. auf den 8. Februar von Fieber mit heftigem Erbrechen und Diarrhöe befallen wurde. Am andern Tage steigerte sich das Fieber; unter anhaltendem Durchfall und Husten erlag es am 10. Febr. um 2 Uhr Morgens, ohne dass Convulsionen oder Erscheinungen eines Gehirnleidens eingetreten wären. Das zweite Kind, gleichfalls 2 Monate alt und wohlgenährt, erkrankte, nachdem seine es säugende Mutter einige Tage an einer leichten Influenza gekränkelt hatte, an den Erscheinungen derselben mit Husten und Diarrhöe. Nach der Erscheinung von Aphthen in der Mundhöhle, anhaltender Diarrhöe, stellten sich Convulsionen ein, unter denen es am 3. Tage nach seiner Erkrankung verschied. Bei den vorgenommenen Sectionen fand man starke Todtenstarre, die Finger- und Zehenspitzen stark eingezogen, fleckige blaue Färbung der Oberfläche des Körpers, die Jugularvenen von Blut strotzend, ebenso die Sinus in der Schädelhöhle. Die *Pia mater* war blutreich, die Substanz des Gehirns normal, enthielt viele Blutpunkte. Die Pleurahöhlen waren trocken. Die vorderen Theile der Lungen waren von Luft aufgetrieben, die rückwärts befindlichen mit dunklem, flüssigem Blute erfüllt. Die Bronchien waren geröthet und enthielten weisslichen blutgemischten Schleim. Im ersteren Falle fanden sich auf dem Kehldeckel stärkere Injection und griesig hervorragende Drüsenbälge. Das Pericardium war in beiden Fällen trocken. Nur im ersten Fall enthielt der rechte Ventrikel etwas flüssiges Blut, sonst waren die Ventrikel leer, die Fötalwege geschlossen. Die Peritonealhöhle ward trocken gefunden, wie die Pleurahöhle. Die Leber und die übrigen Baucheingeweide waren blutarm, die Galle gelbgrün, dunkel, dünnflüssig. Die Schleimhaut des Magens war blass, mit wenig Schleim bedeckt. Der ganze Darmkanal zeigte eine auffallende Blässe. Die Einzeldrüsen des Dünn- und Dickdarms, sowie die Peyer'schen Drüsengruppen, waren angeschwollen, derb und sehr blass im ersten Falle. In beiden enthielt der Darmkanal schleimige, gelbliche, dünne Flüssigkeit. Die Nieren waren blass, ausserdem normal. Im zweiten Falle zeigte die Schleimhaut des Schlundes und der Speiseröhre eine bräunliche Färbung und einige Anschwellung.

Die 82jährige Frau erfreute sich, ungeachtet ihres hohen Alters, noch körperlichen Wohlbefindens, als sie von der Influenza mit den Erscheinungen des Bronchialkatarrhs befallen wurde. Am 3. Tage steigerten sich diese mit den Fiebererscheinungen. Sie klagte über grosse Schwäche, heftige Schmerzen im ganzen Körper, besonders in der Brust. Es stellte sich grosse Athmungsbeschwerde mit quälendem, trockenem Husten ein. Durch Percussion und Auscultation nahm man keine Dämpfung des Tones, laute Rasselgeräusche, daneben verstärktes Athmungsgeräusch wahr. Die örtliche Application von Blutegeln an dem Thorax, Expectorantia und Vesicantia blieben erfolglos. Sie starb am Abend des 5. Tages ihrer Krankheit. Bei der Section zeigte sich die Bronchialschleimhaut geröthet, mit weisslichem, blutgemengtem Schleim bedeckt Die Lungen waren serös infiltrirt.

Bei manchen blieb in der Reconvalescenz noch einige Zeit Körperschwäche, ein leichter Schmerz in den Extremitäten zurück. Besonders betagte Leute konnten sich lange nicht erholen, klagten über andauernde Eingenommenheit des Kopfes, Abnahme der Sinne und der geistigen Verrichtungen, die wir in einem Falle den Uebergang in frühzeitigen Marasmus nehmen sahen. Die nach überstandener Krankheit zurückbleibende Abgeschlagenheit verlor sich meist erst nach Bewegung in freier Luft. Bei einigen sahen wir nach der Influenza Neuralgien auftreten: so bei einer schwächlichen Frau eine hartnäckige, sehr schmerzhafte *Neuralgia ciliaris*, eine Krankheitsform, die man sonst als intermittirende Augenentzündung beschrieben hat. Bei 2 Kranken, bei denen sich die Influenza als Coryza localisirt hatte, sahen wir nach ihrem Verlaufe langdauernde und intensive Conjunctivitis auf beiden Augen sich ausbilden. Nach schweren Fällen blieben die Erscheinungen der Anämie zurück, die Kranken behielten lange ein blasses Aussehen.

Bei einer Frau, die im letzten Monat ihrer Schwangerschaft schwer an der Influenza erkrankte, trat bei der bald nach dem Verlaufe der Krankheit erfolgenden Geburt Wehenschwäche ein.

(Fortsetzung folgt.)

Gute Wirkungen der Lupuline gegen krankhafte Erectionen.

Aus dem Philadelph. medic. Examiner

von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Vor reichlich zwei Jahren, sagt Dr. Page, führte ich in meinem Hospitale zu Philadelphia die Lupuline als ein zur Bekämpfung der nächtlichen Erectionen bei verschiedenen Formen acuter venerischer Krankheiten geeignetes Mittel ein. Seitdem habe ich es häufig genug angewendet, um ermächtigt zu sein, es den Aerzten als ein vortreffliches, sehr wirksames und von allen, den Zubereitungen des Camphers, des Opiums, der Dulcamara, des Strammoniums u. s. w. zugeschriebenen werdenden Inconvenienzen freies Medicament anempfehlen zu dürfen.

Die *Erectio chordata* der Gonorrhöe ist einer der schmerzhaftesten Zufälle; die Anwendung der Lupuline des Abends zeigt sich als eine wahrhafte Präventivmaassregel gegen diesen Zustand. Im acuten Tripper hält sie nicht nur die nächtlichen Aufrichtungen ab, sondern sie scheint auch eine besänftigende Action auf die entzündete Urethra auszuüben, und die Wirkung der Heilsubstanzen, welche man anwendet, um die Krankheit zu heben, zu erleichtern. Durch die Anwendung der Lupuline allein hat man eine Erleichterung des unbequemen Dammschmerzes beim chronischen Tripper, und während der Behandlung der Harnröhrenverengerungen mit Hülfe der Einführung von Bougies erlangt. Es ereignet sich nicht selten, dass, wenn an der Ruthe Schanker sitzen, der Verlauf der Heilung durch die Erscheinung von Erectionen, welche die Theile ausdehnen, sowie die noch schwachen und unvollkommenen Narbenränder zerreissen, unterbrochen wird, und die Anstrengungen der Natur sammt denen des Arztes auf nichts reducirt werden. Ich bediene mich auch dieses Medicamentes gegen nächtliche Samenergiessungen. Wenngleich es keine Heiltugenden für dieses verdriessliche Uebel besitzt, so beugt es doch den Anfällen während der Zeit, wo der Kranke ihrem Einflusse unterworfen ist, vor, und giebt dem Arzte die ganze nöthige Breite, um die Behandlung, von deren Annahme er Nutzen erwartet, in Gebrauch zu setzen, indem es die krankhafte Gewohnheit bricht und die Erectionen verhindert, wenn man Topica auf die Harnröhre appliciren will.

Andere Aerzte bestätigen das hier Berichtete, und Dr. Hartshorne citirt ein Beispiel, in welchem die Wollustgierde (l'appétit vénérien) vollständig in einem Falle von Onanie durch die Darreichung mehrerer Dosen Lupuline auf den Tag, von gr. ij (10 Centigr.) einer jeden, wich. Man giebt von dem Mittel gr. v bis ℈β (25 bis 50 Centigr.) in Pulver oder Pillen gegen Abend, und wiederholt das, wenn es nöthig ist. Das Medicament bringt weder Kopfschmerz, noch Verstopfung oder sonst ein anderes unangenehmes Folgeübel hervor.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Baden. Dem Dr. Wiggenhäuser, prakt. Arzte zu Bodmann, der Charakter als Med.-Rath.

Grossh. Hessen. Dem Prof. Dr. H. v. Ritgen zu Giessen das Ritterkreuz 1. Kl. des grossh. Sachsen-Weim. Weissen Falken-Ordens.

Oesterreich. Dem Kreisarzte in Teschen Dr. K. Nesersta das goldene Verdienstkreuz mit der Krone; dem Arvaer Comitatsphysikus Dr. Demian der k. russ. St. Stanislaus-Orden 3. Kl.

Personalveränderungen. Preussen. Den Bataillons-Aerzten Former vom Füsilier-Bataillon des 10. Infant.-Regiments und Löhsse vom Füsilier-Bataillon des 31. Infant.-Regiments ist der Abschied mit Pension ertheilt. Der hiesige praktische Arzt Dr. Tichy ist zum Stadt-Armenarzte für den Bezirk Neu-Moabit ernannt worden.

Sonnabend, № 43. 25. October 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Einige Bemerkungen über Intrauterinpolypen.

Von

Dr. Credé,

Privatdocent an der Universität zu Berlin.

Bekanntlich sind die gewöhnlich angegebenen Erscheinungen, welche auf einen Intrauterinpolypen schliessen lassen sollen, wie Blutfluss, Schleimfluss, Vergrösserung der Gebärmutter, Reizung der Nachbarorgane und sympathische Affectionen sehr trügerisch, und lassen sich leicht auch auf andere Leiden beziehen. Namhafte Aerzte, wie Dupuytren, die Boivin, Ramsbotham, Mende u. A. hielten die Diagnese überhaupt für unmöglich, Andere meinten, Intrauteriepolypen erregten gar keine besonderen Erscheinuugen, keine Blutflüsse (Levret). Unter solchen Verhältnissen wäre es gewiss am zweckmässigsten und sichersten, ein Verfahren zu kennen, durch welches man direkt den noch in der Gebärmutter befindlichen Polypen fühlen könnte. Die Gebärmuttersonde ist zwar ein vortreffliches Instrument, leitet unser Gefühl aber nicht so unfehlbar, als der Finger selbst, wir können uns deshalb nicht vollständig auf sie verlassen. Sehr zu beherzigen ist deshalb der von Simpson im Edinburgh Monthly journ. of med. sc. Januar 1850, p. 3—31 gemachte Vorschlag, beim Verdachte eines Polypen innerhalb der Gebärmutter, ein keilförmig zugespitztes Stück Pressschwamm auf einer Sonde in den Mutterhalskanal zu bringen, dadurch die Gebärmutter zu öffnen und für die Untersuchung mit dem Finger zugängig zu machen. Ich glaube aber, dass diese Vorbereitung, welche den meisten Frauen sehr lästig und schmerzhaft, für viele Fälle gar nicht nöthig ist. Zuweilen sind die Wandungen des Mutterhalses weich und nachgiebig genug, um den Finger tiefer einzulassen, oder aber sie werden es bedeutend während und kurz nach der Menstruation oder einem Mutterblutflusse. In dieser Zeit kann man leicht mit dem Finger eindringen und eine genaue örtliche Untersuchung anstellen. Ich habe bisher zwar erst einen Fall beobachtet, bei welchem dieses günstige Verhalten mir entgegentrat, bin aber der Ansicht, dass auch in anderen sich dasselbe Resultat ergeben werde. Auch in Bezug auf die Behandlung des Polypen und durch seine Wiederkehr bot der Fall manches Interesse dar, so dass er mir der Mittheilung werth erscheint.

Im Juni 1846 erbat sich die Frau des Uhrmachers E. meinen Rath. Sie war 40 Jahr alt, hatte 2 Kinder, das letzte vor 10 Jahren geboren, war sonst immer gesund gewesen, litt aber seit 2 Jahren an profusen Blutflüssen aus der Gebärmutter. Die Verluste waren immer stärker geworden, die Zwischenräume zwischen den Zeiten der Menstruation immer kürzer, so dass zuletzt gar keine regelmässigen Pausen mehr eintraten, sondern fast fortwährend Blut abging. Dadurch war die Frau sehr geschwächt und hatte ein blutleeres, wächsernes Ansehen. Bei der Untersuchung fand ich sogleich einen Gebärmutterpolypen von der Grösse eines kleinen Apfels, der vollständig aus dem Muttermunde hervorsah und oberhalb des Mutterhalses wurzelte. Er stellte eine runde, feste Fleischmasse mit glatter Oberfläche dar. Unter Assistenz des Dr. P. schnitt ich am 11. Juni mit der gekrümmten Polypenscheere den Polypen an seiner Wurzel ab, nachdem ich ihn mir mit einem scharfen Haken allmälig bis vor die äusseren Geschlechtstheile heruntergezogen hatte. Der Stiel war rund, hatte etwa $\frac{1}{4}$" im Durchmesser und zeigte, wie der ganze Polyp, ein gleichmässiges fibröses Gefüge. Von dem Augenblicke des Schnittes ab floss kaum ein Tropfen Blut mehr, die Frau verliess am dritten Tage das Bett, erholte

Feuilleton.

Salpetersäure ein constanter Bestandtheil der atmosphärischen Luft?

(Schluss aus No. 42.)

Zum Historischen der Frage bemerkt die Commission, dass vor Heller noch kein Chemiker freie Salpetersäure in der atmosphärischen Luft gefunden hat, weder constant, noch transitorisch; im Regenwasser scheint sie zuerst von Priestley entdeckt. Liebig fand 1826 und 1827 von 77 Regenwasser-Rückständen in 17, die durch Verdampfen von Gewitter-Regenwasser erhalten waren, mehr oder weniger salpetersauren Kalk oder Ammoniak, von den anderen enthielten nur 2 Spuren von Salpetersäure. Lampadius erhielt nach einem starken Gewitter Regenwasser, das Lackmus röthete und in einem Pfund 0,3 Gran Salpetersäure enthielt. Boussingault schreibt den Salpetergehalt der Oberfläche der Erde in den Tropen der Salpetersäure, die sich bei den beständigen elektrischen Entladungen bildet, zu. Schönbein erinnert, dass die Ozonbildung immer von Salpetersäurebildung begleitet sei, und schreibt dies dem Ozon zu. Nach Berzelius, Pleischl, Liebig enthält das Brunnenwasser der Städte salpetersaure Salze, die sonst fehlen. Göbel fand in dem salzreichen Wasser des Charysachaflusses, der durch Gebirgsschnee und Regen gespeist wird, keine Spur von Salpetersäure, eben so wenig sind sie gefunden im artesischen Brunnen zu Grenelle, im Nil-, Seine-, Themse-, Rhein-, Donauwasser. In dem Moldauwasser fand Pleischl salpetersaure Salze. In der Menge der Mineralwässer, die in keinem mergelhaltigen Boden sich bilden, ist Salpetersäure nicht nachgewiesen, mit Ausnahme des Seidschützer-Wassers, wo sie mit Kalk- und Bittererde zugleich vorkommt (Berzelius, Steinmann). Selbst Boussingault fand sie in den Wässern der Aequatorialgegenden, wo die Gewitter so häufig sind, nicht.

Nach allem diesem stösst das Neue der Heller'schen Behauptung alle bisherigen Erfahrungen der ausgezeichnetsten Chemiker um, oder sie beruht auf Täuschung; dies Neue beschränkt sich aber darauf: „dass die Entstehung der Salpetersäure ganz unabhängig von Gewittern und dass sie im freien Zustande ein constanter Bestandtheil der atmosphärischen Luft sei", denn dass das Regenwasser Salpetersäure enthält, ist nach Obigem lange bekannt, und dass neben Ozon sich Salpetersäure bilde, von Schönbein bereits nachgewiesen. Anlangend die von Heller gebrauchten Reagentien, so sind es die bekannten. Wenn er aber auf die grüne und blaue Färbung der Guajaktinctur ein besonderes Gewicht legt, so ist zu bemerken, dass diese durch Luft und Licht gleichfalls entsteht, und durch einen Ueberschuss des Oxydationsmittels sogar wieder schwindet. Mithin ist gerade dieses Reagens von sehr geringer Bedeutung. Da die Commission an den Versuchen des Dr. Heller die für Lösung einer so wichtigen Frage nöthige Genauigkeit einstimmig vermisste, so beschloss sie, durch selbstständige genauere Experimente, eine exactere Prüfung der Frage. Sie erhielt demnach einen Aspirator von 12 Wie-

sich schnell und gewann bald ein volles, gesundes, selbst blühendes Aussehen. Die Menstruation regelte sich auf das vollständigste. Nach Verlauf eines Jahres stellten sich wieder stärkere Blutverluste und ziehende wehenartige Schmerzen während der Tage der sonst regelmässig eintretenden Menstruation ein. Da die Erscheinungen sich in den nächsten Monaten steigerten, nahm ich während der Menstruation eine Untersuchung vor und fand den Muttermund so weit geöffnet, dass ich mit Leichtigkeit den Finger durchschieben konnte. Ich fühlte deutlich über dem verkürzten Mutterhalse ganz innerhalb der Gebärmutterhöhle den unteren Abschnitt eines neuen Polypen, dessen Grösse ich einer kleinen Wallnuss gleich schätzte. Tiefer und noch gründlicher zu untersuchen, schien mir des schon bestehenden starken Blutflusses wegen nicht gerathen, ich wartete deshalb einige Tage nach dem Aufhören der Menstruation ab. Der Zustand war jetzt ein ganz veränderter, der Muttermund zeigte sich vollständig und fest geschlossen, der Scheidentheil vom normalen Zustande in keiner Weise abweichend, der Umfang der Gebärmutter nicht bemerkbar vergrössert, so dass, wenn ich in der Zeit zum ersten Male untersucht hätte, ich unbedingt an der Gebärmutter nichts Ungewöhnliches entdeckt haben würde. Meine Diagnose stand jedoch von der ersten Untersuchung her fest, und ich versäumte nicht, in den nächstfolgenden Monaten jedes Mal während und nach der Regelung wiederholt zu untersuchen, theils um die Veränderungen zu beobachten, theils um einen günstigen Zeitpunkt abzupassen, in welchem ich zur Heilung des Uebels einschreiten könnte. Während jeder Menstruation eröffnete sich der Muttermund so weit, dass ich mit dem Finger in die überhaupt etwas tiefer stehende Gebärmutter bequem eindringen, um den ganzen Polypen herumgehen und bis zum Stiele desselben, welcher gerade in der Mitte des Gebärmuttergrundes wurzelte, gelangen konnte. Regelmässig aber schloss sich die Gebärmutter nachher wieder vollkommen. Da mir das Hervorziehen des Polypen durch den Muttermund zu schwierig schien und ich befürchten musste, bei dem ungünstigen Sitze des Stieles durch das Anziehen den Anlass zu einer Umstülpung der Gebärmutter zu geben, entschloss ich mich zu dem Versuche, die Unterbindung innerhalb der Gebärmutter vorzunehmen. Unter Assistenz des Dr. L. benutzte ich hierzu den Ribke'schen Apparat, musste mich aber leider von der Mangelhaftigkeit desselben überzeugen für Fälle, bei welchen man nur mit Schwierigkeiten zur Unterbindungsstelle gelangen kann. Trotz mehrfachen, mit grösster Ruhe und Geduld gemachten Versuchen, kam ich nicht zum Ziele. Da übrigens das Allgemeinbefinden der Frau bisher kaum durch die Blutflüsse gestört war, Eile für die Operation also nicht nothwendig vorlag, so überliess ich den Polypen in den nächsten Monaten wieder sich selbst und setzte nur die genauste Beobachtung fort. Der Polyp wuchs allmälig, das Drängen und der Blutverlust nahmen immer mehr zu, der Muttermund erweiterte sich während der Menstruation immer grösser, so dass ich im Januar 1848 bei der Untersuchung den grösseren Theil des bis zur Grösse einer grossen Wallnuss herangewachsenen Polypen durch den Muttermund hervorgetreten fand. Ich benutzte dies Verhalten, zog ihn mit einem scharfen Haken noch tiefer, bis der Stiel frei wurde, und schnitt mit der Scheere innerhalb der Scheide mit zwei Schnitten die Wurzel durch. Wie das erste Mal erfolgte kein Blutgang, die Frau hütete zur Vorsicht einen Tag das Bett, war in kurzer Zeit vollständig hergestellt mit ganz regelmässiger Menstruation. Dieser zweite Polyp hatte ganz das Ansehen und Gefüge des ersten, war nur etwas kleiner und zeigte an dem gegen den Muttermund gewendeten Theile vielleicht in Folge der vielen Untersuchungen eine oberflächlich verjauchte Stelle. Seit der Zeit erfreut sich die Frau des besten Allgemeinbefindens, leidet nur an zu häufiger und etwas reichlicher Menstruation. Oertlich kann ich an der Gebärmutter keine Erscheinungen finden, welche auf die Bildung eines neuen Polypen hindeuteten.

Simpson giebt in dem oben genannten Aufsatze den Rath, den Intrauterinpolypen bei bevorstehender Wahrscheinlichkeit des Durchtretens durch den Muttermund vermittelst der bekannten Wehen erregenden Mittel durchzutreiben, und wenn dies nicht möglich ist oder nicht gelingt, ihn innerhalb der Gebärmutter zu zerstören oder zu unterbinden. Er schlägt zur Unterbindung einen neuen nach Sabine modificirten Apparat vor, welcher eine so starke Schnürkraft besitzt, dass der Stiel des Polypen wie von einer Kettensäge gleich durchschnitten werden kann. In einem Falle wandte Simpson (Fall 8, S. 15) das Instrument auch an und er erzählt, dass er bei Scheidenpolypen von amerikanischen Aerzten mit Erfolg gebraucht worden sei. Bei Intrauterinpolypen ist aber jedenfalls die Manipulation dieses Instrumentes eben so schwierig, wie die des Ribke'schen und ähnlicher Apparate, und in der Regel sind die Erscheinungen bei Intrauterinpolypen nicht so gefahrdrohend und dringend, um das Martern der Kranken rechtfertigen zu lassen. Was Simpson's Vorschlag betrifft, durch Anwendung des Pressschwamms die Diagnose des Polypen festzustellen, so ist das Verfahren in den seltenen Fällen sehr zweckmässig und nothwendig, wo kein Blutfluss vorhanden oder selbst die Menstruation unterdrückt ist. Treten diese Erscheinungen dagegen von Zeit zu Zeit auf, so glaube ich, dass der Pressschwamm entbehrlich ist, wenn man während des Blutganges die Untersuchung vornimmt. Man scheue sich nicht, wenn eine Untersuchung wegen des Verdachtes eines Polypen überhaupt nothwendig ist, dieselbe auch während der Menstruation vorzunehmen, wenn man auch auf mancherlei altherkömmliche Bedenken der Frau oder der Angehörigen stossen sollte.

Simpson erwähnt in seinem Aufsatze auch einer seltener vorkommenden Form von Intrauterinpolypen, welche nur ganz klein bleiben und mit dünnem Stiele oder breiter Basis auf der Schleimhaut des Mutterhalskanales, auch am Muttermundsrande und im Gebärmutterkörper wuchern. Sie geben Anlass zu bedeutenden Blutungen, erhalten fortwährend im Mutterhalse einen congestiven Zustand und erregen leicht Abortus bei eintretender Schwangerschaft. Simpson bildet auf Taf. 4. mehrere solcher Polypen ab, welche erbsen-, bohnen- oder haselnussgross, breit oder dünn, zuweilen zugleich zu mehreren aufsitzen, öfter ragt einer aus dem Muttermunde hervor, die übrigen sind noch im Halse versteckt. Die bereits ausgetretenen sind weich, dünn, öfter an einem langen fadenförmigen Stiele und haben im Mutterspiegel eine kirsch- oder purpurrothe Färbung. Sie erregen Blutfluss, Schleimfluss, auch ulcerative Entzündung am Mutterhalse und schwellen öfter durch Blut an. Auch bei ihnen will Simpson durch Press-

---

ner Maass Inhalt 16 Tage lang in ununterbrochener Thätigkeit, und liess ihn die Luft vom Garten des geologisch-chemischen Reichsinstituts durch zwei Kugelapparate saugen, in deren ersteren die drei horizontalen Kugeln mit concentrirter Eisenvitriollösung, der wenig Schwefelsäure zugesetzt war, gefüllt war, während der zweite, dem Aspirator nähere Apparat Sodalösung enthielt. Ist Salpetersäure in der Luft, so muss sie mit der Eisenvitriollösung eine braune Färbung erzeugen, indem sie, zu Stickoxydgas reducirt, sich mit dem Eisenoxydul vereinigt. Um auch bei Abwesenheit der Commissionsmitglieder die Reaction nicht zu verlieren, wurde der die Sodalösung enthaltende Apparat eingeschaltet; er sollte die salpetrige Säure fixiren, die bei dem Freiwerden des Stickoxydgases aus der Vitriollösung gebildet wird. Nachdem im Ganzen 1128 Maass Luft durch den Aspirator geströmt war, hatte man, trotz alle 2—3 Tage wiederholter Prüfung, keine Salpetersäure angetroffen. Um die Empfindlichkeit des Apparates zu prüfen und zugleich den Ammoniakgehalt der Luft nachzuweisen, wurde ein zweiter Aspirator von nahe gleicher Grösse genommen, dessen Kugelapparat Sublimatlösung enthielt, und den man vor dem Einfluss des Lichtes durch eine Umhüllung mit Pappendeckel schützte. Schon am 2. Tage zeigte sich eine Trübung durch weissen Präcipitat, und nach 4 Tagen konnte Ammoniak abgeschieden werden. Das doppelte Resultat war also: dass innerhalb 16 Tagen die Gegenwart freier Salpetersäure nicht nachzuweisen war, und eben so wenig an Ammoniak gebundene, wiewohl die Base vorhanden war.

Eine weitere Prüfung der von Heller vorgenommenen Versuche, die diesem negativen Beweise folgte, ergab zur Evidenz, dass dieselben nicht mit der nöthigen Exactheit vorgenommen waren, und Heller sich mehrfach durch sie hatte täuschen lassen.

Die chirurgischen Instrumente auf der Gewerbe-Ausstellung aller Völker.

(Fortsetzung aus No. 42.)

Zu speciellen Zwecken dienende chirurgische Instrumente.

I. Trepanation. Handtrephine von einem unbekannten englischen Verfertiger in einem Gestelle mit 3 Stützpunkten, mit Skala für die Bemessung der Tiefe, in welche eingedrungen. Im Ganzen sind viele Trepanationsbestecke zur Ausstellung gelangt, die durchschnittlich von Fleiss und vorzüglicher Arbeit Zeugniss geben; neue Formen und Einrichtungen sind mir nicht aufgestossen.

II. Augeninstrumente. Die französischen Augeninstrumente sind von vorzüglicher Arbeit und Form; unter ihnen sind die von Luër am vollendetsten. In keiner Klasse von Instrumenten fällt der Vergleich für die englischen nachtheiliger aus als in dieser. Es kann daher nicht auffallen, wenn die hiesigen Operateure ihren Instrumentenbedarf für Augenoperationen von Paris beziehen. Die Novitäten reduciren sich mit Ausnahme unwesentlicher Gegenstände auf die bereits unter den Luër'schen Erfindungen angegebenen.

schwamm den Halskanal erweitern, wobei sie zuweilen in den Poren des Schwammes steckenbleiben und so abgerissen werden. Sonst entfernt er sie durch den Mutterspiegel mit der Polypenzange oder einer Scheere, und zur Radicalheilung, um einer Wiederbildung vorzubeugen, ätzt er mit Höllenstein oder caustischem Kali oder scarificirt zu wiederholten Malen die kranke Schleimhaut, welche den Boden für die Wucherung abgab. Besonders bei Geschwüren, chronischer Entzündung, Hypertrophie und Verhärtung des Mutterhalses empfiehlt er das caustische Kali, welches er gleich nach der Aetzung durch Essigsäure neutralisirt.

Ich hatte Gelegenheit, einen ganz hierher zu dieser seltenen Form von Polypen gehörenden Krankheitsfall zu beobachten, bei welchem alle die von Simpson als charakteristisch angeführten Erscheinungen auftraten.

Die Frau des Schneidermeisters B., 32 Jahr alt, hatte bereits zwei Kinder leicht geboren, war im Allgemeinen stets gesund, litt aber in den letzten Jahren an profusen Menstruationen, zwischen welchen sich ab und zu auch noch unregelmässige Blutflüsse einstellten. Sie wandte sich an mich und erzählte mir, dass sie einen Polypen zu haben glaube, da sich zuweilen während der Regelung ein bedeutend grosser, dunkelkirschroth aussehender, leicht blutender, weicher Körper tief in die Scheide bis zur Schamspalte herabdränge, nach der Menstruation aber wieder verschwinde. Die Frau war im zweiten Monate schwanger und fürchtete irgend eine Gefahr durch den Polypen, obwohl er seit der Empfängniss von ihr nicht mehr bemerkt worden war. Bei der Untersuchung fand ich einen vom Muttermunde ausgehenden langgestielten kleinen Schleimpolypen von der Grösse einer kleinen Haselnuss, der Stiel war etwa $1\frac{1}{2}''$ lang und ganz dünn. Es wäre ein leichtes gewesen, ihn mit den Fingern abzureissen, um aber jede Reizung der schwangern Gebärmutter zu vermeiden, schnitt ich ihn an seiner Wurzel mit der Scheere ab. In den nächsten Monaten zeigte sich keine Spur von Blutfluss, der Mutterhals blieb aber auffallend dick, geschwollen, blutreich. In der letzten Zeit der Schwangerschaft stellten sich häufiger Blutabgänge ein, welche mit dem Beginne der Wehen (7. Jan. 1846) bedeutend zunahmen. Als ich die Gebärende sah, fand ich die Placenta mit ihrem Rande bis an den Muttermund vorliegend, kräftige Wehen trieben aber ziemlich schnell den Kopf in das weite Becken, der tiefer tretende Kopf stopfte den Blutfluss, und das Kind wurde verhältnissmässig schnell geboren. Gleich darauf strömte das Blut aber so heftig, dass ich mich zur schleunigen künstlichen Entfernung der Placenta genöthigt sah. Dadurch wurde zwar die augenblickliche Gefahr gehoben, aber bei der geringsten Bewegung der Frau im Wochenbette traten Blutungen ein, so dass 4 Wochen hindurch die strengste und ruhigste Rückenlage beobachtet werden musste. Nur sehr allmälig erholte sich die Kranke von ihren Verlusten. Ich hatte damals nur den einen Polypen entdeckt, beobachtete auch nachher nur einen fortwährenden congestiven Zustand des Mutterhalses mit Schleimfluss und reichliche und zu häufige Menstruation. — Die nächste Schwangerschaft bot nichts Regelwidriges dar, die Geburt trat am 23. Sept. 1848 mit sehr schwachen Wehen ein, deren anhaltend schlechte Beschaffenheit mich bei eintretender Erschöpfung der Gebärenden zur Anwendung der Zange veranlasste, mit welcher ich schnell und leicht das Kind entwickelte. Das Wochenbett verlief ganz gut, aber die Menstruation blieb, wie früher, profus. Erst am 25. Juni 1850 untersuchte ich die Frau von Neuem, weil sie wissen wollte, ob sie schwanger sei und weil sie wehenartige Schmerzen zu haben glaubte. Ich bestätigte eine Schwangerschaft im 4. Monate und fand den Scheidentheil sehr dick, geschwollen, blutreich und tief stehend. Die Muttermundsränder waren nach aussen umgestülpt, so dass ich bequem den Finger in die Oeffnung legen konnte. Am Rande des Muttermundes sass ein erbsengrosser, lang und dünn gestielter Polyp, im Halskanale zwei andere mit breiter Basis, kuglich glatt hervorspringend. Blut war in der jetzigen Schwangerschaft nicht abgegangen, seit den letzten Tagen hatten sich aber viel Kreuzschmerzen und starkes Drängen nach den Geburtstheilen eingestellt, weshalb die Frau zu abortiren fürchtete. Die Untersuchung geschah sehr vorsichtig, erregte keinen Blutverlust, war auch bei dem tiefen Stande des Muttermundes und der weiten Scheide ausserordentlich leicht. Wegen eines vorhandenen leichten gastrischen Fiebers ordnete ich nur Ruhe im Bette und knappe Diät an. In der Nacht wurde ich zur Frau gerufen, weil sie plötzlich unter Wehenschmerzen viel Blut verloren hatte. Bei meiner Ankunft war soeben ein viermonatlicher Fötus abgegangen, der Blutfluss stand, die Placenta lag zum Theil in der Scheide, zum Theil noch in der Gebärmutter, und war ohne Gewalt vollständig zu entfernen. Die Frau hatte ein durchaus gutes Wochenbett ohne Blutflüsse. Nachdem die Wiederherstellung vollständig erfolgt war, schritt ich zur Entfernung der Polypen. Ich sah durch den Mutterspiegel zwei derselben so eben durch den Muttermund hervortreten, drehte sie mit der Polypenzange ab und ätzte den Mutterhalskanal zu wiederholten Malen mit *Liquor Bellostii*. Die nächsten 8 Tage befand sich die Frau vollkommen wohl, dann aber wurde sie wieder plötzlich von einem bedeutenden Blutverluste überrascht, welcher nach meinem Dafürhalten nur aus der congestiven Reizung des Mutterhalses hervorgegangen sein konnte. Der Blutgang dauerte fast ununterbrochen 6 Wochen lang, und die Kranke konnte in dieser Zeit das Bett nicht verlassen, da jede stärkere Bewegung das Uebel steigerte. Seit etwa einem Jahre ist mit Ausnahme einer stets profusen Menstruation keine Störung der Gesundheit wieder eingetreten. Die Gebärmutter steht tief, der Mutterhals ist dick und blutreich, neue Polypen kann ich indess für jetzt nicht entdecken.

Uroskopische Beiträge No. II.

Von

Dr. Theodor Clemens.

(Fortsetzung aus No. 39.)

Chloride.

Von allen im Harn erscheinenden Salzen haben wohl die Chlorsalze die grösste Bedeutung, wie sie überhaupt bei dem thierischen Stoffwechsel eine der ersten Rollen spielen. In allen Theilen des ani-

---

III. Instrumente für die Nase und Mundhöhle. Luër's Verbesserung der Bellocq'schen Röhre, die eine ausserordentlich leichte Einführung gestattet, besteht in der stärkeren Endbiegung derselben. Der einfache Mundspiegel ist von Charrière nicht unzweckmässig in einen dreiblättrigen mit Erweiterungs-Mechanismus versehenen, umgeändert worden. Die Engländer haben das Tonsillotom noch in alter Form ausgestellt, dessen Kreismesser bekanntlich durch Druck wirkt, während die Franzosen bereits die Luër'sche Erfindung adoptirt haben. (Durch Zug wirkendes Sichelmesser.)

Die Instrumente für Zahn-Extractionen findet man in den englischen und amerikanischen Departements in meisterhafter Arbeit und Construction, mit welchen sich die französischen, ungeachtet des darauf verwandten Kunstfleisses, nicht vergleichen lassen, weil sie in veralteten und unbrauchbaren Formen sind. Die besseren englischen und amerikanischen Zahnärzte bedienen sich ausschliesslich der Extractionszangen, nach der Construction von Jones Tomes, Surgeon-dentist und Lehrer der Zahnheilkunde an der medicinischen Schule von Middlesex-Hospital. Mit diesen Zangen nehmen sie alle Zähne unvergleichlich sicher, leicht und verhältnissmässig schmerzloser heraus, als dies seither mit den alten Instrumenten geschehen konnte. Zudem verschonen sie den Kranken mit den sonst häufigen Quetschungen und Zerreissungen des Zahnfleisches, dem Bruche des kranken Zahnes und des Kieferrandes. Wenn man freilich dabei an die in Deutschland gebräuchlichen Zahnzangen denkt, die in der That nicht schlechter und zweckwidriger geformt sein können, so hält man es fast unmöglich, allgemeinhin mit der Zahnzange auszureichen. Gleichwohl ist dies der Fall, wenn ihnen die erforderliche Construction gegeben wird, und ich bin mehr als ein Mal Zeuge von der überraschenden Schnelligkeit und Sicherheit gewesen, mit welcher Jones Tomes im Middlesex-Hospital sowohl ganze Zähne als Wurzeln herausnimmt. Schmedicke hat in seiner Zeitschrift der Zahnheilkunde (Berlin bei Hirschwald) jene Zangen des Jones Tomes in extenso beschrieben und kann ich mich dieser Mühe entäussern; ich halte es jedoch für schwierig, wenn nicht für ganz unmöglich, nach derartigen Beschreibungen und unvollkommenen Abbildungen jene Zangen anfertigen zu lassen, deren Brauchbarkeit von der genauesten Nachbildung einer bestimmten Form abhängt. Es ist nicht genug, dass sich der Arbeiter die betreffenden Modelle verschaffe, er muss sich auch noch durch fortwährendes Anpassen und Vergleichen mit dem correspondirenden Zahne der Brauchbarkeit seiner Zangen versichern. Allerdings ist ein Zangensatz für sämmtliche Zähne und Wurzeln theuer, doch ist das Publikum berechtigt zu fordern, dass sich jeder auf Bildung und Vertrauen Anspruch machende Zahnarzt in den Besitz der besten Hülfsmittel seiner Kunst versetze.

Unter den englischen Zahnzangen hat Evrad, Charles Street, gegenüber dem Middlesex-Hospital London, geborner Franzose, die meisterhaftesten eingeliefert; nächst ihm hat J. D. Chevalier von New-York die besten ausgestellt.

Die Operation des Zahnherausnehmens ist durch die Erfindung eines besonders construirten Operationsstuhles von dem Zahnarzte Gilbert noch um ein Beträchtliches leichter und schmerzloser gemacht; das Wesentliche desselben besteht in der Befestigung eines soliden, etwa fingerdicken Eisencylinders an dem rechten Rande der in jeden

malischen Organismus in stets gleichen Quantitäten vorkommend, fehlen die Chloride im Normalharn nie, und die Schwankungen in ihrem Erscheinen bei pathologischen Zuständen sind von grösserer semiotischer Bedeutung, als dies von anderen Harnsalzen gesagt werden kann. Da ja der Harn unmittelbar aus dem Blute gebildet wird, so giebt uns der Gehalt des Urins an Chloriden ein deutliches Zeichen, wie es sich mit diesen im Blut verhält, was bei der grossen Wichtigkeit, welche dem Chlornatrium in der Blutmischung beigelegt werden muss, sehr in Betracht kommt. (Joh. Müller hat zuerst dargethan, dass der Chlornatriumgehalt des Bluts, verbunden mit dem Albumen des Serums, die Mutterflüssigkeit bildet, welche die Integrität der Blutkörperchen bedingen.)

Doch nicht immer kann eine genaue Urinuntersuchung in dieser Beziehung Aufschluss geben über die Blutbeschaffenheit, indem bei bestehender Nierenaffection verschiedener Art eine Disharmonie der Salzbeimischung beider Flüssigkeiten statthaben kann, die um so täuschender ausfallen wird, je bedeutender die Nierenaffection der Normalabsonderung hemmend in den Weg tritt. Dies finden wir ja z. B. bei *Morbus Brightii*, wo im letzten Stadium der Krankheit das mit Salzen überladene Blut mit dem specifisch so sehr leichten Harn gar nicht mehr im Einklang steht. Auf der andern Seite treffen wir auf eine die Diagnose trübende Schwankung, welche noch grössere Schwierigkeiten darbietet, wie die eben berührte Complication. Wenn nämlich jeder gewissenhafte Beobachter sagt, dass die Abnahme der Chloride im Urin oder das seltene gänzliche Fehlen derselben immer einen krankhaften Zustand des Organismus anzeigt, und bei der Diagnose wie in der Therapie sehr zu berücksichtigen ist, so muss ebenso unumwunden zugestanden werden, dass die Erscheinung bei ein und derselben Krankheitsform, ja in ein und derselben Epidemie, den grössten Schwankungen unterliegt. Wenn wir sehen, dass bei einer Pneumonie bei dem Abnehmen der Chloride der Zustand des Kranken sich sichtlich verschlimmert, und endlich eine reichliche Erscheinung der Chlorsalze im Urin die Wendung zur Genesung anzeigt, so dürfen wir uns nicht wundern, wenn bei einem anderen ähnlich und zu derselben Zeit erkrankten Individuum dieses nicht der Fall ist, ja oft das Gegentheil eintritt. Der Charakter der Epidemien und das Individuelle des erkrankten Organismus bieten hier dem behandelnden Arzte jedenfalls ein weites Feld der Beobachtung, welches bis jetzt noch sehr unbearbeitet daliegt, und der Therapie doch so ganz unentbehrliches Material liefern müsste. Wer sich viel mit Urinuntersuchungen beschäftigt, wird bald auf einen Standpunkt kommen, wo ihm vor dem Chaos seiner eigenen Beobachtungsresultate bangt, denn jeder Versuch, zu schematisiren, wird durch weitere eifrige Beobachtung unerbittlich zurückgeschlagen, und die Wahrnehmungen schieben sich leicht zu einem unentwirrbaren Knäuel zusammen. Ich habe in allen Krankheiten, wo das Schwinden der Chloride, im Harn vorkommend, von Bedeutung sein soll, und nicht existirend für gleichgültig gehalten wird, die Urine regelmässig und häufig untersucht, und bin zu dem festen Resultate gekommen, dass nirgends in dieser Beziehung eine Norm aufgestellt werden kann und darf.

Die Verminderung der Chloride im *Rheumatismus acutus*, Pneumonie, Typhus, Peritonitis, Cholera etc. habe ich oft beobachtet, aber der Gang der Krankheit nahm noch öfter sehr wenig Notiz von dieser in der Semiotik bis jetzt so hochgehaltenen Erscheinung. Das Schwinden der Chloride bei Entzündungen, die recht acut auftreten, ist ein sehr böses Zeichen, das ist gewiss, aber nicht immer ist ein lethaler Ausgang unvermeidlich, wenn dieses Zeichen eingetreten ist, und ebenso viele Kranke sterben an acuten Entzündungen, ohne dass wir in dem Kochsalzgehalt des Harns eine merkliche Schwankung wahrnehmen können. Jedenfalls ist die Annahme, dass der fehlende Salzgehalt des Urins als überschüssiger im Blut zu suchen sei, ein, wenig gesagt, noch unbegründeter, indem ein verminderter Blutsalzgehalt, mit vermindertem Kochsalzgehalt des Urins vereinigt, weit eher gedacht werden kann und weit schlimmere Folgen haben wird.

Bekanntlich fürchten wir uns auf der Höhe der Entzündungen vor der Exsudation, oder, physiologischer ausgedrückt, vor exsudativer Faserstoffgerinnung. Es wird aber ziemlich allgemein angenommen, dass der Kochsalzgehalt des Bluts auf die Löslichkeit seines Fibrins und Albumins den grössten Einfluss ausübt und die Capillarwandungen bei dieser Löslichkeit für die Blutmasse impermeabel bleiben. Eine Abnahme dieses Stoffes im Blut, und also im Urin, könnte aber bei Entzündungen allerdings einen sehr unerwünschten Ausgang beschleunigen oder gar herbeiführen. Wenigstens sah ich oft genug bei recht acuten Pneumonien den Kochsalzgehalt des Urins bei eintretender Hepatisation sich ganz bedeutend verringern, ebenso bei exsudativer Pleuritis und Peritonitis. Ganz sicher ist, dass bei allen Entzündungen der Faserstoffgehalt des Blutes sehr vermehrt erscheint, und das verringerte Serum dann natürlich mehr Kochsalz enthalten muss, wie im Normalzustande. Je geringer die Quantität des Serums in Entzündungen, desto weniger Urin wird ausgeschieden, der sodann natürlich nicht kochsalzarm sein kann. Ist aber das Serum des Bluts bei überwiegendem Fibrin dennoch kochsalzarm, so ist jedenfalls eine Blutdissolution eingetreten, die Exsudationen setzen kann, und der Harn führt sodann auch weniger Kochsalz. Die geringste Blutdissolution ist aber bei jeder rein entzündlichen Krankheit der letzte Act, wo solche, wie man sich unter Laien ausdrückt, nämlich nervös wird. Dieses sogenannte Nervöswerden bei Entzündungskrankheiten, die anfangs ganz rein als solche auftraten, ist allerdings ein Wendepunkt, wo wir sehr oft die Chloride des Harns vermindert sehen. Bis jetzt habe ich diese Erscheinung bei Lungen- und Leberentzündungen (Pleuritis und Perihepatitis eingerechnet) am häufigsten beobachtet. Auch das Entzündungsstadium im Typhus geht unter dem beständigen verringernden Kochsalzgehalt des Urins allmälig in das *Stadium nervosum* und in den Tod über. Da ich nun dieses Schwinden der Chloride am häufigsten bei solchen Wendepunkten, die das Eintreten einer Blutdissolution anzeigen, beobachtet habe, warum soll ich dann annehmen, dass das Blut nun Kochsalzüberschuss in seinem Serum geführt hätte? Warum soll ich nicht lieber glauben, dass das nun kochsalzärmere Blut auch weniger Chloride an den Harn abgeben kann? Letzteres liegt wenigstens näher, und ersteres ist durch Blutuntersuchungen noch lange nicht bewiesen, denn wie ausserordentlich schwierig ist es doch, bei den in solchen Krankheiten so wesentlichen quantitativen Schwankungen des Serums, dessen Salzgehalt relativ zu bestimmen.

Winkel stellbaren, geraden, am Kopfende von rechts nach links ausgeschweiften hohen Lehne. Mittelst einer stellbaren Nuss wird ein Stahlstück zwischen die geöffneten Kiefer des Patienten gebracht und über dieses Hypomochlion der Zahn mittelst der Zange herausgehoben.

Neben den Extractions-Instrumenten haben die Engländer und Amerikaner eine auffallend grosse Menge für das Reinigen und Plombiren der Zähne berechneter Instrumente exhibirt, die allerdings grössere Vollkommenheit besitzen als jene, welche man bei anderen Nationalitäten ausgestellt findet. Es hängt dies mit der Thatsache zusammen, dass Engländer und Amerikaner eine überwiegend grössere Sorgfalt auf die Kultur ihrer Zähne verwenden. Den deutschen Zahnärzten sind besonders die englischen etc. Kugel- und Pyramidenfeilen mit dem Luër'schen Feilenträger zu empfehlen, mittelst welchem sich hohle Zähne in jeder Richtung für die Plombe vorbereiten lassen.

IV. Instrumente für Luftröhre und Lunge. Tracheotom mit Doppel-Canule nach Luër. — Spirometer nach Dr. Hutchinson verfertigt und ausgestellt von George Ewart Quickset-Row, New-Road, London.

V. Instrumente zu Steinoperationen etc. Unter den Instrumenten zur Zertrümmerung der Blasensteine ist als französische Novität ein Mechanismus zu erwähnen, der in der männlichen Hälfte des Lithotripticon eine runde Raspel Behufs Zerkleinerung des ergriffenen Steines in Bewegung setzt. Die englische Einrichtung ist wesentlich dieselbe. Luër hat ein Instrument für den speciellen Fall erdacht, dass ein Katheterbruchstück aus der Blase zu nehmen ist. In welcher Richtung letzteres auch gefasst wird, es nimmt sogleich die Längenachse des Instrumentes ein. Ferner ein Tirefond von demselben Aussteller zur Extraction fremder Körper aus der Urethra, und ein Dilatator, als Vorbereitungs-Instrument für die Operation der Stricturen und der Steinzertrümmerung.

In Betreff der geburtshülflichen Instrumente ist wieder den englischen und amerikanischen der Vorzug zu geben, insofern ihre Form bei weitem feiner und applicabler als die der französischen ist. Die Kephalotribe der letztern hat das Perforatorium der erstern nicht verdrängen können. Nur die Placentazange der Franzosen ist besser. Loxeter, Graftonstreet, London, hat einen nachahmungswerthen Mechanismus für das Oeffnen 2- und 3blättriger Specula ausgestellt.

(Schluss folgt.)

Preisaufgabe.

Von der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Bologna: „Monographie über den Rheumatismus; Bestimmung der Form, des Wesens, der Ursachen und Behandlung dieser Krankheit.“ Preis: 500 Fr. Einsendungstermin der lateinisch, französisch oder italienisch geschriebenen Abhandlungen, an den Secretär der Gesellschaft adressirt: 31. Mai 1852.

Nach meinen Beobachtungen kann ich daher nicht behaupten, dass die Verminderung der Chloride im Harn in Entzündungen das Exsudationsstadium anzeigt, sondern ich muss mich allein mit dem sehr geringen Resultat begnügen, dass in den meisten Fällen hierdurch eine ungünstige Wendung der Entzündungskrankheiten zu vermuthen ist. Sicherer darf sich ein gewissenhafter Beobachter nicht ausdrücken, denn ich habe Fälle genug gesehen, wo bei plötzlichem Verschwinden des Kochsalzes im Urin zwar sichtliche Verschlimmerung eintrat, aber der Kranke dennoch geheilt worden ist. Tritt freilich der Salzgehalt des Urins nicht wieder ein, so ist die Prognose, je länger das Kochsalz im Urin gänzlich fehlt, eine um so schlechtere. Ich kann nicht umhin, darauf aufmerksam zu machen, dass hier der Charakter der Entzündung wohl eine Hauptrolle spielen mag, und dass der Genius epidemicus in dieser Hinsicht jedesmal ganz grosse Verschiedenheiten mit sich bringt. So habe ich in einer Scharlachepidemie, wenn bei hydropischen Erscheinungen die Chloride schwanden, jedesmal die grösste Pulsfrequenz mit Delirien und baldigem Tod eintreten sehen. Ebenso fand ich bis jetzt der Verminderung der Chloride im Harn an *Erysipelas faciei* Erkrankter immer rasch Gehirnaffection und in zwei Fällen den Tod folgen. Das rasche Verschwinden und das oft ebenso rasche Wiedererscheinen der Chloride im Harn ist räthselhaft, und niemals konnte ich in dieser Hinsicht eines ätiologischen Momentes habhaft werden; ja beim besten gewöhnlichsten Krankheitsgang tritt oft eine sehr wesentliche Abnahme der Chloride ein, ohne dass die bestehende Symptomenreihe verändert wird, und der Kochsalzgehalt erscheint alsbald wieder, ohne irgend eine Folge in seiner Normalmenge. Jedenfalls bleibt in allen Krankheiten, sie mögen heissen wie sie wollen, die Abnahme des Kochsalzes im Urin wenigstens bedenklich. Bei exanthematischen und erysipelatösen Krankheiten habe ich diese Veränderung nie ohne Bedeutung auftreten sehen, doch sind meine Beobachtungen in dieser Hinsicht nicht zahlreich genug, um als beweisgebend zu gelten. In anderen entzündlichen und nicht entzündlichen Krankheiten sah ich dagegen Schwankungen des Kochsalzgehaltes ohne Einfluss auf das Allgemeinbefinden eintreten, ja es sind mir Fälle erinnerlich, wo mehrtägiges Verschwinden der Chloride die vorhandene Symptomengruppe weder subjectiv noch objectiv zu verändern im Stande war. Das Verschwinden der Chloride ist in der Regel ein mehr plötzliches, und ebenso plötzlich erscheinen diese Salze in dem Urin wieder. Haben sie dagegen auf der Höhe der Krankheit einmal gefehlt, oder sich in sehr verringerter Quantität gezeigt, so habe ich in ein und derselben Krankheit bei demselben Individuum diesen Umstand noch niemals zum zweitenmale beobachtet.

Nicht immer finden sich bei dieser abnormen Harnabsonderung wässerige und vermehrte Stühle, und ich sah wenigstens ebenso oft gänzliche Stuhlverhaltung, wie das Gegentheil. Werden aber in solchen Fällen Mittelsalze gegeben, so gehen solche nicht in den Urin über, sondern sie erregen reichliche Diarrhöen und bleiben ohne allen Einfluss auf die Harnmischung, was jedenfalls ein ganz eigenthümliches Darniederliegen der Blutbereitung beweist. Dieser Umstand stützt meine Annahme, dass in solchen Fällen der Salzgehalt des Blutserums abnorm verringert ist, ebenfalls; denn wenn die gereichten Mittelsalze nicht zum Theil assimilirt werden, so liegt überhaupt die Chylification darnieder, und die Erkrankung eines einzelnen Organs (z. B. bei Pneumonien) ist alsdann dermaassen in Rückwirkung zum Gesammtorganismus getreten, dass wir nun plötzlich quasi mit einer ganz anderen Krankheit zu kämpfen haben.

Dieses sind die Wendepunkte, wo der praktische Arzt in Entzündungskrankheiten die antiphlogistische Heilmethode verlässt, denn die Krankheit ist nervös geworden. Dieser Wendepunkt in den Entzündungskrankheiten, welchen wir durch genaue und tägliche Urinuntersuchungen allerdings gar oft vorauszusagen im Stande sind, hat auf den Krankheitsverlauf die grösste Einwirkung, wenigstens können wir es mit Bestimmtheit sagen, dass bei allen entzündlichen Krankheiten, wo die Chloride einmal geschwunden waren, die Reconvalescenz sehr in die Länge gezogen wird. Dieser Wendepunkt erfordert die gewöhnlich auch in diesen Fällen gereichten Stimulantia, und zwar sehr rasch. Hier wirken bei beschleunigtem, sehr fieberhaftem, aber meistens etwas unterdrücktem Pulse Moschus, Castoreum, Campher, *Acidum benzoicum* und die Aetherarten sehr heilbringend, während die fortgesetzte antiphlogistische und kühlende Behandlung in diesen Fällen offenbaren Schaden bringt. — Bevor dieser Zustand des Nervöswerdens aber eintritt, geht in den meisten Fällen eine zwei- auch dreitägige manchmal nur 24stündige Kochsalzlosigkeit des Urins vorher, und der Zustand des Kranken ist sodann immer rasch ein solcher, dass ich nach allen in diesem Gebiet gemachten Erfahrungen schliessen muss, dass das Schwinden und sehr geringes Vorhandensein der Chloride des Urins immer in einer schon ausgebildeten krankhaften Blutmischung und veränderter Chylification seinen Grund hat. — Dass bei dem Nervöswerden der fieberhaften und Entzündungskrankheiten Schwinden der Chloride im Harn eintreten muss, ist jedoch noch lange nicht gesagt, wie ich denn gleich von vorne herein versichert habe, dass auch hier bis jetzt eine bestimmte Norm aufzustellen unmöglich ist. Ich habe Pneumonien, Scarlatina, Typhus etc. sterben sehen, ohne dass die Chloride im Urin geschwunden waren, und habe solche genesen sehen, wo diese Abnahme eine sehr beträchtliche gewesen war.

Am meisten Gewicht hat das Verschwinden der Chloride in den reinen Entzündungen eines Organs, doch sind auch hier — wenn diese Entzündungen, wie es ja oft geschieht, epidemisch auftreten — grosse Verschiedenheiten bemerkbar. Wie verschieden z. B. der Charakter der Pneumonien ist, weiss jeder Arzt, und so geht es bei allen epidemisch auftretenden Entzündungen; sie stehen alle unter dem Einflusse des Genius epidemicus und können nicht auf ein und dieselbe Art behandelt werden, denn sie bieten ja auch ganz verschiedene Erscheinungen dar. Bei Pneumonien hängt die Vorhersage auch nicht immer von der Grösse der pneumonischen Heerde ab, denn ich habe recht tückische Pneumonien gesehen, wo die pneumonischen Heerde ganz klein in einem oberen Lappen localisirt waren und schon am 4. und 5. Tag die Chloride schwanden, Delirien begannen und die Krankheit nervös wurde, dagegen in Epidemien, die ganze Lungenlappen, und manchmal sogar beider Seiten, befielen, der Kochsalzgehalt des Urins sich gleich blieb und die Kranken mit auffallend kurzer Reconvalescenz genasen. Ganz dieselben Erscheinungen beobachtete ich bei anderen Entzündungen, deren epidemischer Charakter sich nicht leugnen liess. Gewiss ist, dass unter allen Krankheiten das Abnehmen und Schwinden der Chloride am häufigsten beobachtet wird in Pneumonien, Hepatitis und Typhus, und dass in den meisten Fällen diese Erscheinung ein tiefes Ergriffensein des Gesammtorganismus anzeigt und eine von der gewöhnlichen Behandlung verschiedene Therapie verlangt. Dass es ganze Epidemien dieser Krankheiten (Hepatitis ausgenommen) giebt, wo eine Schwankung des Kochsalzgehalts im Urin nicht wahrgenommen werden kann, davon habe ich mich wiederholt überzeugt. Gar viele Epidemien dieser Krankheiten verlaufen bei Entfernung aller Schädlichkeiten ohne Kunsthülfe normal.

(Fortsetzung folgt.)

Febris intermittens quotidiana perniciosa epileptica.

Von

Dr. E. A. Meinel,

Arzt in Roth in Mittelfranken.

Es finden sich in Bayern mehrere Landstriche, in denen die Wechselfieber heimisch sind, aber selbst da zählen die perniciösen Formen zu den seltenen Vorkommnissen, so dass man, wenn auch maskirte Formen aller Art entgegentreten, bei uns nicht über Bösartigkeit der typösen Fieber klagen kann; hievon machen nur hie und da einzelne Epidemien Ausnahmen. Wie bei uns, ist's fast im ganzen deutschen Vaterlande, so dass sich wohl der Satz vertheidigen lässt: wo Wechselfieber in Deutschland endemisch sind, haben sie fast durchweg gutartigen Charakter.

Bei diesem meist gutartigen Auftreten der Wechselfieber ist der von mir beobachtete Fall einer *Febris intermittens epileptica* um so interessanter, als er noch dazu in einer Gegend auftrat, in der Fieber durchaus nicht heimisch [1]) sind. Unter 6000 Kranken, die ich in meinem jetzigen Wirkungskreise im Verlaufe weniger Jahre behandelt habe, kommen nämlich nur 19 Wechselfieberfälle vor, und von diesen treffen die meisten auf Arbeiter, welche sich beim Eisenbahnbau vielfach Verkältungen und Durchnässungen aussetzen mussten, nämlich 10 auf 400. Das seltene Vorkommen der *Febris intermittens epileptica* möge Folgendes beweisen.

Eisenmann [2]) schreibt in seinen Typosen, dass Caldera [3]) zuerst die *Febris intermittens epileptica* genau beschrieben habe; er hat überhaupt mit grösstem Fleisse die ältere Literatur gesammelt und mitgetheilt. Auch die neuere Literatur weist solche Fälle — wenn auch nicht zahlreich, wahrscheinlich wegen des seltenen Auftretens

[1]) Mein ärztlicher District ist mir mit mehreren Aerzten in dem Fabrikstädtchen Roth, mit nahe an 3000 Einwohnern, und seiner Umgegend (7 Stunden von Nürnberg gegen Süden entfernt) zugewiesen. Es liegt dasselbe in der Spitze eines rechten Winkels, der durch den Zusammenfluss des Flüsschens Rednitz, von Süden kommend, und des Baches Roth, von Osten kommend, gebildet wird. Beide Wasser schwellen gewöhnlich im Frühjahr und nach heftigen Regengüssen zu einer bedeutenden Höhe an, so dass sie alle Niederungen und selbst einen kleinen Theil der Stadt unter Wasser setzen. Stehende Wasser sind in der Gegend nicht, namentlich nicht in der nächsten Nähe der Stadt. Die Umgegend ist hügelig, besteht grossentheils aus aufgeschwemmtem Quarzsand. Die Formation ist die des Keupers.

[2]) Die Krankheitsfamilie Typosis. Zürich, 1839. S. 401. 640.

[3]) Tribunale medicum. p. 225.

dieser Krankheit — nach, so haben Lippert [1]), Langguth [2]), Voigt [3]), Jenisch [4]) u. A. die Wissenschaft mit solchen Krankengeschichten bereichert.

Eisenmann nimmt eine *Febris intermittens epileptica* und eine *Epilepsia intermittens* an; erstere rechnet er zu den vasculosen Typosen, letztere zu den Neurosen. Der Unterschied finde sich allein darin, dass die eine Form mit Fieber auftrete, die andere ohne Fieber verlaufe; doch giebt er selbst zu, dass dieser Unterschied nicht absolut, sondern nur relativ sei, denn wenn auch in vielen Fällen durchaus kein Fieber vorhanden sei, so treffe man doch bei vielen anderen ein Gähnen, Dehnen, selbst leichte Schauder, und zu Ende des Paroxysmus einen bemerklichen Schweiss an: also denn doch Erscheinungen des im Organismus verlaufenden typosen Processes. Es kann wohl demnach diese Eintheilung von keinem besonderen Belang sein.

Unser Gewährsmann bezweifelt, dass die Anfälle in den von Martin Roland [5]), Tulpius [6]), Helwig [7]), Dodonäus [8]), Frank [9]), Sachs von Löwenheim [10]) und Kerkring [11]) erzählten Krankengeschichten typöser Natur gewesen seien, weil die Epilepsie des Tages mehr als zwei Anfälle machte. Ich erwähne dies, weil in meinem Falle Aehnliches vorkam, und doch seine typöse Natur kaum zweifelhaft sein kann.

Ein 21jähriger, junger Mensch, der auf der Eisenbahn in einem sehr quellenreichen Terrain arbeitete, und sich da sehr häufig einer Durchnässung der Füsse aussetzen musste, zugleich sich häufig geschlechtlichen Ausschweifungen hingab, wurde eines Abends plötzlich von den heftigsten Krämpfen befallen. Derselbe war der uneheliche Sohn ganz gesunder Eltern und will nie krank gewesen sein. Von Profession ein Büttnergeselle hatte er sich auf der Wanderschaft in Nürnberg, in Sachsen und in den Rheingegenden längere Zeit aufgehalten, ohne je von einem Wechselfieber heimgesucht worden zu sein. Die sogleich zu beschreibenden Paroxysmen überkamen ihn Abends 6 Uhr plötzlich ohne vorhergegangene Ahnung, als er eben seine Pfeife anzünden wollte. Um 10 Uhr vor Mitternacht wurde ich zu dem Kranken gerufen, der folgendes Bild darbot. Bei meinem Eintritt in eine Bodenkammer fand ich den Kranken auf einem Bette liegend bei vollem Bewusstsein mit gereiztem Pulse und über grosse Mattigkeit klagend. Plötzlich wurde er mit einem Male von mimischem Gesichtskrampf befallen, der nach einer Dauer von 10 Minuten mit der heftigsten Mundklemme endete. Nach kurzer Dauer derselben betrat ein anderes Bild die Scene. Es wurde der Rumpf, der bisher ruhig gelegen hatte, der Sitz grässlicher Krämpfe. Zuerst zogen sich die Bauchmuskeln zusammen, und der Brustkorb dehnte sich aus wie beim tiefen Einathmen; man konnte deutlich die Wirbelsäule fühlen, im Darm kollerte es heftig. Dann wurde der Brustkorb möglichst zusammengezogen und der Unterleib wölbte sich und bekam die Härte eines Brettes. So wechselten die Erscheinungen, abwechselnd zuerst die Muskulatur des Bauches, dann die des Brustkorbes in ihr Bereich ziehend, so dass eine fortwährende wellenförmige Bewegung von unten nach aufwärts stattfand, was eine volle Viertelstunde in gleichem Maasse anhielt. Der Trismus hatte fortgedauert, doch konnte der Bulbus bewegt werden und der Kranke war bei Bewusstsein. Nun änderte sich von Neuem die Scene. Der Kranke streckte tetanisch die Glieder und hörte einige Secunden auf zu athmen, indess war der ziemlich heftige Herzschlag zu fühlen, mit ihm ging synchronisch der Puls. Dann machte Zähneknirschen den Uebergang zu den heftigsten Krämpfen der obern und untern Extremitäten. Dieselben wurden abwechselnd mit aller Kraft gegen den Körper angezogen und wieder von demselben weggeschleudert, so dass bald Beuge-, bald Streckmuskeln sich contrahirten. Die Kraftentwicklung war so gross, dass 5 Personen nöthig waren, um den Kranken im Bette zu halten. In diesem letzten Stadium der Krämpfe war das Bewusstsein und mit ihm alle Empfindung erloschen, die Pupillen waren erweitert ohne Reaction, die Daumen waren eingeschlagen, die Hand zur Faust geballt; Schaum stand nicht vor dem Munde. Dies letzte Stadium endete mit sehr heftigem Opisthotonus. Dann collabirte plötzlich der Körper, und der Kranke war frei von den Krämpfen, aber sehr ermattet, und klagte besonders über das zweite Stadium. Ich blieb diese Nacht bei dem Kranken und beobachtete den Anfall ganz genau in der eben beschriebenen Weise zehn Mal. In den freien Intervallen hatte ich Mercurialeinreibungen längs der Wirbelsäule machen lassen, hatte den Kranken in ein warmes Bad gesetzt und Kopf und Wirbelsäule mit kaltem Wasser begossen, Sinapismen auf die Waden und die Magengegend setzen lassen. Umsonst! Des andern Tages als die Anfälle aufgehört hatten, liess ich Schröpfköpfe zu beiden Seiten der Wirbelsäule ansetzen. Drei Calomeldosen von je 6 Gran, schon während der Nacht gereicht, brachten einige Calomelstühle. Während der Apyrexie hatte der Kranke keine Klage, Puls normal, kein Zungenbeleg. Abends 6 Uhr Beginn des Drama's der vorigen Nacht. Genau dieselben Erscheinungen, 12 Paroxysmen, die dritte Nacht ebenso mit 9 Anfällen, die vierte und fünfte Nacht mit 11 Anfällen. Ich hatte unterdessen vergeblich Zinkblüthen mit Valeriana und Bilsenkraut, valeriansaures Zink und hydrocyansaures Eisen ohne allen Erfolg gegeben. Wegen der typischen Wiederkehr der Paroxysmen entschloss ich mich zum Chinin. Nachdem des Tags über 14 Gran genommen worden waren, erschienen nur vier viel kürzere und weniger intensive Anfälle. Den andern Tag nahm der Kranke 10 Gran und hatte darauf nur einen Anfall, der übrige Theil der Nacht war ruhig. Von da an sistirten beim Fortgebrauche des Chinins die Anfälle ganz, so dass ich am vierzehnten Tage den Kranken aus der Behandlung entlassen konnte.

Der Kranke, dem Diät und überhaupt eine andere Lebensweise anempfohlen worden war, setzte nichts desto weniger seine frühere Arbeit fort und machte ebenso die gewohnten Excesse in Venere, wie früher. Die Folge davon war, dass nach 5 Wochen ein Recidiv eintrat. Man liess die Krankheit mehrere Tage gewähren, ehe man wieder ärztliche Hülfe in Anspruch nahm. Dieses Mal drang ich darauf, dass der Kranke ins Spital gebracht wurde. Ich gab am ersten Tage der Behandlung 18 Gran Chinin, worauf Abends nur 3 sehr schwache Anfälle eintraten, am zweiten Tage 8 Gran, es kam nur ein Paroxysmus, am dritten Tage liess ich das Chinoidin geben (ʒß auf ℥j Weingeist, 4 Mal täglich einen Kaffeelöffel voll), darauf blieb die Krankheit aus. Ich behielt den Kranken noch 10 Tage zur genaueren Beobachtung im Hospital; er blieb von seiner Krankheit verschont. Auch weiterhin ist er nicht wieder befallen worden; er hatte seine Lebensweise geändert.

Noch muss ich eines Ereignisses erwähnen, das dieser Krankheitsfall herbeiführte und so recht die Verworfenheit, den Miss- und Aberglauben des Proletariats aufdeckt. Als nämlich der Kranke recidiv geworden war, holte man mich nach der Dauer von mehreren Tagen Nachts um 11 Uhr. Ich fand das Zimmer von Leuten vollgepfropft, die trotz Bitten und Drohungen nicht aus demselben zu bringen waren. Man versicherte mich, dass der Satan in ihm hause, mit Arzneien könne da nicht geholfen werden. Man zeigte mir geflochtene Haare und 3 Knöpfe, die er ausgespuckt habe, auch jetzt wieder sei etwas in ihm, das heraus müsse, aber trotz meines Aufenthaltes von mehreren Stunden konnte ich nicht erwarten, dass etwas zu Tage gefördert wurde. Vor dem Eintreten des dritten Stadiums der Krämpfe, jenen der Extremitäten, riefen mehrere der Umstehenden: „Weiche Satan.“ Die folgenden Convulsionen verursachte dann natürlich der Teufel. In der Apyrexie musste der Kranke deliriren, eine andere Sprache annehmen und unverständliches Zeug schwatzen. Dies falle der böse Geist aus ihm, der ihn besessen. Aber der Mensch stellte sich zu diesem Spuck so ungeschickt und dumm, dass jedes Kind die Verstellung erkennen musste. Als ich darauf drang, dass der Kranke ins Spital gebracht werden müsse, weil unter den bestehenden Verhältnissen eine ärztliche Behandlung nicht möglich sei, widersetzte man sich, indem da nur ein Geistlicher in N. helfen könne, der schon aus Vielen den Teufel dadurch getrieben habe, dass er ihnen den Kirchenschlüssel auf die Stirne drückte. (!!) Dies war Vorgeben; in Wirklichkeit wollten die Leute den Spuk weiter ausdehnen, mit dem Kranken auf dem Lande umherfahren und betteln. Unterdessen hatte ein sich sonst mit Aufklärung brüstender Mann ein Circular gefertigt und von Haus zu Haus geschickt, um Geld für den Transport zum Exorcisten zu sammeln; es kam auch ein Sümmchen zusammen. Bei diesen Umständen sah ich mich gezwungen, die Hülfe der Ortsbehörde zu requiriren. Unter Unterhandlungen kam der Abend heran und mit ihm die Anfälle. Nun konnte der Kranke nicht mehr ins Spital gebracht werden. Es wurde eine Wache zurückgelassen, damit der Kranke nicht heimlich weiter geschafft werden konnte. Am andern Morgen musste die Sicherheitsmannschaft beigezogen werden, um den Transport ins Spital bewerkstelligen zu können. Vor demselben fand ein Auflauf statt, der erst nach einiger Zeit zerstreut werden konnte. Der Kranke selbst athmete freier, als er aus seiner liederlichen Umgebung gerissen war, am meisten hatte sich nämlich seiner Wegbringung ins Spital seine Geliebte mit ihrem Anhange entgegengesetzt. Er wurde in ein eigenes Zimmer gebracht und erhielt 2 Wärter. An seiner Bettstelle waren breite Riemen befestigt, um während der Paroxysmen das Fallen aus dem Bette leichter verhüten zu können. Der weitere Verlauf ist bereits oben erzählt worden.

[1]) Summarium. Bd. 10. Heft 1. 1835.
[2]) Med. Zeitung vom Verein für Heilkunde in Preussen. 1839. No. 21.
[3]) Summarium. Bd. 11. Heft 1. 1836.
[4]) Med. Zeitung vom Verein für Heilkunde in Preussen. 1841. No. 13.
[5]) Curat. empyr. cent. 7. p. 155.
[6]) Observ. med. p. 26.
[7]) Ephem. n. c. Dec. III. a. 7. p. 326.
[8]) Histor. med. mir. p. 56.
[9]) Auserlesene Abhandlungen der k. Naturforscher. Th. 11. S. 36.
[10]) Ibid. Th. 2. S. 154.
[11]) Obs. anatom. p. 142.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik der Universität zu Bonn während dem Sommer-Semester 1851.

Von
Prof. Dr. M. Naumann in Bonn.

(Fortsetzung aus No. 36.)

8. Wirksamkeit des salpetersauren Silbers gegen ein schmerzhaftes, mit öfterem Erbrechen verbundenes Magenleiden.

Carl Brasselmann, 35 Jahre alt, aus Orsoy, Gerber. Am 26. Juli wurde Patient in die Klinik aufgenommen. Nach seiner Versicherung ist er seit der Kindheit öfteren Anfällen von Bauchschmerz unterworfen. Vor 9 und vor 5 Jahren litt er, jedesmal nur für kurze Zeit, am Wechselfieber. Seit etwa 12 Jahren hat sein Magenleiden und der dasselbe begleitende Schmerz die Beschaffenheit angenommen, welche es noch gegenwärtig besitzt.

Der Zustand ist folgender: Empfindlicher Schmerz in der Magengegend, der jedoch nicht anhaltend zugegen ist. Der beginnende Schmerz wird bisweilen durch den Genuss einiger rechtzeitig genommenen Bissen verscheucht. Indessen äussert er sich am häufigsten und stärksten einige Zeit nach der Mahlzeit, wohl auch mehrere Stunden später. Gewöhnlich wird derselbe alsbald sehr heftig, verbreitet sich nach dem Rücken, schiesst in die Brust und gegen das Herz, und verursacht Uebelkeit, bisweilen Erbrechen. Erfolgt letzteres nicht von selbst, so wird es vom Patienten durch Reizung des Schlundes mit dem Finger befördert, um der durch dasselbe bewirkten Erleichterung theilhaftig zu werden. Die erbrochenen Materien bestehen aus Ueberresten der genossenen Speisen, aus sehr sauren Flüssigkeiten, zuletzt bisweilen aus Blut. In vielen Fällen fehlt die Brechneigung ganz, obgleich der heftige Schmerz Stunden lang anhält. Appetit ziemlich gut. Von Zeit zu Zeit saures Aufstossen und Pyrosis.

Die Darmausleerungen erfolgen sehr unregelmässig. Finden sie sich öfter an einem Tage ein, so wird der Magenschmerz am unerträglichsten. Dagegen ist bei ausbleibendem Stuhlgange das Befinden am besten. Der Kranke vergleicht die Abgänge mit Schafkoth und nennt sie hart und verbrannt. Wiederholt ist Blut mit diesen Fäces abgegangen. Mehreremal, zuletzt in der vorigen Woche, hat am Ausgange des Afters ein Hämorrhoidalknoten sich gezeigt. — Brustsymptome fehlen. Beim Uriniren geht bisweilen Schleim oder eine zähe, weissliche Substanz vor dem Harnen ab, der übrigens weder Eiweiss noch Samenfäden enthält. Oefters sollen Venenanschwellungen an den Unterschenkeln sich gezeigt haben.

Der Kranke ist noch gut genährt, nicht abgemagert. Gesicht roth, aber nicht heiss; Zunge sehr roth, aber rein und nicht trocken; Puls ziemlich voll, nicht beschleunigt. Bei der Untersuchung zeigte sich der Bauch weder aufgetrieben noch schmerzhaft; nur die Herzgrubengegend empfindlich; Lebergegend etwas voll. Vom linken Hypochondrium abwärts matte Resonanz. Sie scheint von dem gefüllten Colon herzurühren.

Patient erhielt vorläufig ein Althäa-Decoct mit dem Zusatze von 2 Gran des *Extract. Op. aquosum.* Ausserdem wurden erweichende Klystiere und nach Bedürfniss Ricinusöl verordnet. Angemessene Diät.

30. Juli. Wiederholt waren Schmerzanfälle, selbst in der Nacht, eingetreten. Die Diagnose beschränkte sich auf die Annahme eines congestiven Zustandes der Magenschleimhaut, welche durch die Functionirung des Magens immer wieder stärker angefacht wird, und ihrerseits zu intensiverer Reizung der Nerven des Magens und zu Reflexerscheinungen in der Richtung gegen dieses Organ Veranlassung giebt. Ausserdem wurde als wahrscheinlich bezeichnet, dass öfters die Bildung oberflächlicher, nach einiger Zeit wieder verheilender Geschwüre der Magenschleimhaut stattfinden möge. — Als das angemessene Arzneimittel wurde *Argent. nitric.* bezeichnet; zuerst 2 Mal täglich $\frac{1}{4}$ Gran.

2. Aug. Zwei Tage war der Schmerz sehr erträglich geblieben; auch war nichts vom Erbrechen wahrzunehmen. Dagegen hat der Kranke, bei stetig zunehmendem Schmerz, die gestrige Nacht beinahe schlaflos zugebracht. Eine ergiebige Darmausleerung konnte nur durch Ricinusöl bewirkt werden. Da die Empfindlichkeit der Magengegend nicht vermehrt worden ist, so werden die Dosen des Silbersalpeters auf $\frac{1}{2}$ Gr. erhöht.

6. Aug. Der Schmerz ist geringer, Erbrechen hat sich nicht eingefunden. *Argent. nitric.* 2 Mal täglich zu $\frac{3}{4}$ Gran.

9. Aug. Im Allgemeinen entspricht das Mittel so sehr den gehegten Erwartungen, dass die Taggabe desselben zu $1\frac{1}{2}$ Gr. beibehalten wird. Die Schmerzanfälle kommen seltener und sind minder heftig; zweimal waren sie von geringem, schleimigem Erbrechen begleitet. Die Pyrosis hat ganz aufgehört.

12. Aug. Von heute an täglich 2 Gran. Der Schmerz äussert sich nur noch in schwachen Regungen und hat sich weiter nach unten gesenkt. Verstopfung ist seit mehreren Tagen vorwaltend; zwei Hämorrhoidalknoten; Kopfschmerz. — Wiederholte Klystiere.

16. Aug. In den letzten Tagen sind zweimal, in Folge von Diätfehlern, lebhaftere Schmerzanfälle eingetreten, die indessen mit der Heftigkeit früherer Anfälle nicht zu vergleichen waren. Gestern hatte das Erbrechen einer braunen, sehr sauren Flüssigkeit in grosser Menge stattgefunden, worauf der Schmerz gewichen war. Heute ist Patient völlig schmerzfrei und befindet sich überhaupt wohl. Mit dem Arzneimittel wird in der zuletzt angegebenen Dosis ohne Unterbrechung fortgefahren.

23. Aug. Da der Schmerz nicht wieder zurückgekehrt ist, die Magengegend keine Empfindlichkeit mehr zeigt, und da die Verdauung keine Hindernisse wahrnehmen lässt, so wird der thätige Mann, seinem Wunsche gemäss, entlassen. —

Weniger bewährte sich das salpetersaure Silber bei J. Dietrich, aus dem Hannöverischen gebürtig, 44 Jahre alt, Fuhrmann. Indessen schienen die Symptome in diesem Falle viel deutlicher für die Gegenwart eines carcinomatös-geschwürigen Magenleidens zu sprechen, dessen eigentlicher Sitz in der kleinen Curvatur angenommen wurde. Der Kranke leidet seit 2 Jahren an hartnäckigem, äusserst schmerzhaftem Erbrechen, an Flatulenz und Verstopfung, ist entkräftet und sieht verfallen aus. Die Magengegend ist immer schmerzhaft. Als eine Eigenthümlichkeit möge bemerkt werden, dass der Patient Fleisch und Eier durchaus von sich weist, weil durch den Genuss dieser Dinge immer das schmerzhafte Erbrechen alsbald erregt werde. Besser ertrug er Gemüse und Kartoffeln. — Wiederholt wurden Blutegel in die Magengegend applicirt; Klystiere und Abführungsmittel konnten nicht lange entbehrt werden.

Vom 8. Juli an erhielt Patient 3 Mal täglich *Magist. Bismuthi* (gr. j) mit *Extract. Belladonnae* (gr. $\frac{1}{4}$). Nach 3 Tagen, mithin nach dem Verbrauche von $1\frac{1}{4}$ Gran) waren so entschiedene Belladonna-Symptome eingetreten, dass man sich genöthigt sah, die Belladonna ganz aufzugeben. — 11. Juli. Täglich 3 Mal *Magist. Bismuthi* (zu 2 Gran pro dosi). Nach einigen Tagen wurde die Dosis des salpetersauren Wismuthoxyds auf 3 Gran erhöht, jeder Gabe $\frac{1}{2}$ Gran salpetersaures Silber zugesetzt; Unterhaltung eines Vesicans in der Magengegend. Bei dieser Behandlung wurden Schmerz und Erbrechen auffallend gebessert, aber nicht gehoben; der Appetit hatte sich etwas vermehrt; Flatulenz und Trägheit des Stuhlganges blieben unverändert. Als der Patient am 21. Juli nach seiner Heimath zurückkehrte, hat er sich das Recept zu den ihm werthvoll gewordenen Pulvern aus. —

Ich erwähne noch eines dritten Kranken, eines älteren Mannes Namens Aufdermauer, der nahezu 4 Monate der klinischen Behandlung unterworfen blieb. Derselbe litt ohne allen Zweifel an einem carcinomatösen Magenleiden, dessen bekannte charakteristische Erscheinungen ich nicht erst aufzuzählen brauche. Daher beschränke ich mich darauf, zu bemerken, dass weder das Erbrechen von reinem Blut, noch von ätzendsauren, kaffeesatzartigen Massen fehlte, die oft in grosser Menge (bis zu 6, 7 Quart) entleert wurden, und in denen die mikroskopische Untersuchung Blut- und Eiterkörperchen, sowie die sogenannten Krebszellen nachwies. Der Magen war bedeutend ausgedehnt und nahm einen grossen Theil der Bauchhöhle ein. Die Leiden des Patienten nahmen in dem Verhältnisse zu, als dieser Schlauch gefüllt wurde, erreichten endlich einen unerträglichen Grad und wurden eher nicht vermindert, bis wiederholt reichliches Erbrechen eingetreten war. Der Kranke suchte dieses Erbrechen auf alle Weise hervorzurufen und zu unterstützen, und bat uns, wiewohl fruchtlos, ihm die Wohlthat eines Brechmittels nicht versagen zu wollen. — Die Folge dieses kurzen Berichtes wird zeigen, dass, trotz dieser enormen Ausdehnung des Magens und trotz der seltenen, sparsamen, mühsamen und harten Stuhlausleerungen, die Pylorusmündung des Magens noch ziemlich durchgängig geblieben sein musste.

Selten blieb der arme Kranke einen Tag von den folternden Schmerzen verschont, die seinem gelbbleichen, hohläugigen Gesichte einen tiefen Stempel aufgedrückt hatten, und oft neuralgisch sich weit und lancinirend über die Umgebung verbreiteten; dabei grosse Angst, kalte Extremitäten u. s. w. In den Perioden anhaltender Schmerzhaftigkeit, die oft mehrere Tage und Nächte ununterbrochen anhielten und den Schlaf völlig verscheuchten, fand der Leidende nur in der nach der linken Seite gewendeten Bauchlage einige Erleichterung. Oeftere Klagen über *Pulsatio abdominalis,* Sodbrennen und Beklemmung. — Bei der mehrmals vorgenommenen Untersuchung des Bauches wurde 3 Zoll oberhalb

des Nabels, rechterseits, eine in der Tiefe liegende, äusserst schmerzhafte Härte constatirt, die bis unterhalb des Nabels, daselbst noch mehr von der Oberfläche zurücktretend, zu fühlen war. Der ausserordentlich grossen Empfindlichkeit wegen liess die Untersuchung nicht lange sich fortsetzen. Da der Magenton rechterseits und in der Mittellinie bis zum Becken verfolgt werden konnte, so hatte ohne Zweifel das vergrösserte Organ sich gesenkt, und dabei eine zur perpendiculären übergehende Stellung angenommen. Die Leber war offenbar zu voluminös und hart. Brustorgane gesund.

Ich will nicht durch die Aufzählung der vielen fruchtlos versuchten Wege ermüden, die von uns eingeschlagen wurden, um dem Kranken, der bereits seit mehreren Jahren von verschiedenen Aerzten behandelt worden war, einige Erleichterung zu verschaffen. Die meisten Mittel blieben ohne Erfolg, oder hatten nur vorübergehende Linderung zur Folge. Je nach den Umständen wurden locale Blutentziehungen, Hautreize, mannigfache Ueberschläge, endermatische Einwirkungen, Klystiere angewendet. Innerlich waren Brausepulver verschiedener Art, *Natrum carbonicum*, Opium nach fast allen Bereitungsweisen, Hyoscyamus, Conium, Belladonna, Blausäure und andere ähnliche Mittel benutzt worden. Durch Eispillen wurde der quälende Magenschmerz vermehrt. Unter den äusserlich angewendeten Anästheticis bewährte Chloroform sich bei weitem in höherem Grade, als andere Aether-, Aethyl- und Kohlensulphurid-Präparate.

Ein erträglicher Zustand des Patienten wurde endlich auf sehr einfache Weise herbeigeführt: Derselbe erhielt täglich eine Dosis Ricinusöl von 1 bis 2 Esslöffeln. In dem Verhältnisse, als die Darmausleerungen in Gang gebracht wurden, kamen die Schmerzanfälle seltener und währten kürzere Zeit. Das Erbrechen trat ganz in den Hintergrund. Von anderen Arzneimitteln war nur das *Acetum opii* (nicht zu verwechseln mit den „black drops") beibehalten worden. Dasselbe verschaffte dem Kranken grössere Erleichterung als alle andere Opiumpräparate, das Morphium nicht ausgenommen. In der Regel reichten 15 Tropfen dieses starken, aber allerdings sehr wirksamen Präparates hin, um binnen kurzer Zeit den heftigsten Schmerz zu lindern.

Nachdem der Patient 6 Wochen ausschliesslich mit Ricinusöl und Opiumessig behandelt worden war, hatte er, durch den ihm vergönnten Schlaf und durch die jetzt erst verstattete, wenn auch geringe Ernährung, an Aussehen und an Kräften gewonnen. Er hörte auf, Gegenstand des klinischen Interesses zu sein, und wurde am 3. Aug. entlassen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Poliklinik des Prof. Seitz zu München.

Zwei Vorträge über die Influenza.

(Fortsetzung aus No. 42.)

Was die Aetiologie der Krankheit betrifft, so spricht ihr Auftreten und ihre Verbreitung für ein ihr zu Grunde liegendes Miasma. Plötzlich und fast gleichzeitig werden grosse Massen der Bevölkerung von ihr ergriffen. Die nähere Natur des Miasma's kennen wir noch nicht. Man hat ihr Auftreten mit ungewöhnlichen kosmischen und atmosphärischen Erscheinungen in Zusammenhang bringen wollen, mit Kometen, Nordlichtern, Erdbeben, starken Gewittern, grellem Temperaturwechsel, ungewöhnlich heisser Witterung, Höhenrauch u. s. w. Schweich wollte ihre Entstehung von einem gestörten Elektricitätsverhältniss der Atmosphäre herleiten. Allein nach Pfaff's Versuchen und Beobachtungen bei der Epidemie von 1836—37 zeigten sich die elektrischen Verhältnisse der Atmosphäre durchaus ohne Einfluss auf die Krankheit. Ein directer Zusammenhang der Influenza mit kosmischen oder tellurischen Ereignissen hat sich noch nicht nachweisen lassen; sie erschien bei uns im Winter und im Sommer in trockenen und nassen Jahren. Doch kommt sie zu uns öfter im Winter und Frühling bei kalter und feuchter Witterung, als im Sommer bei trockener Wärme, so auch bei ihrem vorletzten (im Jahre 1847) und dem gegenwärtigen Auftreten. Das Jahr 1847, in dem die Krankheit erschien, blieb in Deutschland überhaupt hinter der mittleren Temperatur zurück, insbesondere waren die Monate November und December, in die ihr zweites verbreiteteres Auftreten fiel, feucht, kalt und neblig. Auch diesmal ging ihr ein ungewöhnlich rauher Herbst vorher. Der September schon hatte empfindliche Kälte gebracht. In der zweiten Hälfte des abgelaufenen Jahres war eine ungewöhnliche Menge von Regen und Schnee in dem uns nahen Alpengebirge gefallen. Nach mehrere Tage anhaltenden stürmischen Westwinden mehrten sich die katarrhalischen Erkrankungen um die Mitte des December auffallend, und blieben während des im Ganzen milden Januar (die Temperatur sank nur auf — 6° R., doch war der Himmel meist bewölkt an 16 Tagen, Schnee und Regen fiel an 5 Tagen) herrschend, bis zum Erscheinen der Influenza.

Ist die Entstehung der Krankheit nicht aus einer bestimmten atmosphärischen Constitution abzuleiten, so zeigt doch die Witterungsbeschaffenheit auf Intensität und Erscheinungsweise der vorhandenen Epidemie unverkennbaren Einfluss, wie ich Sie denn auch auf den der Witterungsbeschaffenheit entsprechenden wechselnden Charakter der Erkrankungen im Laufe der Epidemie (auf verschiedene Phasen derselben) öfter aufmerksam machte. Waren die Erkrankungen im Ganzen mild verlaufend in den drei ersten Wochen des Februar bei milder Witterung, so zeigten sie, als vom 21. Februar an mehrere Tage hindurch scharfe Nord- und Ostwinde anhielten, intensivere Localisation auf den Schleimhäuten, sehr empfindliche Schmerzen in den Extremitäten. In den ersten Tagen des März, auf die im ganzen Winter die grösste Kälte bis — 12° R. und der meiste Schnee fiel, kamen die schwersten Erkrankungen, mit intensiver Localisation auf den Schleimhäuten der Respirations- und Digestionsorgane, deren Verlauf sich deshalb auch sehr in die Länge zog, vor. Als um die Mitte des Monats die Witterung milder wurde, beobachtete man weniger neue Erkrankungen, bei den vorkommenden waren nur gewöhnlich die Erscheinungen eines Katarrhs der Gastrointestinalschleimhaut ausgeprägt, während früher die Localisation auf der Schleimhaut der Respirationsorgane vorwaltend war. Stürmisches Wetter mit vielem Regen, das die letzten Märztage brachten, äusserte wieder seinen Einfluss auf die noch herrschende Krankheit. Wir beobachteten bei mehreren neuen Erkrankungen intensivere, den rheumatischen ähnliche Schmerzen im Nacken, den Rücken herab, in den Extremitäten, zugleich grosse Eingenommenheit des Kopfes, reichlichere Schweisse als früher.

Die Influenza ist in vollem Sinne des Wortes eine Pandemie, sie zieht über den ganzen Erdkreis. Seit dem 16. Jahrhundert hat man Schilderungen ihrer zahlreichen Epidemien. Nach den Nachrichten zuverlässiger Beobachter, wie Mercatus, Riverius u. A., verbreitete sich die Weltseuche in jenem Jahrhundert in der Richtung von Südost nach Nordwest von Asien aus über Europa. Die Epidemien im vorigen und im laufenden Jahrhundert nahmen ihren Zug dagegen von Norden nach Süden, und zwar meist in südöstlicher Richtung. So zeigte sich die Epidemie im Jahre 1847 um die Mitte des November zu London, um das Ende dieses Monats zu Paris und hier in München, in der ersten Hälfte des December zu Lyon, Marseille und Neapel. In Madrid herrschte sie im Januar, an der Küste von Portugal und der Südküste von Spanien im Februar. An der Küste von Syrien erschien sie im April, im Juli und August herrschte sie nach Peacock an der Westküste von Afrika und gleichzeitig im August zu Hongkong. Auch die gegenwärtige Epidemie hält in ihrer Verbreitung die südöstliche Richtung ein. Die „deutsche Klinik" berichtete unterm 11. Januar aus Berlin, dass die Grippe dort nun ihren Höhepunkt erreicht habe, also zwei Wochen vor ihrem Auftreten in München. Auch aus Wien kamen noch Berichte von ihrer verbreiteten Herrschaft daselbst, bevor sie zu München erschien, und vom 4. Februar, um die Zeit ihrer Verbreitung dahier, wurde bereits das Vorkommen von Grippefällen in dem mehr östlich gelegenen Triest gemeldet.

Die Krankheit tritt immer nach Ablauf einiger Jahre wieder epidemisch auf, gewöhnlich alle 3—4 Jahre, wie andere epidemische Krankheiten: Masern, Scharlach etc. Auch diesmal hielt sie diesen Zeitraum ein, indem sie zuletzt 1847 hier herrschend war, wie wir schon früher bemerkt haben.

Die Verbreitung der Influenza ist eine zu rasche, das Erkranken an ihr ein zu allgemeines, als dass für dasselbe contagiöse Mittheilung vorausgesetzt werden könnte. Die Prädisposition für die Krankheit ist eine allgemeine, wie sich dies auch wieder bei der gegenwärtigen Epidemie gezeigt hat. Kein Alter, keine schon bestehende Krankheit, auch nicht das einmalige Bestehen schützt vor derselben. Nicht selten werden Individuen, die sie schon überstanden, im Laufe derselben Epidemie noch einmal, dann aber gewöhnlich in milderem Grade befallen.

Die einzelnen Epidemien zeigen auffallende Verschiedenheiten, nach der vorwaltenden Localisation der Krankheit auf den Respirations- oder Digestionsschleimhäuten, den Complicationen mit Stasen und Entzündungen benachbarter Organe, dem Grade des Fiebers und der Nervenaffection. Die Geschichte der Volkskrankheiten hat die Beschreibung mancher Grippe-Epidemie überliefert, in der die Symptome der Functionsstörung der Gastrointestinalschleimhaut vorwalteten, so bei der im Jahre 1775 ganz Europa durchziehenden, von der wir Schilderungen von den grössten Beobachtern, wie Stoll und Grant, besitzen. Bei der diesjährigen Epidemie kam die Localisation auf der Intestinalschleimhaut so ziemlich gleich häufig mit der auf der Schleimhaut der Respirationsorgane vor.

Die gefährliche und in manchen Epidemien, wie der des Jahres 1837, so häufige Complication mit Pneumonie, die eben nur eine von der Bronchialschleimhaut weiter fortschreitende Localisation darstellt, ward diesmal hier recht selten beobachtet. Man hat bei manchen Epidemien an einigen Orten auch schon häufig Icterus, reichliches, galliges

Erbrechen, Schmerz in der Lebergegend beobachtet, Erscheinungen, die man von einer Betheiligung der Leber an der Krankheit ableitete. Ausser leichter icterischer Färbung, und diese nur in seltenen Fällen, kamen uns keine solche Erscheinungen zu Gesicht.

Die Fiebererscheinungen waren im Allgemeinen bei der diesjährigen Influenza mässig, ebenso die Abgeschlagenheit und das Schmerzgefühl im ganzen Körper, besonders aber in den Extremitäten, minder als bei früheren Epidemien, so z. B. der im Jahre 1833, von der ich selber hier befallen wurde. Intensiveres Fieber mit grosser Schwäche, heftigen Schmerzen im ganzen Körper oder einzelnen Theilen desselben beobachtete man nur in einzelnen Fällen bei Kindern, Greisen, herabgekommenen, nervenschwachen Individuen, hysterischen Frauen oder Hypochondern. Dem geringern Fieber entsprechend, sah man auch weniger reichliche Schweisse als sonst.

Im Einklange mit dem erwähnten Charakter der grossen Mehrzahl der einzelnen Erkrankungen stand das Auftreten und der Verlauf der Epidemie im Ganzen. Sie breitete sich viel langsamer aus als in den Jahren 1833 und 1837, sie verursachte nicht ein so allgemeines gleichzeitiges Erkranken wie damals. Die hiesige Bevölkerung wurde mehr allmälig diesmal durchseucht, weshalb die Krankheit auch viel länger anhielt wie sonst, z. B. im Jahre 1847, wo sie nur 6 Wochen hindurch herrschend blieb.

Die Epidemie theilt diesen milden Charakter mit allen Krankheiten, die seit einigen Jahren hier vorkommen, ein Umstand, auf den ich Sie schon mehrfältig aufmerksam gemacht habe. Dass der endemische Krankheitscharakter, wie der epidemische, von grossem Einfluss auf die Gestaltung unserer Epidemie ist, ist eine ausgemachte Thatsache. So ist sie im Jahre 1847, nach der Schilderung Peacock's, viel intensiver zu London, wo damals auch andere Krankheiten, wie Typhus, Masern, Scharlach, verbreiteter und bösartiger herrschten, aufgetreten als hier. Auch heuer zeigte die Influenza, nach den Mittheilungen, die mir von Collegen aus anderen Orten zugekommen sind, nicht überall denselben gutartigen Charakter wie bei uns.

Unbekannt mit der Natur des Miasma's, das die Influenza hervorruft, wissen wir auch nichts über die Art, wie die so vielen gleichzeitig Erkrankten gemeinsamen Störungen der normalen Functionen, die wir mit diesem Namen bezeichnen, entstehen. Die Störungen selbst stellen sich nun zuerst und vorzugsweise im Nervensysteme dar; die Erscheinungen im Beginn der Krankheit, die wir als die Vorläufer aufführten, sind Symptome der Affection der Nervencentren. Davon, und zwar insbesondere von der Affection des Rückenmarks, sind die Fiebererscheinungen, die grosse Abgeschlagenheit, die Schmerzgefühle längs des Verlaufs des Rückgrats und in den Extremitäten, die Schwerbeweglichkeit, die wir beobachteten, abzuleiten. Untersuchungen des Blutes von Influenzakranken liessen keine constanten Veränderungen in dem quantitativen und qualitativen Verhältnisse seiner Bestandtheile auffinden. Neben den Störungen der Functionen des Nervensystems tritt vorzüglich noch die Affection der Schleimhäute der Respirations- und Digestionsorgane in die Erscheinung. Sie stellt sich gewöhnlich als Hyperämie dar, seltener als Entzündung, begleitet von Anomalien der Secretion, wie sie den gewöhnlichen Katarrhen dieser Schleimhäute zukommen, die wir schon öfter besprochen haben.

Die Localisation der Krankheit leitete uns vorzüglich bei der Behandlung derselben. Da jene in den einzelnen Fällen eine verschiedene, so kann auch keine allgemein gleichförmige Kurmethode am Platze sein. Die Zeit, wo man bei der Influenza, wie an manchen Orten noch im Jahre 1833, im Beginn der Krankheit jedem Kranken ein Brechmittel reichen zu müssen glaubte, ist vorüber. Sie konnten in einigen Fällen, wo wir Brechmittel wegen ausgesprochener gastrischer Erscheinungen im Anfange der Krankheit nehmen liessen, sich davon überzeugen, dass sie die von Manchen ihnen nachgerühmten Wirkungen auf die Minderung der vorhandenen Nerven- und Fiebererscheinungen nicht hervorbrachten. Gegen diese durch das uns unbekannte miasmatische Agens hervorgerufenen Störungen besitzen wir keine Heilmittel. Sie nehmen nach kurzer Dauer gewöhnlich ohne alle Beihülfe der Kunst wieder ab, und verlieren sich nach wenig Tagen allmälig ganz. Bei Ruhe, gleichmässiger Temperatur, Diät gehen die meisten Fälle, wo die Localisation keine intensivere, spontan in Genesung über. Wir suchten in solchen Fällen bloss einzelne lästigere Symptome zu mindern, so den Kopfschmerz, die lästige Hitze durch Brausepulver, eine *Saturatio Kali carbonici*, kalte Umschläge. Bei sehr intensiver Localisation auf den Schleimhäuten der Respirationsorgane, wie wir sie besonders einige Male bei Kindern beobachteten, sahen wir von örtlichen Blutentziehungen, durch Application einer dem Alter der kleinen Kranken entsprechenden Zahl von Blutegeln, Milderung der örtlichen und der Fiebererscheinungen. In keinem Falle veranlassten die Erscheinungen die Anwendung von Aderlässen. Ich habe Sie schon bei mehreren Krankheiten, wie bei Pneumonien, darauf aufmerksam gemacht, dass es eine Eigenthümlichkeit des herrschenden Genius morborum ist, dass Congestion und Stase mit ihren Folgen und Ausgängen nicht solche Intensitätsgrade erreichen, wie in früheren Jahren. Erheischen daher selbst genuine Entzündungen nur mehr seltene und sparsame allgemeine Blutentziehungen, so sind sie bei den im Verlaufe epidemischer Fieber, wie der Influenza, vorkommenden Hyperämien und Stasen völlig überflüssig.

Die häufig auftretenden Erscheinungen des *Catarrhus bronchialis* minderten sich zugleich mit den Fiebererscheinungen bei dem Gebrauche von Nitrum und Salmiak in schleimigen Decocten. Ebenso äusserte das Rheum bei gastro-enterischer Localisation der Krankheit denselben günstigen Einfluss, den wir von diesem Mittel so oft bei einfachen katarrhalischen Affectionen des Magens und Darmkanals hier beobachten. Bei länger andauernder Stuhlverhaltung wurde *Electuar. lenitiv.* gereicht.

Sinapismen und Blasenpflaster brachten nur vorübergehend Erleichterung der heftigen Schmerzen, über die manche Kranke in den ersten Tagen der Krankheit am Kopfe, im Nacken und an den Extremitäten klagten. Gegen die nach dem Verlaufe der Krankheit zurückbleibende Schwäche und Abspannung erwies sich zeitige Bewegung in freier Luft am hülfreichsten. Doch war solche nur bei trockenem Wetter den Reconvalescenten zu erlauben; bei feuchtem Wetter zogen sie sich gern Recidive der katarrhalischen Erscheinungen zu.

Miscellen.

Olivenöl in grossen Dosen gegen Darminvaginationen.

Aus dem Französischen
von
Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Der zunehmend genaueren Kenntnisse, die wir uns über die Diagnose der fraglichen Krankheit zu eigen gemacht, ungeachtet, lässt deren Behandlung noch viel zu wünschen übrig. Dafür zeugt am meisten, dass man die gefährlichsten Operationen, wie die Gastro- und Enterotomie, die *Insufflatio intestinorum per anum* u. s. w., gegen sie vorgeschlagen.

Dr. Delotz, Arzt zu Saint-Flour, hat in zwei verzweifelten Fällen die glücklichsten Resultate von dem benannten Mittel erlangt, und diese in der Revue medico-chirurgicale von diesem Jahre mitgetheilt.

Den 5. December 1850, sagt er, begab ich mich in die Commune von Ruinea, um einen gewissen Cb. in Behandlung zu nehmen, der etwa 65 Jahre alt war. Dieser Mann, von einer ziemlich schwachen und durch sein Alter verkümmerten Constitution, hatte sich 5 Tage vor meinem Besuche noch ziemlich wohl befunden, dann aber Diarrhöe von mageren Speisen bekommen. Zu Anfang seiner Misère, gegen 9 Uhr Abends, hatte er einen flüssigen Stuhl, den er der angegebenen Ursache zuschrieb; allein diesmal wurden die Koliken, die er zu erleiden hatte, nach der Ausleerung nicht gelinder; dieselben nahmen gegentheils zu und fixirten sich gegen Mitternacht auf einen bestimmt begrenzten Punkt in der Gegend der rechten Weiche, nahmen bald einen intermittirenden Charakter an und exacerbirten alle 3, 5, 8 oder 10 Minuten. Die Nacht verging ohne Schlaf, und beim anbrechenden Tage stellte sich gallichtes Erbrechen ein, das Beängstigungen im Gefolge hatte. Er genoss gezuckerten warmen Wein, brachte sich in Schweiss und nahm Lavements. Sein Zustand verschlimmerte sich mit Schnelligkeit. Er liess einen Arzt herbeiholen, der ihm eine Mixtur mit *Ol. Ricini* verschrieb, die er wieder ausbrach. Die Klystiere waren wieder weggegangen, ohne Kothmassen mit sich zu führen.

Bei meiner Ankunft sagte er mir, dass er Lavements ausbreche. An der Farbe und dem Geruche des Ausgebrochenen erkannte man offenbar Stercoralmaterie. So stand es seit 2 Tagen. Das Gesicht war gerunzelt, der Puls, 130—140 Mal in der Minute schlagend, kaum zu fühlen; die Extremitäten fand ich kalt. Alle Augenblicke vermehrte sich die Angst durch Uebelkeiten oder Erbrechen und durch von der rechten Weiche ausgehende Schmerzen, die noch von einer schmerzhaft gewordenen Zusammenziehung der Muskeln der Bauchwandungen begleitet wurden. Das Betasten wurde, mit Ausnahme einer einzigen Stelle, in der ganzen Ausdehnung der Abdominalhöhle gut ertragen. Hier, in einem mit der hohlen Hand zu bedeckenden Umfange, erregte der geringste Druck die entsetzlichsten Schmerzen. Man sah keine Röthe, keine Anschwellung, keine Impostirung, nirgends zeigte sich eine Hernie.

Es blieb mir wenig Hoffnung übrig, diesen Unglücklichen einem Tode zu entreissen, der mir nahe zu sein schien. Offenbar hatte ich es mit einer innern Einschnürung zu thun. Die Hauptindication war, die Canalisation des *Tubus digestivus* wiederherzustellen. Um sie zu

erfüllen, durfte ich, sowohl wegen der Dauer des Uebels, als auch wegen der äussersten *Prostratio virium* des Kranken, an Antiphlogistica nicht denken. Sie würden mir auch sicher nicht genützt haben. In Betreff energischer Abführmittel fürchtete ich mich vor ihrer Wirkung auf einen Speisekanal, der an seiner kranken Stelle vielleicht gangräneseirt war. Auf das Olivenöl kam ich, was ich gern gestehe, weil es mir gerade zur Hand war; mit Gründen ausgewählt hatte ich es nicht. Ich liess davon ein Pfund durch den Mund einflössen, das in einem Zuge verschluckt wurde, und ein zweites Pfund als Clysma beibringen. Das Klystier blieb sitzen. Eine Viertelstunde nach demselben wurde ein nochmaliges gesetzt. Der Kranke musste unter der Stütze von zwei Menschen umhergehen. Ein Theil des ingerirten Oeles wurde wieder ausgebrochen; 20 Minuten darauf verschluckte der Kranke von Neuem ein Pfund. Ich verabschiedete mich mit der Empfehlung, bei diesem Verfahren zu beharren und mir am andern Tage Nachricht zu bringen. Gegen 10 Uhr Morgens kam auch Jemand. Wie gross war mein Erstaunen, als ich vernahm, dass sich der Patient für genesen halte! Drei Stunden nach meiner Entfernung hatte er einen kleinen Stuhl gehabt, dem bald zwei reichliche Ausleerungen gefolgt waren. Darauf hätten die Koliken und das Erbrechen aufgehört. Ein dreistündiger ruhiger Schlaf habe ein unaussprechliches Wohlsein hervorgebracht. Beim Erwachen sei ihm nur ein Gefühl von Betäubung und Schmerz beim Drücken in die rechte Weiche unangenehm gewesen.

Ich schrieb ein sehr strenges Regimen, Cataplasmen und erweichende Klystiere vor. Es entstand eine ziemlich beträchtliche seröse Infiltration der unteren Gliedmassen, die sich allmälig wieder verlor. Drei Wochen nach dem Beginn der Krankheit befand sich Ch. wieder in seinem gewöhnlichen Gesundheitszustande. Es ist unmöglich gewesen, zu erfahren, ob irgend ein Intestinaltheil mit dem Stuhle abgegangen sei.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 14. Juli 1851 [1]).

Vorsitzender Hr. Körte. Schriftführer Krieger. Die Sitzung wird um $7\frac{1}{2}$ Uhr eröffnet.

Das Protokoll wird verlesen und angenommen.

Der Vorsitzende verliest ein Schreiben des Bataillons-Arztes Dr. Valentini zu Königs-Wusterhausen an den Schriftführer über die Behandlung des Wechselfiebers mit Phosphor, welchen er in folgender Formel giebt: *℞ Phosphor.* gr. iv, *solv. leni calore in Ol. terebinth. rft.* ℥β. *Ol. caryophyll.* gtt. xv. M. D. S. In der fieberfreien Zeit alle 2 Stunden um 1 Tropfen steigend, von 8 bis 16 Tropfen, in einer Tasse kalten Haferschleims zu nehmen, — und weitere Prüfungen dieses Mittels zu veranlassen wünscht. Das Schreiben ist der Commission für die Untersuchung der Chininwirkung beim Wechselfieber übergeben. Hr. Körte bemerkt dazu, dass der Phosphorgebrauch nicht neu, sondern namentlich von Hufeland empfohlen sei, dass 4 Gran die höchste Quantität sei, die sich in $\frac{1}{2}$ Unze Oel auflöse, und dass man nie schwarzes Glas zu der Auflösung wählen müsste, da darin Phosphor sich sehr leicht zersetze und dann die heftigsten Erscheinungen nach sich ziehe.

Hr. Riedel theilt einen Fall von Stein bei einem Knaben mit, welcher durch den Harnröhrenschnitt entfernt wurde, den wir bereits in der Klinik No. 37 ausführlich gegeben haben.

Hr. Abarbanell bemerkt, Hr. Riedel hätte den Harn sehr sauer gefunden; das könne zur Zeit der Steinbildung nicht stattgefunden haben, da es nie beobachtet sei, dass in saurem Harn sich Erdphosphate niedergeschlagen hätten. Hr. Riedel meint, der Urin sei verschieden gewesen, und dafür spräche auch die schichtweise Zusammensetzung des Steines; wahrscheinlich sei der Urin alkalisch gewesen, während sich die Erdphosphate abgesetzt hätten, zu anderen Zeiten sauer. — Hr. Abarbanell erwähnt, er habe Vichywasser getrunken und zu der Zeit des Genusses den Urin sauer, Nachmittags aber alkalisch gefunden. Hr. Körte führt eine ähnliche Beobachtung an, die er bei einem Patienten gemacht, der den Vichy gebraucht habe. Hr. Körte erinnert an eine frühere Sitzung, in welcher auf den Einfluss der Nahrungsmittel auf die Beschaffenheit des Harnes aufmerksam gemacht war. Hr. Riedel bemerkt aber, dieses Verhalten sei individuell verschieden, denn auch Durand-Fardel habe bei einigen Personen nach dem Gebrauch des Vichywassers niemals alkalischen Urin wahrgenommen.

Hr. Abarbanell berichtet über die von Dr. Vallez eingesandte Schrift: „Neue Methode, die purulente contagiöse Ophthalmie zu heilen, nebst Bemerkungen über die Anwendung des salpetersauren Silbers.“ Die sehr reiche Literatur, die in Belgien über diesen Gegenstand erschienen ist, lässt von einem so kleinen Büchlein erwarten, dass der Verfasser sich lediglich auf eigene Beobachtungen beschränkt habe. Das ist aber nicht geschehen: eine mangelhafte Angabe der Symptome, wie sie etwa aus einem Lehrbuche entnommen sein kann; das Juste-milieu, welches zwischen den verschiedenen Ansichten über die Ursachen eingehalten wird; ähnliche Juste-milieu-Betrachtungen über das Wesen der contagiösen Ophthalmie, nämlich die Granulationen, über die Contagion, aber nichts Gründliches vom pathologisch-anatomischen oder vom statistischen Standpunkte, lassen das Schriftchen nicht beachtenswerth erscheinen. Für die Behandlung will der Verfasser angeblich ein neues Verfahren vorschlagen, beschränkt sich aber nur auf eine Aufzählung der angewandten Mittel, von denen er eben nichts sagt als die Namen, und bringt weder etwas Neues, noch etwas ihm Eigenes, vorzugsweise aber Alles ganz kritiklos. Die nouveau mode de cautérisation besteht darin, dass er über den Höllenstein ein Stück Mousselin oder anderes Zeug legt, welches die Flüssigkeiten einsaugen und darauf die Einwirkung des Höllensteins soviel sicherer hervorrufen soll. Im Ganzen trägt das Schriftchen den Stempel einer Inaugural-Dissertation.

Hr. Wegscheider macht eine Mittheilung über den Potsdamer Balsam, welcher ein Liniment ist, und als Einreibung bei Rheumatismen, Muskelkrämpfen etc. nicht unwirksam ist.

Anknüpfend an diese Mittheilung, legt Hr. Riedel eine Probe des von dem frühern Apotheker Stark (Inhaber einer Macaroni-Fabrik in Berlin, Mühlenstrasse No. 59) verfertigten „Fibrinsago's“ vor, welcher folgende Zusammensetzung haben, und, namentlich mit Milch gebraucht, eine angenehme und billige Suppe geben soll:

Stickstoffhaltige Substanzen (Pflanzenfaserstoff, Pflanzenleim, Pflanzeneiweiss)	27,5
Stärkemehl	50
Die im Getreide vorkommenden Salze, Spuren von Zucker, Gummi, Holzfaser	22,5
	100

Hr. Krieger theilt einen Fall von Lipom mit, welches er einer Frau aus der Achselhöhle entfernt hatte:

W. S., 49 Jahre alt, eine kräftige, robuste Frau, trägt in der rechten Achselhöhle eine grosse Geschwulst, welche halbkugelförmig herabhängt und deren unterer Umfang in gleicher Tiefe mit den grossen, schlaff herabhängenden Brüsten steht, so dass die Kranke drei Brüste zu haben scheint. Die Haut ist nicht verdickt, aber mit vielen, zum Theil sehr strotzenden Venen durchzogen. An der untern und innern Seite sind geröthete Stellen und leichte Erosionen. Hauptsächlich ist es die Schwere, welche der Kranken die Entfernung der Geschwulst wünschenswerth macht. Patientin kann nicht genau angeben, wie lange sie diese Geschwulst trägt. Sie erinnert sich aber, dass dieselbe vor 12 Jahren die Grösse eines Enteneies gehabt habe und damals von einem Arzte für eine Honiggeschwulst, *Meliceris*, gehalten worden sei. Jetzt scheint sie dem Gefühl nach ein Lipom, dessen Wurzel tief in der Achselhöhle steckt; die breite Basis lässt sich nicht mit einer Hand umspannen. Die Kranke ist vor 4 Wochen durch den Ref. operirt. Sie wurde nach vorhergehender Chloroformnarkose auf die linke Seite gelegt, und die Geschwulst mit zwei Ovalärschnitten, $1\frac{1}{2}$ Zoll von der Basis entfernt, umschrieben, worauf es nicht schwer war, sie auszuschälen. Die Blutung war unbedeutend und stand nach der Unterbindung von drei Gefässen. Doch lagen die *Vena* und *Arteria axillaris* ganz offen da. Die Geschwulst war zwischen den Muskeln bis an das Oberarmbein und dessen Kopf hineingedrungen. Die weit klaffende Wunde wurde durch blutige Nähte so vereinigt, dass die Wundränder sich in querer Richtung berührten. Ihre Heilung gelang zum grossen Theil *per primam intentionem*, so dass die Kranke am vierten Tage das Bett verlassen konnte. Die Beweglichkeit des Armes ist nicht gehindert, doch fand ein geringer Grad von Anästhesie auf der den Deltoideus bedeckenden Haut statt, eine Folge der Durchschneidung eines Nerven, der sich quer über die Geschwulst gespannt hatte, so dass seine Verletzung nicht vermieden werden konnte. Die Unterbindungsfäden gingen am zehnten Tage heraus, und der Rest der Wunde heilte ohne Schwierigkeit. Die Untersuchung der Geschwulst zeigte nichts von der Structur der Lipoma Abweichendes. Das Gewicht betrug 3 Pfd. 10 Loth C. G. Ref. legte eine Abbildung dieses Falles vor, und erinnerte an einen ähnlichen, in welchem eine bis auf den Hüftbeinkamm herabreichende Fettgeschwulst vor Kurzem von Prof. Burow in Königsberg mit glücklichem Erfolge operirt worden ist. (Deutsche Klinik. 1851. No. 24.)

Schliesslich fand die Wahl des Hrn. Hans Hesse zum ordentlichen Mitgliede statt.

Schluss der Sitzung $9\frac{1}{2}$ Uhr.

Der Secretär der Gesellschaft: Krieger.

---

[1]) Durch ein Versehen verspätet abgedruckt.

Sitzung vom 15. September 1851.

Vorsitzender Hr. Körte. Schriftführer Krieger. Die Sitzung wird um 7¼ Uhr eröffnet.

Das Protokoll wird verlesen und angenommen.

Tagesordnung: Hr. F. J. Behrend über angeborene Syphilis.

In Bezug auf das Anisöl bemerkt Hr. Güterbock, er habe mit gutem Erfolge das Insectenpulver gegen Parasiten gebraucht, sowohl gegen Filzläuse wie auch Ascariden *(Oxyurus vermicularis)*, gegen welche er es im Aufguss von einigen Drachmen injiciren lasse. Es sei bei Filzläusen namentlich in den Fällen anzuwenden, wo das Quecksilber nicht vertragen werde, und genüge es, hier das Pulver einzustreuen.

Hr. Behrend hält seinen angekündigten Vortrag über angeborene Syphilis (welcher in seinem Journal für Kinderkrankheiten, October, abgedruckt wird).

Hr. Körte schlägt vor, bei der Debatte sich an die von Hrn. Behrend aufgestellten Schlusssätze zu halten:

1) Die Syphilis wird auf die Frucht übertragen entweder durch den Vater bei der Zeugung, oder durch die Mutter, oder durch beide zugleich. Am häufigsten geschieht meiner (B.'s) Erfahrung nach die Uebertragung durch den Vater.

Hr. Güterbock glaubt, dass dieser Punkt von Niemandem mehr in Zweifel gezogen werde; Hr. Körte findet aber einen Incidenzpunkt darin, ob eine vorgängige Ansteckung der Mutter nöthig sei. Hr. Behrend bemerkt, dass Depaul immer eine Ansteckung der Mutter annimmt; er (B.) hat auch selbst beobachtet, dass, wenn ein syphilitisches Kind von der Mutter selbst gesäugt wird, diese nicht kranke Brustwarzen bekommt, dass sich aber bei Ammen die Krankheit vom Kinde auf die Brustwarzen fortpflanzen, und von diesen auch auf das eigene Kind der Amme übergehen könne. Es gehe also hieraus eine Immunität der Mutter hervor.

2) Die allgemeine Wirkung dieser syphilitischen Vergiftung der Frucht ist eine Verminderung ihrer Lebensenergie. Diese Verminderung der Lebensenergie zeigt sich in verschiedenen Intensitätsgraden, welche theils von der angeborenen Lebensbefähigung der Frucht selber bedingt werden.

Ueber diesen Punkt nimmt Niemand das Wort.

3) Bei sehr bedeutender Verminderung der Lebensenergie stirbt die Frucht im 3. bis 6. Monate ihres Intrauterinlebens und wird ausgestossen. Die meisten Fälle von sogenanntem habituellem Abortus beruhen auf Syphilis der Eltern, oder wenigstens des Vaters allein, oder der Mutter.

Hr. Meyer meint, früher habe die Ansicht gegolten, dass bei habituellem Abortiren die Mutter syphilitisch gewesen sein müsse, und fragt, ob man jetzt die Syphilis des Vaters auch für Ursache des habituellen Abortus halte. Hr. Behrend bemerkt, ein Edinburger Arzt habe gegen habituellen Abortus eine leichte Mercurialkur empfohlen; diese Kur habe er bei einer mit einem sehr verlebten Manne verheiratheten Frau angewendet, sie habe aber später doch abortirt. Später geschieden und wieder verheirathet, habe sie gesunde, kräftige Kinder geboren, während die zweite Frau des geschiedenen Mannes auch abortirt habe, obwohl sie nie syphilitisch gewesen sei. Hr. Körte nimmt die abortirenden Frauen gegen den Verdacht der Syphilis in Schutz. Hr. Behrend erwidert aber, er habe mehr die Väter gemeint, und glaubt, der Arzt habe das Recht, bei solchem habituellen Abortus den Vater genau zu untersuchen, und selbst bei den Frauen eine Mercurialkur zu instituiren. Es sei auch wünschenswerth, dass solche abortirte Früchte genau untersucht würden. Hr. Wegscheider hält es für zweifelhaft, ob die Syphilis des Vaters als solche, oder nur als ein schwächendes Moment auch auf das Kind schwächend wirke, so dass es durch Abortus abgehe. Hr. B. hat deswegen gerade den Ausdruck: „verminderte Lebensenergie" gebraucht. — Hr. Waldeck theilt einen Fall mit: Eine Frau, die nie ein Kind ausgetragen hatte, war immer schwächend behandelt worden; auf seinen (W.'s) Rath lebte die Frau kräftig und gebar ein Kind zu vollen Tagen; es war schwächlich, zeigte nach mehreren Tagen einen Pemphigusausschlag, Rhagaden, und steckte die Amme an, die ein syphilitisches Geschwür an der Brust bekam. Der Vater, den Hr. W. genau untersuchte, hatte eine Knochenauftreibung am Schienbein; er wurde einer Jodkaliumkur unterworfen und zeugte später gesunde Kinder. — Hr. Behrend glaubt, der Satz sei so zu fassen: In den Fällen von habituellem Abortus, wo man eine andere Ursache nicht auffinden könne, müsse man wohl an Syphilis denken. Diese Fälle seien aber gewiss die häufigsten. — Hr. Credé bestätigt, dass man oft keine Ursache auffinden könne, und hat auch Syphilis als Ursache des Abortus festgestellt. — Hr. Güterbock fragt Hrn. W., ob die Amme übrigens gesund gewesen sei, da in diesem Falle eine Contagiosität der secundären Syphilis bestehen würde. — Hr. Waldeck giebt an, die Amme sei nicht nur bei ihrem Engagement völlig gesund gewesen, sondern auch als das Kind bereits Spuren der Syphilis zeigte; dass die Amme ferner Schanker an der Warze und im Rachen bekommen habe. — Hr. Behrend hält dies auch für unzweifelhaft, glaubt aber, dass ein längerer Contact, wie Coitus, Saugen an der Brustwarze etc., zur Ansteckung nöthig sei. — Hr. Güterbock bemerkt, dass Cullerier an 11 Ammen, welche entschieden syphilitische Kinder säugten, keine Spur von Syphilis wahrgenommen habe.

4) Hält sich die Frucht im Uterus bis etwa zum 8. Monate, so stirbt sie entweder während des Geburtsakts oder bald nach der Geburt, und man gewahrt dann an ihr meistens sehr auffallende Erscheinungen, die man nur der Syphilis zuschreiben kann.

5) Zu diesen Erscheinungen gehören besonders Excoriationen an verschiedenen Stellen des Körpers, besonders an den Händen und Füssen, als wenn das Kind daselbst mit kochendem Wasser abgebrüht worden wäre; ferner Rhagaden in den Mundwinkeln und an den Nasenflügeln; flache Ulcerationen im Naseneingange und im Innern des Mundes, Condylome, Pemphigus, Haut- und Zellgewebsgeschwüre, Tophen und Caries.

Hr. Langerhans fragt, ob die mit *Syphilis congenita* geborenen Kinder sämmtlich gestorben, oder ob einige auch geheilt worden seien. Hr. Behrend antwortet, dass die Heilung zwar vorkomme, aber selten sei, und dass immer eine Kur dazu nöthig sei. — Hr. Henoch bemerkt in Bezug auf Hrn. B.'s Angabe, dass auch das Knochensystem angegriffen werde, er habe etwa 170 syphilitische Kinder gesehen, aber niemals eine Knochenaffection, weder Tophen noch Caries. — Hr. G. Simon erinnert an das nicht selten vorkommende Einfallen der Nase. Hr. Behrend hat auch Caries des Stirnbeins an einem Kinde gesehen, welches am zweiten Tage starb, ebenso ein Kind mit Tophus des Schienbeins. Das Kind starb ebenfalls, es ist aber keine Section gemacht worden. Uebrigens seien Tophen bei Kindern auch von P. Dubois, Ricord u. A. beobachtet. Auch die Nase zeige offenbar Zerstörungen der Knochen. — Hr. Güterbock fragt, ob die *Syphilis congenita* immer erst 8—14 Tage nach der Geburt, oder ob sie auch gleich bei der Geburt vorkomme? Hr. Behrend erwiedert, dass bei geringer Virulenz die Erscheinungen erst später auftreten. — Hr. G. Simon zeigt eine Abbildung von Ricord, welche die gleich bei der Geburt vorhandenen Erscheinungen darstellt. — Hr. Körte glaubt, man müsse hier zwischen *Syphilis adnata* und *congenita* unterscheiden, und Hr. Güterbock stellt den Satz auf, wenn später als 14 Tage nach der Geburt die Syphilis auftrete, sei sie als *adnata* zu betrachten, wenn früher, als *congenita*. Hr. Henoch hält dies für sehr unsicher, da man oft erfahre, ein Exanthem sei erst 5 Wochen nach der Geburt aufgetreten, das Kind habe aber von der Geburt an einen schnüffelnden Athem, also eine Affection der Nasenschleimhaut gehabt. Der Termin des ersten Auftretens lasse sich gar nicht feststellen; überhaupt nehme Hr. B. die *Syphilis adnata* viel zu häufig an. Hr. Behrend widerlegt dies, und führt einen Fall an, in welchem eine Amme, die ein syphilitisches Kind säugte, plötzlich entlassen sei und auf Schadenersatz geklagt habe. Bei der Untersuchung habe die Amme frisch geheilte Schankernarben gehabt, und in dem abgegebenen Gutachten (von dem verstorbenen Geh. Rath Kluge) sei ausgeführt, dass, wenn ein kräftig geborenes Kind 14 Tage nach der Geburt ein syphilitisches Exanthem bekomme, es als *intra partum* angesteckt, nicht aber als mit *Syphilis congenita* behaftet zu betrachten sei. — Hr. Henoch bemerkt in Bezug auf den von Depaul beobachteten Befund in den Lungen, es scheine ihm nur die von Legendre aufgestellte Atelektase der Lunge gewesen zu sein; am wichtigsten seien die Veränderungen in der Leber, welche mit den Beobachtungen Dietrich's übereinstimmen. Hr. Behrend beruft sich auf die mikroskopischen Untersuchungen, welche die Gegenwart von kleinen Abscessen in den Lungen bewiesen hätten, doch lässt Hr. Henoch das nicht gelten, da es sehr schwer, wo nicht unmöglich sei, mikroskopisch Bronchialschleim von Eiter zu unterscheiden. Hr. Körte findet überdies, dass selbst der Unterschied noch nicht beweisend sei, weil selbst Abscessbildung in der Lunge immer nicht ein Zeichen von Syphilis sein könne. Hr. Behrend macht aber auf das Zusammentreffen anderer Symptome mit diesen Abscessen aufmerksam, welches doch wohl beweisend sein dürfte.

6) Zu den zweifelhaften, aber höchst wahrscheinlich auch der angeborenen Syphilis zuzurechnenden Erscheinungen gehören Eiterbildungen in inneren Organen, besonders in der Thymus und in den Lungen nach P. Dubois und Depaul, nur bedarf es zu ihrer Würdigung noch einer weitern Beobachtung.

7) Die milden, erst etwa 14 Tage oder später nach der Geburt bei einem bis dahin ganz gesunden Kinde auftretenden Hautausschläge, namentlich die sogenannte syphilitische Roseola, können zwar die Folge einer angeborenen Syphilis, aber auch eben so gut Folge einer während oder gleich nach der Geburt stattgehabten frischen Ansteckung sein.

8) Die Geburt eines mit angeborener Syphilis behafteten Kindes berechtigt sehr wohl zu einer antisyphilitischen Behandlung der Eltern, und zwar jedenfalls der Mutter, sobald sie wieder schwanger ist, selbst

wenn sie augenblicklich auch keine Zeichen von Syphilis darbietet oder auch früher keine dargeboten hat. Es muss jedenfalls durch die Mutter auf die Frucht in ihrem Uterus gewirkt werden, um diese am Leben zu erhalten.

9) Zeigen die Mutter oder der Vater Merkmale einer syphilitischen Dyskrasie, so müssen sie einer antisyphilitischen Kur unterworfen werden, um die Zeugung lebensfähiger, nicht dyskrasischer Kinder zu ermöglichen.

10) Bleibt das mit angeborener Syphilis behaftete Kind am Leben, so muss es möglichst früh antisyphilitisch behandelt werden, weil darin die Hoffnung liegt, das Kind am Leben zu erhalten.

Hr. Simon erklärt, er behandle jede Schwangere, welche syphilitisch sei, mercuriell, und habe bemerkt, dass dann häufig die Kinder ausgetragen würden.

Schluss der Sitzung 10 Uhr.

Der Secretär der Gesellschaft: Krieger.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Leibarzte und General-Stabsarzte Dr. Grimm das Komthurkreuz des königl. Hohenzollernschen Haus-Ordens; dem prakt. Arzte Dr. Mechelen zu Kettwig a. d. R. der Rothe Adler-Orden 4. Kl.; den prakt. Aerzten Dr. Kessenkaul in Aachen und Dr. Hecking in St. Vith die Impf-Medaille.

Kurfürstenthum Hessen. Dem General-Stabsarzte und Ober-Med.-Rathe Dr. Schier der Rothe Adler-Orden 3. Kl.; den Regiments-Aerzten Dr. Hoffa vom Artillerie-Reg., Landgrebe vom 1. (Leib-) Husaren-Reg., den Bataillons-Aerzten Rohleder und Bestlen und dem Stadtphysikus Dr. Menz zu Fulda der Rothe Adler-Orden 4. Kl.

Personalveränderungen. Baden. Ernannt: Dr. Eimer in Lahr zum Assistenz- und Badarzt in Langenbrücken.

Baiern. Versetzt: Dr. Pickel, prakt. Arzt, von Ruhmannsfelden nach Reisbach (Niederbaiern).

Oesterreich. Ernannt zu Kreis-Med.-Räthen: Prof. Dr. J. Laschan für Innsbruck; Kreisärzte DD. Erharter für Brixen, Engstler für Bregenz, Districtsarzt Dr. Tecini für Trient. Zu Bezirksärzten im Kronlande Tirol: die Kreisärzte DD. J. Plaseller, J. Winter, A. Rossi und L. Montavon; die Districtsärzte DD. K. v. Kappeler, J. Huber, A. Heinisch, F. Künz, Kreiswundarzt Dr. K. Tschau, die DD. J. Gillhuber, F. v. Guggenberg, A. Hölzel, A. Russegger, F. v. Gasteiger, F. Höfel, K. Kessler, A. Thavonatti, F. Stangber, F. Panizza und J. Galvan. Zum Kreis-Med.-Rathe für Niederösterreich der Kreisarzt Dr. K. Berat; zu Bezirksärzten: die Kreisärzte DD. K. Eberstoller und F. Drinkwelder, die Districtsärzte DD. Effenberger, Knolz, Massarei, Grössing, Haas, Raab, Skauer, Ess, Bartgen, Grabacher und Uibl, der Physikus der k. k. Fondsgüter im Marchfelde Dr. Pessina v. Czechorod, Kreiswundarzt Rustler.

Preussen. Dem ersten General-Stabsarzte der Armee und Chef des Militär-Medicinalwesens Dr. Lohmeyer ist der Abschied mit Pension bewilligt. Angestellt: Die prakt. Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer DD. C. Eichmann als Kreisphysikus des Kreises Flatow, Kersandt als Kreisphysikus in Lötzen. Niederlassungen: Die prakt. Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer Dr. Schäfer in Bonn, Dr. Haase in Flatow, Dr. Walloth in Bilstein, Dr. Talaczynski in Buk, der Wundarzt 1. Kl. Pawlowski, früher in Stenszewo, ebendaselbst, die prakt. Aerzte und Wundärzte Dr. Kristeller, Dr. C. G. F. Mayer und Dr. Fromm, sowie die Zahnärzte Bloch und Treptau in Berlin und der Assist.-Arzt, prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Winckler in Gnesen.

Würtemberg. Zu Oberamtsärzten ernannt: DD. Michel von Weikersheim in Neckarsulm und Frölich von Ilzhofen in Künzelsau. Versetzt: Oberamtsarzt Dr. Staudenmaier von Welzheim nach Heidenheim. Quiescirt: Oberamtsarzt Dr. Abele in Kannstatt.

Todesfälle. Baiern. Physikus Dr. Mändl in Simbach; Physikatsverweser Dr. v. Büttner in Königshofen; Dr. B. Hetzel, prakt. Arzt in Ipsheim.

Oesterreich. Dr. J. Schelle in Wien, Mitgl. der med. Fac.

Preussen. Dr. F. W. Breyer, prakt. Arzt in Berlin; Reg.-Arzt Dr. Beelitz in Landsberg a. d. W.; Wundarzt 2. Kl. Freitag in Höxter.

England. Prof. Dr. Kidd in Oxford.

Frankreich. Dr. Lugol zu Paris, der bekannte Schriftsteller, ehemaliger Arzt vom Hôpital St. Louis.

Russland. Prof. Dr. Chr. Salomon aus St. Petersburg (gest. in Avignon).

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1].

13. Staatsarzneikunde.

(Fortsetzung aus No. 41.)

Lion, Die preussischen Aerzte und das neue Strafgesetzbuch. Casper's Wochenschr. 30.

— Ueber Selbstverbrennung und Liebig's Kritik derselben. Ibid. 18.

— Wie können Ueberschwemmungen der menschlichen Gesundheit nachtheilig werden, und wie lässt sich sanitätspolizeilich gegen diese Nachtheile einschreiten. Henke's Zeitschr. III.

Lukinger, Einige Fälle von Kopfverletzungen, als Beitrag zur wissenschaftlichen Beurtheilung der Kopfverletzungen in medicinisch-gerichtlicher Hinsicht. Ibid. III.

— Was ist Waffe im juridischen Sinne? Ibid.

Neumann, Zur Prostitutionsfrage. Med. Centr.-Ztg. 31.

Ogston, Pathologische Studien über die Ertrunkenen. Lond. Gaz., Mai.

Quincke, Ueber die Prostitution und deren Beaufsichtigung. Pr. Vereins-Ztg. 35. 36.

Rapp, Beleuchtung des medicinischen Theiles der die Verwundung des Prof. W. betreffenden Gerichtsverhandlung beim k. Kreis- und Stadtgerichte zu Bamberg am 28. Jan. 1851. Henke's Zeitschr. XLII. Erg.-Heft.

Ryan, Ueber Gonorrhöe in Bezug auf gerichtliche Medicin.

Sandouville, Ueber die administrativen Mittel, der Verbreitung der venerischen Krankheiten entgegenzuwirken. Ann. d'Hyg., Juli.

Santlus, Ueber die Bedeutung des Bewusstseins in der forensischen Psychologie. Henke's Zeitschr. III.

Schmidt, Ueber Anstellungen und Beförderungen im Medicinal-Departement. Berlin, 1851.

Schreiber, Die Ermordung der Reichstags-Abgeordneten General v. Auerswald und Fürst Lichnowsky zu Frankfurt a. M. Henke's Zeitschr. XLII. Erg.-Heft.

— Die Ermordung des Viehhändlers Jeremias Rosenfeld von Barchfeld betreffend. Ibid.

Schwefelsaurer Baryt als Verfälschungsmittel. Bull. de thérap., Juni.

Streubel, Ueber die Entstehung der erworbenen Hernien in gerichtsärztlicher Beziehung. Henke's Zeitschr. III.

Tunstall, Bemerkung über das Gesetz zur Regelung des Arsenikverkaufs in England. Prov. Journ., April.

Webster, Der Gesundheitszustand von London. Lond. Journ., Juni.

Zengerle, Ein Beitrag zur Beurtheilung der Impfung. Würt. Corr.-Bl. 8.

[1] Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 44. 1. November 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber die Fötalkrümmungen, namentlich in Bezug auf die Bedeutung der angeborenen Verdrehungen der Bauchglieder.

Von

Professor Dr. Eschricht in Kopenhagen.

Während eines kurzen Aufenthaltes in Hamburg in diesem Sommer besuchte ich die schöne, ich möchte sagen die musterhafte orthopädische Anstalt des Hrn. Dr. Langgaard, und erfuhr, dass der geehrte Vorsteher in seinem Heilverfahren von der Ansicht ausgeht, es liegen die angeborenen Verdrehungen überhaupt, sowie die der Füsse im Besondern, keinesweges in einem Ueberwiegen gewisser Muskeln, — weshalb er die Myotomie und Tenotomie verwirft — sondern wesentlich in einer abnormen Form der Knochen, und zumal in einer abnormen Richtung ihrer Gelenkflächen. Indem er mir als Gewährsmann für diese Ansicht namentlich Cruveilhier citirte, konnte ich nicht umhin, ihn darauf aufmerksam zu machen, dass ich bereits vor mehreren Jahren ganz dieselbe Ansicht öffentlich vorgetragen, und zwar in Verbindung mit der allgemeinen Ansicht, dass jene Verdrehungen der Füsse mit den sie begleitenden abnormen Richtungen ihrer verschiedenen Gelenkflächen nur als Ueberbleibsel früher normaler Formen zu betrachten seien, als welche sie einer Reihe Fötalformen angehören, die ich als „Fötalkrümmungen" bezeichnet habe. Dass meine Angaben hierüber ihm unbekannt geblieben, war mir keinesweges auffallend. Es ist vielmehr nur zu wahrscheinlich, dass sie den deutschen Aerzten überhaupt noch unbekannt sind, indem sie nur in der dänischen Sprache publicirt worden, und zwar in Schriften, worin sie nicht leicht gesucht werden dürften. Die erste Mittheilung davon geschah im Jahre 1842 in Stockholm bei der skandinavischen Naturforscher-Versammlung daselbst in einem Vortrage „über die Fötalkrümmungen" (vide: Förhandlinger vid de Skandinaviske Naturforskanes tredje Möte i Stockholm den 13—19 Juli 1842. pag. 761—766), die zweite in einer Abhandlung über die äusseren Fötalformen zweier nordischen Fiewalle (vide: Det Kongl. Danske Vidensk. Selskabs naturv. og mathem. Afhandlinger. 11te Deel. Kbhvn. 1845. pag. 235—240). Jene erste Mittheilung möchte immer noch die Beachtung der deutschen Aerzte verdienen, weshalb ich hier eine freie Behandlung derselben dem deutschen Publikum übergebe.

Die Embryonen aller Thiere liegen bekanntlich im Eie wie zusammengeballt oder gekauert, die der höheren Wirbelthiere namentlich gegen die Bauchfläche stark gekrümmt. Wer nur auf die reiferen Fötus hinsieht, geräth leicht auf den Gedanken, dies rühre einzig und allein von der Gedrängtheit des Raumes her; allein schon der Umstand, dass diese allgemeine Krümmung des Körpers gerade am allerstärksten in den früheren Embryonalstadien ist, wo der Embryonalkörper nur noch einen sehr kleinen Theil vom ganzen Inhalt des Eies ausmacht, muss auf das Vorhandensein ganz anderer Einflüsse hindeuten, und die genauere Untersuchung der gekrümmten Theile selbst bestätigt dies auf das Vollkommenste.

Fassen wir zuerst den Kopf in's Auge. Es ist dieser bei allen jungen Säugethierembryonen so stark gekrümmt, dass das Gesicht ganz umgedreht gegen die Brust gekehrt liegt. Diese Stellung, die durchaus fest und unveränderlich ist, hat schon bei dem menschlichen Embryo etwas Auffallendes, indem es schwerlich irgend einem Erwachsenen gelingen würde, selbst mit der grössten Anstrengung eine solche Stellung des Gesichts durch Beugung des Kopfes und des Rückens hervorzubringen.

Bei weitem mehr auffallend ist indessen diese Lage des Gesichts bei manchen kurzhalsigen Säugethieren, zumal bei den Wallthieren,

Feuilleton.

Verzeichniss der Vorlesungen, welche im Wintersemester des Studienjahres 1851—52 an der medicinischen Facultät in Wien abgehalten werden.

Descriptive Anatomie, und zwar: Knochen-, Bänder- und Muskellehre, 5 Mal wöchentlich von 8—9 Uhr, und eben dasselbe 5 Mal wöchentlich von 2—3 Uhr, von Hrn. Prof. J. Hyrtl, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Secir-Uebungen, während des ganzen Semesters den ganzen Tag hindurch.

Anatomisch-mikroskopische Demonstrationen, 1 Mal wöchentlich, Sonnab. von 2—3¼ Uhr, ebendaselbst von demselben (unentgeltlich).

Physiologie, 5 Mal wöchentlich von 12—1 Uhr, von Hrn. Prof. E. Brücke, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Pharmakognosie und allgemeine Pathologie, und zwar: Pharmakognosie 3 Mal wöchentlich, Mont., Mittw. und Freit. von 10—11 Uhr; allgemeine Pathologie 2 Mal wöchentlich, Dienst. und Donnerst. von 10—11 Uhr, von Hrn. Prof. K. D. Schroff, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Toxikologie, mit besonderer Berücksichtigung des öffentlichen Sanitätsdienstes, 2 Mal wöchentlich, Mont. und Mittw. von 3—4 Uhr, von Hrn. Prof. F. Kurzak, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Pharmakognosie, 3 Mal wöchentlich, Mont., Mittw. und Freit. von 10—11 Uhr, von Hrn. Privatdocenten Dr. J. Kainzbauer, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Topographische Anatomie, 3 Mal wöchentlich, Mont., Dienst. und Mittw. von 2—3¼ Uhr, von Hrn. Prof. Hyrtl, im Josephs-Akad.-Gebäude.

Pathologische Gewebslehre mit Demonstrationen, Sonnab. von 12—1 Uhr, von Hrn. Prof. Rokitansky, im allg. Krankenhause (unentgeltlich).

Allgemeine pathologische Anatomie und Uebungen an der Leiche, 8 Mal wöchentlich, und zwar: 5 Mal wöchentlich von 12—1 Uhr, und 3 Mal: Mont., Mittw. und Freit. von 3—4 Uhr, von demselben, im allg. Krankenhause.

Specielle medic. Pathologie, Therapie und Klinik, 5 Mal wöchentlich: von 8—10 Uhr von Hrn. Prof. Skoda; von 8—10 Uhr von Hrn. Prof. Raimann; von 8—10 Uhr von Hrn. Prof. Oppolzer; von 7½—9 Uhr von Hrn. Prof. Helm; von 7½—9 Uhr von Hrn. Privatdoc. Dr. Haller. Sämmtlich im allg. Krankenhause.

Ueber Auscultation und Percussion, Sonnab. von 8—9 Uhr, von Hrn. Prof. Skoda (unentgeltlich).

Krankheiten des Magens und Darmkanals, Mont. u. Dienst. von 5—6 Uhr, von Hrn. Prof. Oppolzer (unentgeltlich).

Medicinische Casuistik, wöchentlich 1 Mal, Sonnab. von 9—10 Uhr, von Hrn. Prof. Raimann (unentgeltlich).

deren Kiefer sonst in der horizontalen Rückgratlage, nicht wie beim Menschen nach unten, sondern gerade nach vorn gerichtet sind, so dass die Beugung des Kopfes, die den erwachsenen Wallthieren gänzlich abgeht, hier den Embryonen im höchsten Grade verliehen zu sein scheint. Dies ist jedoch gerade nur anscheinend. Im Grunde ist der Kopf dieser Embryonen eben so wenig gebogen, wie der der Erwachsenen. Die Krümmung des Kopfes beruht nicht auf einer Beugung im Gelenke mit dem Atlas, sondern einzig und allein auf der krummen Form des Kopfes an und für sich, welche Form wiederum damit in der innigsten Verbindung steht, dass das ganze Schädelgewölbe ungemein stark, der Antlitztheil des Kopfes hingegen nur sehr schwach entwickelt ist. Betrachten wir den mittleren Theil der Schädelgrundfläche als die Fortsetzung der Wirbelkörperreihe, das Schädelgewölbe als die Nervenbogen desselben, und die Antlitzknochen als die Eingeweidebogen (Visceralplatten), so werden wir finden, dass in geradem Verhältniss zur stärkern Entwickelung jener und zur schwächeren dieser immer auch der Mitteltheil der Schädelgrundfläche jenen (den Nervenbogen) einen convexen, diesen (den Antlitzknochen) einen concaven Bogen zum Ansatze darbiete — wodurch eben die krumme Form des ganzen Kopfes entstehen muss. Das Uebergewicht des Gehirns und somit der Schädelwölbung findet ursprünglich bei allen Wirbelthierembryonen statt. Der Schädel ragt bei ihnen allen am vordersten Theil des Kopfes hervor. Es liegen hier die Vierhügel, und es bilden sich hier die Scheitelbeine, hinter diesen aber: an der Rückenfläche die Hinterhauptsschuppe, an der Bauchfläche das Stirnbein. Die ganze Knochenreihe, von der Hinterhauptsschuppe, den Scheitelbeinen, dem Stirnbein und den Oberkiefern zusammengesetzt, bildet demnach einen halben, oder bei der stärksten Krümmung einen ganzen Kreis, und die Kiefer sind entweder nach hinten oder gar (in der horizontalen Lage) nach oben gegen die Brustwand gekehrt. Allmälig nimmt das Uebergewicht des Gehirns ab, und damit zugleich die Krümmung des Kopfes. Das Gesicht wird dabei, nachdem es erst nach oben gegen die Brustwand gekehrt gewesen, nach hinten, dann nach unten parallel mit der Bauchfläche gezogen. Hier bleibt es bei dem Menschen stehen. Das ursprüngliche Uebergewicht des Gehirns und des Schädelgewölbes über die Kiefer verliert sich bei ihm am wenigsten. Bei den Säugethieren im Allgemeinen hingegen schreitet die Tilgung der ursprünglichen Krümmung weiter fort. Zumal bei den Wallthieren wird durch das gewaltige Heraufwachsen der Kiefer das ganze Schädelgewölbe auf den hintersten Theil des Kopfes gedrängt, das Maul tritt in gerade Linie mit der Wirbelsäule. Die Stellung des Gesichts parallel mit der Bauchfläche ist demnach bei den Thieren eine Uebergangsform, zum handgreiflichen Beweise, dass eine Uebergangsform nicht nothwendigerweise immer eine niedere ist. Die mit der Formveränderung des ganzen Kopfes nothwendig verbundene Stellungsveränderung der einzelnen Knochen greift tief in die ganze Skeletorganisation hinein. Am auffallendsten ist die Stellungsveränderung vielleicht am Siebbein. Bei ziemlich kleinen Säugethierembryonen liegt dessen Siebplatte noch in einer Ebene mit der Schädelgrundfläche, später ist sie senkrecht darauf in die Höhe gerückt. (Ueber sämmtliche Embryonalformen der Wallthiere wird man ein Näheres vorfinden können in meiner Schrift: Zoologisch-anatomisch-physiologische Untersuchungen über die nordischen Wallthiere. 1. Bd. Leipz., 1849. p. 65—70). Sehen wir auf die kränklichen Zustände hin, so werden wir darin die eben gegebene Darstellung erhärtet finden. Bleibt nämlich die normale starke Entwickelung schon frühzeitig aus, tritt eine Anencephalie ein, während die Kiefer sich wie gewöhnlich ausbilden, so verwandelt sich die Fötalkrümmung des Kopfes gegen die Beugeseite zu einer entgegengesetzten gegen die Streckseite (Rückenfläche), und das Gesicht sitzt in der aufrechten Stellung nicht nur ganz oben, sondern wohl gar nach hinten gedreht, die Augen tiefer als das Kinn.

Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich aufs Bündigste, dass die Fötalkrümmung des Kopfes gar nicht auf einer eigentlichen Beugung desselben (im Atlasgelenke) beruhe, sondern einzig und allein auf der Form des ganzen Knochengerüstes. Jede Erklärung einer solchen vermeintlichen Beugung, entweder durch den Druck des Behälters, oder gar durch ein Uebergewicht des Beugemuskels, fällt demnach von selbst weg.

Gehen wir jetzt an die Betrachtung der Wirbelsäule, die ebenfalls stark gekrümmt daliegt, zumal im Schwanztheile, wo ein solcher vorhanden. Man könnte vermuthen, hier wenigstens beruhe die Krümmung auf einer Beugung in den Gelenken und dem Faserknorpel zwischen den einzelnen Wirbeln, worauf sich wiederum die Ansicht stützen könnte, es rühre die Beugung entweder von dem Druck des Behälters oder von dem Uebergewicht des Beugemuskels her. Dieser Ansicht widerspricht aber aufs Bündigste: 1) Dass die Krümmung bei fortschreitender Entwickelung sich verliert, obgleich der Druck des Behälters eher in Zunahme sein muss, und 2) dass sie an den jüngeren Embryonen, auch noch nachdem sie skelettirt worden, ganz gut zu erkennen ist, obgleich allerdings die Steifheit derselben, durch die Weichtheile gestützt, sehr viel verloren geht. Meine Untersuchungen über diesen Punkt waren hauptsächlich auf den Schwanz der Wallthiere gerichtet. Es ist dieser bekanntlich (abgesehen von der Schwanzflosse) sehr stark comprimirt von einer Seite zur andern mit einer scharfen Leiste oben und unten. Dennoch ist er bei den kleineren Embryonen sehr stark gegen die Nabelgegend gekrümmt, und die untere Leiste verläuft ganz straff (ohne Runzeln) an der Concavität des Bogens. Zieht man ihn an, nimmt er alsbald, so wie die äussere Gewalt nachlässt, seine frühere krumme Form an. Die krumme Form ist demnach der Ruhestand der elastischen Faserknorpelreihe, sie beruht auf der natürlichen Form dieser Faserknorpel und der Wirbelkörper. So am Schwanze der Wallthierembryonen, und so zweifelsohne am Rückgrate sämmtlicher Embryonen überhaupt. Höchst wahrscheinlich steht übrigens auch hier die Fötalkrümmung und deren Tilgung in der genauesten Uebereinstimmung mit dem ursprünglichen Vorherrschen des Rückenmarkes und der allmäligen relativen Verkürzung desselben. Als Beleg für diese Ansicht muss erwähnt werden, dass bei fehlendem Rückenmarke das ganze Rückgrat eine Krümmung in entgegengesetzter Richtung hat, also gerade wie bei der Anencephalie der Schädel.

Die Brust- und Bauchglieder erscheinen an den kleineren Embryonen nicht weniger gekrümmt, als der Kopf und das Rückgrat. Die Hände liegen anfangs dicht an die vordere Brustwand mit ausgespreizten Fingern, die Füsse nicht weniger dicht an den Bauch angedrückt, und zwar so, dass die Zehenspitzen nach dem Kopfe gekehrt sind. Als Folge hiervon sind es, bei einer gegenseitigen Berührung, nicht die grossen, sondern die kleinen Zehen, die an einander stossen. Die Finger und die Zehen sind selbst keineswegs gebogen, vielmehr gerade

---

Specielle chirurg. Pathologie, Therapie und Klinik, 5 Mal wöchentlich: von 10—12 Uhr von Hrn. Prof. Schuh; von 10—12 Uhr von Hrn. Prof. v. Dumreicher.

Chirurgische Operationslehre, 3 Mal wöchentlich, Mittw., Donnerst. und Freit. von 3—4 Uhr, von Hrn. Prof. Schuh (davon die beiden Stunden Mittw. und Donnerst. unentgeltlich); und 3 Mal wöchentlich, Mont., Dienst. und Freit. von 3—4 Uhr, von Hrn. Prof. v. Dumreicher. Beide im allg. Krankenhause.

Ambulatorium für Augenkranke, täglich von 10—11 Uhr (für allhier absolv. Candidaten der Medicin unentgeltlich), ferner

Klinisch-ophthalmologischer Unterricht, verbunden mit prakt. Uebungen am Krankenbette, 5 Mal wöchentlich von 11—12 Uhr — und

Specielle Pathologie und Therapie der Augenkrankheiten, mit Erläuterungen an Augenkranken; Augenoperationslehre, nebst prakt. Uebungen am Leichname, 5 Mal wöchentlich von 12—1 Uhr, vom Hrn. Reg.-Rath Prof. Edlen v. Rosas, im allg. Krankenhause.

Anatomie, Physiologie des Auges, Ophthalmodiätetik und Operationslehre, 3 Mal wöchentlich, Mont., Mittw. und Freit. von 3—4 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Blodig, im Hörsaale der Augenklinik im allg. Krankenh.

Chirurgische Instrumenten- und Bandagenlehre und Uebungen, 2 Mal wöchentlich, Sonnab. und Sonnt. von 9—11 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Gessner, im allg. Krankenhause.

Theoretische Geburtshülfe, 5 Mal wöchentlich von 8—9 Uhr, von Hrn. Prof. Klein, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Praktischer Cursus der Geburtshülfe, durch 2 Monate, von demselben von 9—11 Uhr, im Gebärhause.

Correpetitorium über einzelne Kapitel der Geburtshülfe, Sonnab. von 8—9 Uhr im Josephs-Akad.-Gebäude, von demselben (unentgeltl.).

Gerichtliche Medicin sammt praktischen Uebungen in gerichtlichen Obductionen, 8 Mal wöchentlich, und zwar: 5 Mal wöchentlich von 3—4 Uhr, und 3 Mal wöchentlich: Dienst., Donnerst. und Sonnab. von 2—3 Uhr, von Hrn. Prof. Dlauhy, im allg. Krankenhause.

Geschichte der Medicin in Verbindung mit Epidemiologie, 3 Mal wöchentlich: Mont., Mittw. und Freit. von 5—6 Uhr Nachm., von Hrn. Prof. Seligmann, im Josephs-Akad.-Gebäude (unentgeltlich).

Hodegetik, Encyclopädie und Methodologie der medicinischen Wissenschaften, von demselben, Sonnab. von 4—5 Uhr, im Josephs-Akademie-Gebäude (unentgeltlich).

Klinik der Hautkrankheiten, 5 Mal wöchentlich von $2^1/_2$—4 Uhr, von Hrn. Prof. Hebra, im allg. Krankenhause (in 3monatl. Cursen).

Klinik für Syphilis in 8wöchentlichen Cursen, 5 Mal wöchentlich von 4—5 Uhr, von Hrn. Prof. Sigmund.

Theoretische Vorträge über Erkenntniss und Behandlung der Syphilis im Allgemeinen, 1 Mal wöchentlich, Sonnab. von 4—5 Uhr Nachm., von demselben, im allgemeinen Krankenhause.

Ueber Erkenntniss und Behandlung der primären und secundären Syphilis, abwechselnd mit Hrn. Prof. Sigmund auf dessen Klinik im allg. Krankenhause, von Hrn. Privatdoc. Dr. Effenberger.

ausgestreckt in allen ihren Gelenken, so auch Hände und Füsse in ihren Gelenken mit dem Unterarm und dem Unterschenkel. Die gekrümmte Stellung der Gliedmaassen, wodurch jene Anschliessung an die Brust- und Bauchfläche entsteht, kann also, insofern sie an den Gelenkbiegungen liegt, nur an der des Schulter- und Ellenbogen-, des Hüften- und Kniegelenks liegen. Allerdings erscheinen auch diese gebogen, obgleich, was die Brustglieder anbelangt, nur sehr schwach. Man muss nämlich in Erwägung ziehen, dass während jener Anneigung der Hände gegen die Brustwand sowohl Unterarm als Oberarm noch überaus kurz sind, ursprünglich auch nicht einmal aus der äusseren Hautbedeckung hervorragen. Je kürzer diese Glieder, um so weniger spitz braucht selbst folglich der Winkel der Ellenbogenbiege zu sein, um die Hand gegen die Brustwand anzulegen; nur im Schultergelenke ist die ursprüngliche Stellung mit der einer starken Beugung zu vergleichen. Nach und nach, so wie Ober- und Unterarm an Länge zunehmen, gleiten die Hände tiefer herab, und schon am vier- bis fünfmonatlichen Fötus hängen beide Arme nur sehr sanft gebogen herab, obgleich immer noch steif und unabänderlich in ihrer ganzen Form. — An den Bauchgliedern zeigt sich die Formveränderung bei weitem complicirter. Die Complication beruht darauf, dass die Natur hier aus der allen Gelenken ursprünglich gemeinsamen Form, wobei die Beugeseite an der Bauchfläche, die Streckseite an der Rückenfläche liegt, eine ganz entgegengesetzte am Kniegelenke bezweckt, wozu sich noch im Fussgelenke die höchst eigenthümliche fortdauernde Zurückbeugung auf der Streckseite (eigentlich eine übermässige Streckung) gesellt. Diese charakteristischen Formen sind an dem winzigen Bauchgliede des Embryo anfangs auch gar nicht zu erkennen. So wie die Füsse mit den Sohlen platt gegen die Bauchwand gedrückt sind, die Zehenspitzen, wie bereits angeführt, nach dem Kopfe hin gerichtet, so ist auch das Fussgelenk einfach gestreckt dem Handgelenke sehr ähnlich *(Pes equinus)*; die äusserst kurzen Unter- und Oberschenkel liegen mit ihrer Beugefläche (später die hintere des Unterschenkels, die hintere und innere des Oberschenkels) gegen den Bauch, das Knie kehrt sich ursprünglich nach hinten, dann nach aussen und unten (in der aufrechten Stellung). Nach und nach, wie sich allmälig Ober- und Unterschenkel verlängern, entfernen sich auch die Fusssohlen vom Unterleibe, wobei sie sich ganz gewöhnlich gegen einander stemmen. Dabei aber geschieht eine höchst eigenthümliche Rotation der Bauchglieder in ihrer Gesammtheit, und zwar nicht durch eine Bewegung in ihren Gelenken, sondern vielmehr durch eine schraubenförmige Richtung im Wuchse des Schenkelknochens, wodurch eben das Knie allmälig bis an die Bauchfläche gedreht wird. Zugleich bildet sich die Ferse mehr und mehr aus, bis zuletzt die bleibenden Formen auftreten. Diese ganze Reihe von Formveränderungen ist keineswegs bei der Geburt vollständig abgeschlossen. Alle neugeborenen Kinder sind noch mehr oder weniger krummbeinig; sehr häufig stemmen sie noch, während sie nackt sind, ihre Füsschen gegen einander, zeigen auch noch viel später eine schwache Klumpfussbildung, die bei fernerem Wuchse sich von selbst ausgleicht.

Die ursprüngliche Krümmung der Gliedmaassen liegt, wie die des Kopfes und des Rückgrats, wesentlich in der Form ihres Knochenbaues. Dies geht schon daraus hervor, dass sie eben eine ursprüngliche ist, und dazu noch eine feste und unveränderliche. Um mich vollends zu überzeugen, dass dabei keine Muskelkraft mit im Spiele sei, habe ich an mehreren Embryonen, zumal menschlichen aus dem zweiten und dritten Schwangerschaftsmonat, die Muskeln durchgeschnitten oder ganz abgetragen, und darnach die Krümmung unverändert bleiben gesehen. Der Versuch, die krummen Fötalbeine zu strecken, gelingt nur durch die Elasticität der knorpeligen Theile; eine eigentliche Beugung und Streckung in den Gelenken kann erst später ausgeführt werden, wenn die Fötalkrümmung bereits grösstentheils gehoben ist. Durch eine gewaltsamere Einwirkung auf die zarten Theile kann man ihnen allerdings jede beliebige Form mittheilen, und zwar indem die Knorpel zerbrechen oder von den Verknöcherungen abgerissen werden. Auch bei dem Eintrocknen nehmen die Knorpeltheile allerhand ganz abweichende Formen an, zumal wenn sie ausgespannt und gepresst werden. In den anatomischen Museen findet sich — oder fanden sich allenfalls früher — sehr allgemein ganze Reihen getrockneter Fötusskelette, alle in aufrechter Stellung mit den Füssen auftretend, gerade gestreckten Beinen und herabhängenden Armen, der Hals schnurgerade gestreckt in die Höhe stehend, und dabei gewöhnlich sehr lang. Dergleichen Präparate können noch sehr lehrreich sein hinsichtlich der Ossification; von den natürlichen Formen des Skelettes aber geben sie ein höchst unrichtiges Bild.

Ist die Fötalkrümmung der Brust- und Bauchglieder, wie die des Kopfes und des Rückgrats, eine ursprüngliche, bei der weiteren Entwickelung sich immer mehr verlierende, so kann sie auch nicht durch den fortwährenden Druck des Behälters entstanden sein. Besteht sie selbst nicht in einer Beugung der Gelenke, sondern in der Form der Knochen, so kann auch weder sie selbst, noch ihre allmälige Tilgung aus einer anhaltenden Wirkung erst der Flexoren, dann der Extensoren entstehen.

Wenden wir uns nun an die angeborenen abnormen Bildungen der Bauchglieder! Bekanntlich können in sehr seltenen Fällen die Bauchglieder verschmolzen sein: Sirenenbildung. Wie diese und alle übrigen Verschmelzungsbildungen überhaupt zu betrachten seien, namentlich in wiefern sie ursprünglich normale Formen andeuten sollten, darüber ist hier nicht Ort und Stelle weiter einzugehen. Nur darauf wünschte ich hier fest gehalten zu haben, dass die Verschmelzung jedenfalls eine ursprüngliche ist. So wie die beiden Füsse sonst immer mit den Sohlen platt gegen die Bauchwand gedrückt sind, die Zehenspitzen nach dem Kopfe gerichtet, die kleine Zehe oder der sonst äussere Fussrand jederseits an die Mittellinie des Bauches liegend, findet ihre Verschmelzung nothwendigerweise an diesem Rande statt, und das Doppelglied trägt seine beiden grossen Zehen an seinen äusseren Rändern. Es musste gerade so kommen, wenn man sich auch eine secundäre Verschmelzung der ursprünglich getrennten Glieder denken wollte, so lange man doch nur die Verschmelzung auf eine frühe Periode der Entwickelung verlegt. Es folgt nun die Periode, wo sich bei allmäliger Verlängerung des Ober- und Unterschenkels die Füsse vom Unterleibe entfernen, und sich die Fötalkrümmung mehr und mehr verliert. Diese Veränderungen können auch hier eintreten, nur die dabei normal zugleich eintretende Rotation jedes einzelnen Beins — wie solche oben angegeben wurde — ist eben durch die gegenseitige Verschmelzung gänzlich ausgeschlossen, und das Knie bleibt an der gemeinsamen Streckseite des Körpers, die Ferse an der Beugeseite, gerade so wie sie es ursprünglich an allen Embryonen gewesen. Damit wäre

---

Vorträge über primäre und allgemeine Syphilis, 5 Mal wöchentlich in noch zu bestimmenden Stunden, in dem Hörsaale der Klinik für Hautkranke im allg. Krankenhause, von Hrn. Privatdoc. Dr. Zeissl.

Vorträge über Kinderkrankheiten, mit Uebungen an Kranken, 5 Mal wöchentlich von 11 — 12 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Bednar.

Ueber Frauen- und Kinderkrankheiten, 3 Mal wöchentlich, Dienst., Donnerst. u. Freit. von 6 — 7 Uhr Nachm., von Hrn. Privatdoc. Dr. Löbisch, im allgemeinen Krankenhause.

Praktischer Unterricht in Kinderkrankheiten, täglich von 1 — 3 Uhr, im ersten öffentlichen Kinderkranken- und Impfungs-Institute, in der Stadt No. 426, von demselben.

Klinische Vorträge über Frauenkrankheiten, 4 Mal wöchentlich von 6½ bis 8 Uhr Morgens, Mont., Dienst., Mittw. und Sonnab., von Hrn. Privatdoc. Dr. Chiari, im allgemeinen Krankenhause. (Dauer eines Curses 2 Monate.)

Specielle Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten und Klinik an dem k. k. klinisch-pädiatrischen Institute im St. Annen-Kinderspitale. Klinik täglich von 2 — 3 U., und Vorlesung Sonnab. von 11 — 12 U., von Hrn. Privatdoc. Dr. Mauthner, Ritter v. Mauthstein.

Ueber theoretische und klinische Psychiatrie, 3 Mal wöchentlich, Mont., Mittw. und Freit. von 1 — 2 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Primärarzt Dr. v. Viszanik, im Irrenhause.

Ueber Percussion und Auscultation, 5 Mal wöchentlich von 7 — 8 Uhr Morgens und von 4 — 5 Uhr Nachmittags, in 6wöchentlichen Cursen, von Hrn. Privatdoc. Dr. Kolisko, auf der Abtheilung für Brustkranke im allgemeinen Krankenhause.

Ueber Zahnheilkunde, 3 Mal wöchentlich, Dienst., Donnerst. und Sonnab. von 5 — 6 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Heider, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Homöopathische Klinik, täglich um 9¼ Uhr im Spital der barmherzigen Schwestern zu Gumpendorf, von Hrn. Privatdoc. Dr. Fleischmann.

Ueber Bäder und Heilquellen, 3 Mal wöchentlich, Mont., Mittw. und Freit. von 12 — 1 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Binder, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Histologie, 2 Mal wöchentlich, Mittw. und Sonnab. von 2 — 3¼ Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Wedl, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Ueber physiologische und pathologische Chemie und Mikroskopie, 5 Mal wöchentlich von 12 — 1 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Heller.

Praktische klinisch-chemische und mikroskopische Uebungen im pathologisch-chemischen Laboratorium, von 8 Uhr Morgens bis 6 Uhr Abends; ferner

Medicinisch-gerichtliche Chemie, 4 Mal wöchentlich, Mont., Dienst., Mittw. und Freit. von 11 — 12 Uhr, im pathologisch-chemischen Laboratorium, von demselben.

Vorträge über Semiotik als Propädeutik der speciellen Pathologie, 5 Mal wöchentlich in noch zu bestimmenden Stunden, im allg. Krankenhause, von Hrn. Privatdoc. Dr. Polansky.

Theoretisch-praktische Vorträge über Krankheiten der Harnorgane (nebst

eine sehr einfache Erklärung des vielleicht merkwürdigsten Umstandes in der Sirenenform gegeben.

Die Sirenenbildung wäre also wenigstens in einer Richtung ein einfaches Beharren einer früher normalen Form, oder eine sogenannte „Hemmungsbildung"; der Pferdefuss *(Pes equinus)*, Klumpfuss, die kurze und starke Krümmung der ganzen Beine sind es alle sammt und sonders, höchst wahrscheinlich bis auf die Details aller einzelnen darin betheiligten Knochen, Bänder, Sehnen und Muskeln, wenn auch dies noch nicht auf streng anatomischem Wege gänzlich nachgewiesen ist. Alle diese Bildungen sind eben nur darin abnorm, dass sie fortbestanden haben. Wer es versuchen wollte, sie zu erklären, dürfte vor Allem nicht von den späteren Formen ausgehen, als wären sie aus diesen z. B. durch übermässige Wirkung der Flexoren entstanden. Er müsste, wenn er überhaupt die Muskeleinwirkung darin betheiligt meinte, den Grund in einem Versagen der sonst vermeintlich die Krümmung tilgenden Extensoren suchen. Doch wird ein jeder gebildete Arzt zu gut wissen, wie wenig statthaft überhaupt die mechanischen Erklärungen der natürlichen Formveränderungen seien, um nicht, der obigen Darstellung gemäss, auch hier davon abzustehen, sobald es anerkannt ist: dass die angeborenen Bildungsfehler der Bauchglieder, die als Pferdefüsse, Klumpfüsse und Reiterbeine oder Dachsbeine bezeichnet werden, reine Hemmungsbildungen seien, nicht in der übermässigen Flexion, sondern in der Form selbst der Knochen liegen, wie die analogen früheren Formen des Kopfes und des Rückgrats.

Die hier mitgetheilten Ansichten sind, wie gesagt, — mit Ausnahme der über die Sirenenbildung, und überhaupt weniger bestimmt — bereits im Jahre 1842 öffentlich ausgesprochen worden. Damals stand gerade die Anwendung der Tenotomie und Myotomie gegen die Klumpfussbildung in grossem Ansehen, und ich wagte mich darüber nur in folgenden Worten auszusprechen: „dass dadurch keine kränkliche Kraft (der Beugemuskeln) gehoben werde, sondern eine an und für sich normale Kraft, um der Gegenkraft (der Streckmuskeln) ein Uebergewicht mitzutheilen, wodurch ihre mechanische Einwirkung auf die Knochen stark genug werde, die Entwickelung derselben in der beabsichtigten Richtung zu fördern." (Förhandlinger etc. pag. 766.) Dies ist auch wohl die einzig mögliche Erklärung eines vermeintlich glücklichen Erfolges der Operation. Ist sie, wie dies aus der hier gegebenen Darstellung hervorzugehen scheint, nicht zu gestatten, — so möchte der vermeintlich glückliche Erfolg dieser Operationen gegen die besagten Formfehler am Ende nur eine Folge der sie begleitenden mechanischen Einwirkung mittelst der Bandagen sein. Dies ist in der That meine Meinung geworden, seitdem ich den günstigen Erfolg des Langgaard'schen Heilverfahrens kennen gelernt habe.

Bemerkungen über vier Inflexionen des Uterus mit einem Geburtsfalle.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

Modeartikel in der medicinischen Welt sind gefährlich; aber es trifft auch sie glücklicherweise das Loos, dass sie abgelegt werden und auf den Trödel kommen, wenn ihr Aufsehen, das sie gemacht, vorüber ist. — Arme Gebärmutter, wie wird dir z. B. in der Jetztzeit mitgespielt! Du wirst gesengt und gebrannt, als habe dich Swammerdam mit seiner Benennung *„miraculum naturae"* als zu vernichtende Hexe bezeichnet. Du wirst gereckt und gestreckt gleich einem Rekruten, und gleichviel ob es biegt oder bricht. Warum siehst du aber auch so keck in die Welt hinein und hälst dich nicht so versteckt wie deine klügeren höheren Nachbarinnen die Milz, die Nieren, denen es nicht besser ergehen würde, liessen sie ein Zipfelchen zu Tage erblicken. Dazu kommt deine gutmüthige Unempfindlichkeit, wie sie sagen, beim Glüheisen, Höllenstein und Streckmaschinen, während dich doch, wie sie wieder sagen, ein leichter Schreck, eine kleine Erschütterung, ein Stückchen Pressschwamm und Blutgerinnsel krank, selbst schief machen kann. Aber die Folgen deines phlegmatischen und passiven Verhaltens treffen deine Trägerinnen, und das ist der ernste Punkt, den Männer von grösserer Autorität, als die unsere ist, nicht mit blossem Achselzucken beachten, sondern ohne Rücksicht zur öffentlichen Besprechung bringen sollten, damit solchem Treiben ein Ziel gesetzt würde. Ein solches Treiben kommt aber hie und da vor. Ist es denn zu verantworten, bei jeder Gelegenheit Blutegel an den Uterus zu setzen, und Frauen dazu abzurichten? Sind die häufigen Injectionen in die Mutterscheide, bis zur Exaltation fortgesetzt, zu rechtfertigen? Muss denn jedes Bläschen geätzt und gebrannt werden, das sich in der Scheide blicken lässt, da es doch kaum einem Arzt einfällt, mit Höllenstein und Glüheisen in der Mundhöhle bei gleichen Uebeln zu operiren? Solches Wühlen in der Scheide mit Finger, Sonde, Mutterspiegeln, Injectionsspritzen, Höllensteinkörpern u. s. w. wird endlich das sittliche Gefühl der Frauen plötzlich verletzen und kann auch dem moralischen Ruf der Aerzte gefährlich werden. Wir meinen, wie sich von selbst versteht, nicht jene Praktiker, welche nur den Heilzweck im Auge haben, sondern diejenigen, welche ihr Ich allein auf solche Weise zu erheben streben, auf Erfindung von Instrumenten, frappanten Kurarten ausgehen, und in ihren Aufsätzen und Büchern keinen ältern Schriftsteller erblicken lassen. Dieses auf einer gewissen Seite üblich gewordene Ignoriren ist bequem, schliesst aber alle Kritik aus, und ist nicht deutsch, nicht nobel, denn Ehre dem, dem Ehre gebührt.

Wir wenden uns dem Gegenstande zu, den die Ueberschrift bezeichnet, und überlassen es den Lesern der Deutschen Klinik, die Beziehung des vorstehenden Ergusses mit jenem aufzufinden. Es führt uns zunächst auf diesen Gegenstand eine unbeendet gebliebene Geburt, mit dem Tode der Mutter und des Kindes in Folge. Wir theilen sie weiter unten mit.

I. Die Schiefheit der Gebärmutter, welche schon Boër von dem Schiefstande derselben getrennt hat, ist vom Jahre 1845 an wieder Gegenstand der Besprechung geworden. Besonders umfassend hat diese Formabweichung des Uterus Kiwisch Ritter v. Rotherau zuerst in seinen „klinischen Vorträgen, 1845", dann in der zweiten Auflage dieses Werkes, wiederum in seinen „Beiträgen zur Geburtskunde 1848", welcher Aufsatz fast wörtlich in die dritte Auflage übergegangen ist, abgehandelt. Ohne eines früheren Schriftstellers zu gedenken, wird bemerkt, dass bis jetzt die besten Aufschlüsse über die in Rede stehende Krankheit noch einige Journalaufsätze gegeben hätten, wobei Velpeau, Rigby, Simpson und Sommer genannt werden, wäh-

---

Uebungen), in 8wöchentlichen Cursen, 5 Mal wöchentlich in noch zu bestimmenden Stunden, im allgemeinen Krankenhause, von Hrn. Privatdoc. Dr. v. Ivanchich.

Vorträge über pathologisch-anatomische und chirurgische Augenheilkunde, 5 Mal wöchentlich von 2—3 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Seidl, im Hörsaale der Augenklinik.

Theoretische Geburtshülfe, verbunden mit Uebungen am Phantom, 5 Mal wöchentlich von $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Arneth, im allgemeinen Krankenhause.

Niederer medicinisch-chirurgischer Lehrcurs (unentgeltlich).

1. Jahrgang.

Physik als Vorbereitungswissenschaft, 5 Mal wöchentlich von 11—12 Uhr, von Hrn. suppl. Professor Dr. Kainzbauer, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Anatomie wie oben.

2. Jahrgang.

Theoretische Medicin, 5 Mal wöchentlich von 8—10 Uhr, von Hrn. Prof. Kurzak, im Josephs-Akademie-Gebäude.

Theoretische Geburtshülfe wie oben.

Bandagen- und Instrumentenlehre wie oben.

3. Jahrgang.

Specielle medicinische Pathologie und Therapie und Klinik, 5 Mal wöchentlich von 8—10 Uhr, von Hrn. Prof. Raimann.

Specielle chirurgische Pathologie, Therapie und Klinik, 5 Mal wöchentlich von 10—12 Uhr, von HH. Proff. Schuh und v. Dumreicher.

Gerichtliche Medicin wie oben.

Sämmtlich im allgemeinen Krankenhause.

Hebammen-Cursus.

Theoretische Geburtshülfe für Hebammen, 5 Mal wöchentlich von 11 bis 12 Uhr, von Hrn. Prof. Bartsch, im allg. Krankenhause (unentgeltl.).

Praktischer Cursus der Geburtshülfe für Hebammen (von 2 Monaten), von demselben, im Gebärhause (unentgeltlich).

Theoretische Geburtshülfe für Hebammen, 5 Mal wöchentlich von 12 bis 1 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Zipfl, im allg. Krankenhause.

Ueber Pflege gesunder und kranker Kinder, Sonntag von 11—12 Uhr, mit praktischen Demonstrationen, im St. Maria-Annen-Spitale in der Alser-Vorstadt, von Hrn. Privatdoc. Dr. Mauthner, Ritter v. Mauthstein (unentgeltlich).

Ueber Krankenpflege (für Krankenwärter), von Anfang November bis Ende April, Sonntag von 4—5 Uhr, von Hrn. Privatdoc. Dr. Lackner, im allgemeinen Krankenhause.

Praktischer Unterricht über die Einimpfung der Kuhpocken, 2 Mal wöchentlich, Dienst. u. Freit. von $2\frac{1}{2}$—4 Uhr, von Hrn. Dr. Zöhrer, im Findelhause.

rend in den Handbüchern über die Krankheiten des weiblichen Geschlechts so unbefriedigende Aufschlüsse über diese so häufige Krankheitsform zu finden seien, dass man sie noch als sehr ungenügend erkannt betrachten müsse. Dieser Ausspruch ist nicht ganz richtig, denn wenn wir auch der Mittheilungen über Fälle, welche Levret, Baudelocque, Deuman, Saxtorph, Schreger, Jahn u. A. beobachtet haben, nicht weiter gedenken und nicht anführen wollen, wie gründlich Wigand die Schiefheit des Uterus beleuchtet hat, so müssen wir doch darauf hinweisen, dass schon Möller 1803, J. F. Meckel 1816, Lange 1822, Meissner 1825 und 1833, Mende 1825 und 1836, Tiedemann 1840 dieser Krankheitsform ihre Aufmerksamkeit geschenkt, und Mende, Busch (das Geschlechtsleben des Weibes u. s. w. 1841. Bd. III. S. 622.) und Meissner (die Frauenzimmerkrankheiten, 1843. Bd. I. S. 782.) sie mit Kritik und wissenschaftlicher Gründlichkeit bearbeitet haben. Auch hätte Sommer sich besser umsehen sollen, ehe er niederschrieb, dass er die pathologischen Anatomien von Engel, Andral, Baillie, Meckel, Cruveilhier vergeblich wegen Aufklärung durchsucht habe, da die Bemerkung die zuletzt genannten Männer nicht trifft.

II. Ein anderer auffallender Punkt ist die abweichende Ansicht über die Häufigkeit des Vorkommens der Schiefheit oder der Inflexionen des Uterus. J. F. Meckel war, wie wir selbst oft genug gesehen haben, nicht gewohnt, Sectionen so oberflächlich hin zu machen und die Organe herauszunehmen, bevor er sie nicht in ihrer Lage genau gemustert hatte. Nach ihm, der zahllose Sectionen gemacht hat, kommt die Schiefheit des Uterus nur selten vor. Tiedemann hat „in einem Zeitraum von vierzig Jahren in vielen hundert weiblichen Körpern, deren Gebärmutter er untersucht hat" 8 Mal schief geformte Gebärmütter beobachtet, und scheint diese Zahl schon gross zu finden, da er deshalb auf ein nicht so seltenes Vorkommen schliessen zu dürfen glaubt. Stoltz konnte aus seiner ausgedehnten Praxis nur vier Fälle an Tiedemann berichten. Busch, dem es doch auch nicht an Gelegenheit gefehlt hat, kranke Frauen zu untersuchen, hält sie für eine sicher nur selten vorkommende Krankheitsform, und bezieht sich auf die zur Zeit (1841) noch geringe Casuistik. Auch Rokitansky hatte nur von Zeit zu Zeit Gelegenheit, sie zu beobachten. Wir selbst haben mit Ausnahme einer bestimmten, meist vorübergehenden Schiefheit des Uterus nicht viele Inflexionen gefunden, und haben doch auch Gelegenheit genug gehabt, zu exploriren, und bedienen uns auch der Sonde, wo es nöthig. — Dagegen muss diese Krankheit nach Kiwisch's Erfahrung „als eine der gewöhnlichsten in Bezug auf Uterusleiden betrachtet werden." Sie kam ihm z. B. „seit beiläufig 8 Monaten 17 Mal zur Beobachtung." C. Mayer „hat, wie es scheint, in kurzer Zeit (seit Anfang d. J. u. s. w.) in seiner Privatpraxis 21 wirkliche Knickungen gefunden, und Sommer berichtet in seiner Inauguralabhandlung (Präses Dr. G. Vogel), dass in wenigen Wochen mehrere Fälle in der medicinischen Abtheilung des academischen Hospitals zu Giessen vorgekommen seien, er selbst über die Krankheit theils aus der directen Beobachtung mehrerer während des Lebens an Infractionen (?) behandelter Kranken, theils aus der Betrachtung von infractirten und flectirten Gebärmüttern, auf welche er in reichlichem Maasse im allgemeinen Krankenhause in Mainz gestossen sei, Belehrung gewonnen habe.

Da nun die geringeren Grade der Inflexionen und die alleinige anomale Richtung des Mutterhalses einen nachtheiligen Einfluss nicht ausüben, also wohl auch grossentheils gar nicht zur Beobachtung des Arztes kommen, so muss allerdings das häufigere Vorkommen der Inflexionen seit 1845 im Vergleich zu der frühern Zeit auffallen, und könnte nur aus einer grössern Sicherheit in der Erkennung des Uebels zufolge hinzugekommener Hülfsmittel erklärt werden.

Wir müssen hier voran bemerken, dass schon von der Boivin und Dugès die Krankheitserscheinungen genau angegeben, und von Busch und Meissner keine übersehen wurde. Die neuere Zeit hat kein neues Symptom hinzugefügt. Jeder Vergleich der Angaben bestätigt diesen Ausspruch. Ebenso klar liegt vor, dass dieselben Erscheinungen, welche die Inflexionen hervorrufen, z. B. Schmerzen, gesteigert bei den Catamenien, Blutungen, Blennorrhöen, Harn- und Stuhlbeschwerden, Druck und Zerren im Becken, hysterische Nervenstimmungen u. s. w., auch bei der Retroversio, Antroversio und andern Uterinleiden vorhanden sein können, auch bei Inflexionen leichteren Grades und bei abnormer Richtung des Mutterhalses allein fehlen. Es ist daher ebenfalls schon von früheren Aerzten bemerkt worden, dass die sich darstellenden Erscheinungen für die Diagnose nicht ausreichend wären, und eine gründliche Exploration anzustellen sei. Auch diese haben die Boivin und Dugès genau angegeben, und finden wir nicht minder von Busch und Meissner die wesentlichen Momente hervorgehoben. Zu diesen wird neuerliehst besonders die Empfindlichkeit des Uterus, die Abwesenheit des Grundes an der normalen Stelle, das Fühlen desselben entweder vor oder hinter dem Vaginaltheil, dabei die Richtung des äussern klaffenden Muttermundes nach hinten oder nach vorn, Schlaffheit des Grundes der Gebärmutter gezählt. Auch die Untersuchung durch das Rectum lässt besonders den Grund in dem Douglas'schen Raum entdecken. Allein die Empfindlichkeit des Uterus kommt auch bei andern Uterusleiden, selbst bei den Lagenveränderungen desselben gar nicht selten vor, wie auch bei diesen der Grund nicht an der normalen Stelle gefühlt wird, und bei der alleinigen Biegung des Halses, wie es Autenrieth beobachtet hat, auch die Boivin, Dugès, Busch angeben, der Grund die normale Stelle einnehmen kann. Was die Richtung der Scheidenportion und den immer klaffenden Muttermund betrifft, so ist dabei zu erinnern, dass jene normal sein kann, wenn nur der Grund gebogen ist, wie in Pétrequin's Fall, und schon von Saxtorph, Drejer, Meissner angegeben ist, und dass die Scheidenportion bei der Retroflexio nach vorn, bei der Antroflexio nach hinten gerichtet ist, also der Richtung bei Retro- und Antroversio sich annähernd. Können doch auch Retroversio und Retroflexio, wie Antroversio und Antroflexio zugleich vorkommen. Der Muttermund klafft nicht immer; so fand ihn Tiedemann unter 8 Fällen 5 Mal als eine feine kleine Querspalte, als eine kleine runde Oeffnung, und in einem Falle ungemein klein in einer queren Vertiefung nicht in der Mitte zwischen den Lippen, sondern nach der rechten Seite gerückt; dagegen ist wohl zu bemerken, dass auch bei einem selbst schwangern retrovertirten Uterus der Muttermund so geöffnet sein kann, dass er die Fingerspitze aufnimmt, wie Eichhorn, van Döveren beobachtet, und wir selbst sowohl bei Antro- als Retroversio des nicht schwangeren Uterus gar nicht selten gefunden haben. Endlich können wir gegen das durch die Exploration zu ermittelnde Zeichen, die Erschlaffung und Verlängerung des Uterus anführen, dass keineswegs bei Inflexionen immer Erschlaffung und Verlängerung vorhanden, vielmehr fanden den Gebärmutterkörper die Boivin, Dugès sehr selten länglich, und Tiedemann sah die Gebärmutter in einem Falle sehr klein und die Höhle ungemein eng. Bekannt ist aber auch, dass man Erschlaffung und Verlängerung des Uterus ohne alle Flexion findet, und sie sich auch bei Antro- und Retroversio zeigen kann.

Wir hätten also der neuern Zeit kein diagnostisches Zeichen zu verdanken, das mit einer grösseren Sicherheit das fragliche Uebel erkennen liesse, als früher der Fall gewesen.

Kiwisch führt uns nun in seinen „Klinischen Vorträgen" (3. Aufl., 1. Abth. S. 110.) durch einige sich etwas widersprechende Worte auf das eigentliche unfehlbare Mittel hin, indem er sagt: „Bei bedeutender Entwickelung der in Rede stehenden Difformität ist es meist nicht schwer, dieselbe mit ziemlicher Gewissheit zu erkennen." Dann weiter unten: „bei so ungewöhnlichen, die Exploration begünstigenden Umständen" (deren wir oben gedacht haben) „genügt die übliche Untersuchungsmethode bei einiger Uebung vollständig zur Erkenntniss der Inflexionen, nicht so aber bei der bei weitem grösseren Zahl der Kranken. Hier ist die Anwendung der von uns häufig erwähnten Gebärmuttersonde unumgänglich nothwendig." — Wenn es nun bei bedeutender Entwickelung einer Inflexion meist nicht schwer ist, sie mit ziemlicher Gewissheit zu erkennen, und die Exploration vollständig zur Erkenntniss derselben genügt, doch aber in der Mehrzahl der Fälle die Uterussonde unumgänglich nothwendig wird, so müssen wir untersuchen, ob sie auch überall anwendbar ist; ob sie auch da, wo anwendbar, immer grössere Sicherheit giebt, als die Exploration, und also diese vollständig ersetzt.

Was die erste Frage betrifft, so steht fest und ist auch zugegeben, dass ihrer Einführung unüberwindliche Hindernisse entgegenstehen können. Dies ist aber gerade dann der Fall, wenn das Uebel nachtheilige Einflüsse ausübt, also die Knickung in einem hohen Grade besteht, denn Inflexionen niederen Grades kommen wohl nicht leicht zur Behandlung, weil sie eben keine Beschwerden verursachen, wie auch Kiwisch bemerkt. Bildet nun die Knickungsstelle fast oder wirklich einen spitzen Winkel, so sieht man ein, dass das Durchführen der Sonde durch diese Stelle und hinab nach dem Grunde hin eine Unmöglichkeit sein muss, da die Biegung der Sonde nicht ausreicht, und ein genügendes Erheben oder Lenken des Griffes nicht ausführbar ist. Dazu kommt, dass die Knickungsstelle eine mechanische und organische Verengerung erleidet, die ja selbst den Abgang von Blut und Schleimhautsecreten zurückhält. Sehr richtig bemerkt Virchow, dass die nothwendige Annäherung der vorderen Wand bei Retroflexio, und der hinteren bei Antroflexio die Knickungsstelle verenge, aber auch sehr häufig eine organische Veränderung sich finde, die zu einer vollständigen Atresie führe. Man soll zwar die Schwierigkeit der Durchführung der Sonde dadurch überwinden, dass man mit dem Finger Grund und Körper erheben, und mit der Sonde den Winkel der Knickungsstelle herabdrücken solle, allein jenes Manöver gelingt nicht, wenn, wie häufig bei Inflexionen, der Mutterscheidengrund gespannt, die Knickungsstelle von rigider Beschaffenheit ist (Boivin, Dugès, Colombat), bei Adhäsionen, bei einer einem spitzen Winkel sich annähernden

Knickung, bei organischer Verengerung, bei verkürzter hintern Wand der Scheide, bei Verkürzung der Wand in der Concavität der Inflexion. Das Heraldrücken der gewöhnlich atrophischen, dünnen Wand schliesst die Möglichkeit einer Zerreissung auch bei Lebenden nicht aus, wie eine Durchbohrung des Uterus bei einer Leiche nach ganz unbedeutendem Drucke zu Stande kam (Sommer). Ueberhaupt muss daran erinnert werden, dass auch Schwangerschaft bestehen kann, die unter solchen Umständen nicht so leicht vorher dürfte festgestellt sein. — Auch der äussere Muttermund und der Mutterhals bleiben, wie auch Virchow bemerkt und die Beobachtungen von Tiedemann darthun, nur selten frei von Veränderungen. Der Druck, den die Scheidenportion erleidet und der sie comprimirt, verengt, rundet den äusseren Muttermund und kann auch den Kanal des Mutterhalses unwegsam machen. Kiwisch erklärt das von ihm angegebene, oben schon berührte Klaffen des Muttermundes aus der Zerrung der nach oben gelegenen Partie der Gebärmutter, durch welche die entsprechende Muttermundslippe nach aufwärts gezogen und so der Muttermund geöffnet werde. Wenn aber, wie Kiwisch lehrt, Erschlaffung des Uterus Bedingung der Inflexion ist, wie kann er die Muttermundslippe in die Höhe ziehen? Wie soll auch ein Zug an der vordern oder hintern Muttermundslippe bei einem inflectirten Uterus den Muttermund öffnen ohne Mitwirkung der andern Muttermundslippe, die aber nicht mitwirken kann? Ueberhaupt gehören ja doch wohl zu der Eröffnung eines jungfräulichen Uterus ganz andere Vorgänge.

Die Diagnose wird aber auch befestigt durch Herstellung der Configuration des Uterus mit der Sonde. Dies geschieht durch Umdrehen der eingebrachten Sonde, so dass bei der Retroflexion die Concavität nach vorn, bei der Antroflexion nach hinten steht, ferner dort durch Erheben, hier durch Senken des Sondengriffes. Es leuchtet ein, dass die Aufrichtung überall nicht gelingt, wo Verwachsungen bestehen, die Wand in der Concavität der Knickungsstelle verkürzt ist, die Knickungsstelle einen spitzen Winkel bildet, und dass diese Umdrehung bei nicht vergrösserter Uterinhöhle, die keineswegs immer vergrössert ist, nicht bei der angeborenen Inflexion, nicht bei Frauen, die noch nicht geboren haben, nicht beim leichten Grad der Inflexion, ohne tadelnswerthe Gewalt ausführbar ist. Das Umdrehen der Sonde kann nur geschehen bei erweiterter Uterinhöhle in allen Fällen und bei den hohen Graden des Uebels, wo Blut und Schleimhautsecrete, die nicht ausfliessen können, die Erweiterung bedingen. Kann aber die Sonde eingeführt werden, wo Flüssigkeiten in Folge der Verengung nicht Abgang finden? Ist hier nicht bei Vergrösserung des Uterus durch Blut Schwangerschaft denkbar und der Gebrauch der Sonde bei der Unsicherheit der Diagnose verwerflich?

Es ist auch, beiläufig bemerkt, dies Verfahren nicht neu, mindestens ein entnommenes. Osiander bediente sich seines Ausdehnungswerkzeuges zur Erhebung des rückwärtsgebeugten Uterus, indem er dasselbe mit dem convexen Rande nach vorn gekehrt in die Uterinhöhle brachte, und dasselbe nun umdrehte, so dass die Convexität nach hinten gekehrt war. Kilian nennt dieses Verfahren „ein äusserst rohes, das beweise, wie der glückliche Ausgang einer Behandlung bei weitem keine Bestätigung der Tauglichkeit derselben enthalte."

Es kann also auch der Tumor, d. h. der Gebärmutterkörper, welcher bei Inflexionen hinter oder vor dem Mutterhals gefühlt wird, unter jenen Verhältnissen, welche die Einführung der Sonde erschweren oder unmöglich machen, wie bei den Umständen, welche eine Aufrichtung des Gebärmutterkörpers nicht zulassen, nicht zum Verschwinden gebracht werden, und dürften deshalb und aus mehreren berührten Gründen die Aerzte und Geburtshelfer, welche vor dem Gebrauche der Sonde eine grosse Zahl von Inflexionen für Anschoppungen, Hypertrophien u. s. w. gehalten haben sollen, zur Zeit wohl auch sagen können, dass man eine grosse Zahl von Anschoppungen, Hypertrophien etc. für Inflexionen halte. Denn eine ruhige, wiederholte, umsichtige, ganz besonders das Verhältniss des Mutterhalses zu dem Körper in Rücksicht ihrer Lage und Richtung beachtende Manual-Exploration durch die Scheide und, wo nöthig, durch das Rectum — aber nicht wie gelehrt wird, mit der halben oder ganzen Hand — wird den vorliegenden Fall auch ohne Sonde, und sogar da, wo diese nicht ausreicht, erkennen, aber auch in der Diagnose fehlen lassen, wie es eben auch bei der Untersuchung mit der Sonde geschehen wird. Wir rathen folgendes Verfahren an: Man bringt den Zeige- und Mittelfinger zwischen den Mutterhals und Körper so weit ein, dass die Spitzen in dem Winkel der Knickungsstelle liegen, bleibt mit dem Zeigefinger an dem Mutterhalse liegen, und schiebt mit dem Mittelfinger Grund und Körper nach vorn oder nach hinten, je nachdem eine Antro- oder Retroflexio besteht, von dem Mutterhalse ab. Auf diese Weise erkennt man nicht nur die Inflexion, sondern erfährt auch, ob Verwachsungen vorhanden sind oder nicht. — Es ist wohl die Unfehlbarkeit etwas zu weit getrieben, wenn C. Mayer gegen die von Cruveilhier ausgesprochene Behauptung, dass die Volumenzunahme des Gebärmutterkörpers häufig mit Retroflexio verwechselt werde, sich dahin äussert, dass er früher zuweilen geirrt haben könne, jetzt aber mit der Gebärmuttersonde einen solchen diagnostischen Irrthum für unmöglich halte. Mayer stützt sich auf folgende diagnostische Puncte: 1) auf das mühsame schmerzhafte Durchführen der Sonde durch die Knickungsstelle. Dagegen ist zu bemerken, dass bei den leichtern Graden der Inflexionen die Durchführung der Sonde weder mühsam noch schmerzhaft ist, und dass auch bei andern Uterinleiden, namentlich auch bei der Hypertrophie des Uterus, welche durch idiopathische oder consensuelle Reizung desselben bei chronischen Uterincatarrhen u. s. w. bedingt ist, das Einführen der Sonde mühsam und schmerzhaft sein kann; 2) auf die Richtung der Sonde beim Einbringen mit ihrer convexen Seite, mit ihrem Knopf nach hinten in der zweifelhaften Geschwulst. Zu erinnern ist hier, dass bei einer Retroversio der Muttermund nach vorn, und oft bedeutend nach oben gerichtet ist, mithin auch die eingebrachte Sonde mit ihrem Knopfe eine Richtung nach hinten und unten einnimmt und in der Geschwulst fühlbar wird; dass mit der Volumaunahme des Uterus nicht selten eine Erweiterung der Uterinhöhle, besonders in Folge von zurückgehaltenem Blute und Secreten bei Blennorrhöen, wie es auch bei Inflexionen geschieht, verbunden ist, und dann die Sonde ebenfalls eine Richtung nach hinten annimmt, wenn besonders eine Neigung des Grundes nach hinten besteht; dass endlich allerdings bei einer Volumenzunahme des Uterus die Sonde eine Richtung gerade nach oben annehmen kann, derselbe Fall aber auch eintritt, wenn der Mutterhals flectirt ist, Körper und Grund gerade stehen. Es können also diese Puncte als untrügliche Zeichen einer reflectirten Gebärmutter nicht gelten. Auch das Fehlen des *Fundus uteri* hinter der Symphyse bei der Palpation des Unterleibes, und die Verkürzung der vorderen Muttermundslippe wird zu den Zeichen der Retroflexio gezählt. Allein mancher weibliche Unterleib lässt den *Fundus uteri* nicht fühlen, und bei einer tiefern Lage der Gebärmutter, bei einiger Neigung des Grundes nach hinten, die gerade bei jener Hypertrophie, welche in Folge von *Descensus uteri*, Aftergebilden, Uterinalcatarrhen entsteht, vorkommt, ist er ebenfalls nicht zu fühlen, während er bei blosser Inflexion des Cervicaltheils wohl gefühlt werden kann. Wie unbeständig das Verhältniss der Scheidenportion und der Muttermundslippen des gesunden Uterus, und nun besonders des kranken ist, lehrt die tägliche Erfahrung.

Wir gewinnen also das Resultat, dass die Sonde keineswegs immer anwendbar ist, dass ihr Gebrauch die grösste Vorsicht gebietet, und dass sie, wo anwendbar, doch nicht immer eine grössere Sicherheit in der Diagnose giebt, als die manuelle Exploration, und dass das jetzige häufigere Vorkommen der Inflexionen aus den neuerliebst etwa gewonnenen diagnostischen Zeichen und Mitteln der Erkennung nicht zu erklären ist. (Schluss folgt.)

Ueber die Einwirkung des nicht vereinigten Bruchs der Kniescheibe auf das Gelenk bei seiner Heilung.

Von

Prof. J. F. H. Albers in Bonn.

Im Herbste 1850 starb in der medicinischen Poliklinik der hiesigen Universität ein Mann an einer Lungenentzündung, welcher nach einem Bruch der Kniescheibe ein steifes, krummgebogenes Kniegelenk zurückbehalten hatte, so dass er gezwungen war, mit einem eisernen Stelzfusse sich zu bewegen. Der Bruch hatte vor 10 Jahren stattgefunden, hatte eine heftige Entzündung des Kniegelenkes zur Folge gehabt; und als endlich der Kranke das Lager verliess, war der Fuss dauernd gekrümmt, d. h. der Unterschenkel bildete mit dem Oberschenkel einen rechten Winkel. Die Biegung war allmälig so stark geworden, dass der Unterschenkel beim Gehen horizontal stand, und diese Stellung zuletzt auch in der Rückenlage beibehielt. An der vordern Seite des Knies fühlte man die Stücke der gebrochenen und nicht vereinigten Kniescheibe an dem Gelenkende der Tibia und an dem des Oberschenkelbeines, und zwischen beiden eine Vertiefung, in welcher von einem Bruchende zum andern ein fester Streifen hinüberführte. Der Druck des eisernen Stelzfusses, mit dessen Hülfe sich der Kranke bewegte, hatte am Unterschenkel eine beträchtliche Verschwärung der Haut bewirkt, welche nach und nach in der Länge eines halben Fusses zerstört ward. Eine reichliche Menge Jauche wurde abgesondert, welche nach und nach Blutmangel und Abmagerung herbeiführte. Der geringe Erkältung führte die todbringende Pneumonie herbei. Der Leichenbefund wies diese in der frischen Hepatisation nach. Die Untersuchung des Kniegelenkes ergab Folgendes: Als man die Haut weggenommen hatte, fand man die Bruchenden der in der Mitte gebrochenen Kniescheibe etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll von einander entfernt und durch eine feste fibröse Masse, welche hin und wieder deutliche Knochenpunkte zeigte,

mit einander vereinigt. Nach vorne, somit der Haut zu, war dieses Gewebe ganz fibrös, nach hinten, dem Kniegelenk zu, zeigten sich mehrere, zum Theil grosse, flache Knochenplatten, welche von beiden Bruchenden ausgingen, aber sich in der Mitte nicht vereinigten. Mit dieser Knochenmasse war oben das angrenzende Ende des Schenkelbeins, nach unten das Gelenkende der Tibia verwachsen. An dieser Verwachsung hatten sich oben und unten die Bruchstücke der Kniescheibe so betheiligt, dass sie mit den entsprechenden Gelenkenden, wie der Durchschnitt zeigte, eine Knochenmasse bildete, wobei an den längern Knochen die Rinde da geschwunden war, wo sich die Bruchstücke der Kniescheibe mit ihr vereinigt hatten. Wie mit der Kniescheibe und der Regenerations- (Narben-) Masse zwischen den Bruchstücken und mit diesen waren durch die Gelenkknochen das Femur und die Tibia mit einander zu einer Masse verwachsen. Diese Verwachsung nahm die Hälfte des Gelenkes nach vorn hin ein, welche neben der Kniescheibe liegt. Die Verwachsung beider war so fest, dass in beiden Knochen dieselbe Dichtigkeit der Knochenzellen bestand, und man nicht genau bestimmen konnte, wo die Tibia begann und das Femur aufhörte. Nach hinten, der Kniekehle zu, war die Gelenkhöhle noch sichtbar, aber von Knorpel keine Spur vorhanden. Von dem oberen Rande der Tibia und dem des Femur hatte sich wahrscheinlich an der Ausbreitung der nicht mehr deutlich sichtbaren Synovialhaut eine Knochenwand gebildet, welche an einigen Stellen nach vorn ganz, an andern seitlich nur unvollkommen das Kniegelenk wie eine Kapsel umgab; nach hinten in der Kniekehle fehlte diese Knochenneubildung gänzlich. Die Condylen der Gelenkknochen waren beträchtlich verstärkt, und die Zellen der Markhaut, namentlich die der unteren Enden, fast überall mit fester Knochensubstanz ausgefüllt, die aber nirgend ein cariöses, sondern überall ein gleichmässig festes, gesundes, dichtes Aussehen gewährte. In dem Schenkelbein erstreckte sich diese Beschaffenheit der Zellenräume des Knochenmarks bis über die Mitte des Knochens, in der Tibia bis über das Drittel, welches an das Kniegelenk grenzt.

Merkwürdig war 1) die Verwachsung der Bruchenden der Kniescheibe und der Narbensubstanz mit den Gelenkenden der Knochen. 2) Die Verwachsung der Gelenkknorren untereinander und 3) die Bildung der von den Knochenrändern unten und oben ausgehenden Bildung der Knochenkapsel, welche fast das ganze Gelenk umgab. Alle hier vorgefundenen Veränderungen sind Narbenbildungen, wahre Regenerationsvorgänge. Bevor aber diese vor sich gehen konnten, musste das Kniegelenk fast in allen seinen Theilen erkrankt sein, oder d. h. durch die Entzündung und ihre Folgen beeinträchtigt sein. Da hier kein Aufbruch erfolgt war, so ist hierdurch erwiesen, dass eine Kniegelenkentzündung die Gelenkknorpel und die Synovialhaut zerstören und zur Aufsaugung bringen kann, denn in einer andern Weise konnten die Gelenkknorpel nicht entfernt werden, da das Gelenk geschlossen blieb. Nur nach Entfernung der Knorpel und der Synovialhaut war überhaupt eine solche Verwachsung möglich, wie sie hier vorhanden war. Es unterscheidet sich dieser Fall von den Anchylosen, welche nach der weissen Kniegeschwulst und in der Gonarthrocace vorkommen, wenn diese Krankheiten heilen. In diesen Krankheiten sind offenbar Verschwärungsvorgänge zugegen, welche eine Zerstörung jener Theile veranlassen. In der einfachen Entzündung, besonders der plastischen, findet nicht leicht Resorption des Knorpels statt, und doch war sie in diesem Falle vor sich gegangen. Wahrscheinlich war das Auseinanderstehen der Bruchstücke der Kniescheibe nicht ohne Einfluss auf die Heftigkeit der bei diesem Bruche entstandenen Entzündung. Die Bildung einer Knochenkapsel bei der Anchylose um das Kniegelenk in diesem Falle erinnert mich an einen ähnlichen, welchen der verstorbene Regimentsarzt Dr. Jäger in Neuss mir zum Abdruck in dem rheinischen und westphälischen Correspondenz-Blatte mittheilte, der aber, weil jenes Blatt einging, keine Stelle mehr darin fand. Er ist folgender:

„Eine merkwürdige Knochenneubildung fand sich in der Verwachsung des Unterschenkelknochens mit dem Oberschenkelbein durch Verknöcherung aller Weichtheile des Kniegelenks eines Erwachsenen. Sie wurde zufällig bei Aufräumung des Beinhauses zu Jüchen unter den aufgehäuften Gebeinen und Trümmern vieler Generationen gefunden und mir als eine Merkwürdigkeit von dem dortigen Pfarrer Kaumann übergeben. Dieses Krankheitsprodukt, welches an das anatomische Museum in Münster gesendet ward, war eine Verknöcherung der Weichtheile des Kniegelenks und gleichzeitige anchylotische Verbindung des Unter- und Oberschenkels. Da die Gelenkenden zugleich beträchtlich vergrössert waren, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass das Individuum, dem diese Knochenbildung einst gehörte, rhachitisch oder skrophulös war. Wahrscheinlich hatte sich das Individuum während der Krankheit eines Stelzfusses bedient, woher die Verknöcherung mit der Biegung des Knies zu Stande gekommen war. Der Unter- und Oberschenkel bildeten in der Anchylose einen rechten Winkel, Kniescheibe und Wadenbein waren nicht deutlich mehr zu erkennen. Dass an dem Verknöcherungsvorgange Muskeln, Sehnen und Bänder sich betheiligt haben, geht daraus hervor, dass diese noch als verknöcherte Massen in der Knochenwucherung zu erkennen sind. Die innere Textur dieser Knochen war durchaus nicht von der gewöhnlichen abweichend. Dass die Theile sich nicht erst nach dem Tode verknöchert oder versteinert haben können, ist durchaus wahrscheinlich; denn bisher hat man noch keine solche Umwandlung der Theile nach dem Tode beobachtet." — Mich will es aber bedünken, dass sowohl die Verdickung der Gelenkenden als deren Biegung in einen rechten Winkel durchaus für die Entstehung dieser Verknöcherung aus einem Krankheitsvorgang zeugen. Denn wenn auch Knochen versteinern können, so können sie in der Versteinerung doch weder anschwellen, noch auch ihre Lage verändern. Die Biegung des Kniegelenks zeugt für eine krankhafte Thätigkeit, welche das Knie so fixirte, und dieses kann nur, wie in dem von mir erzählten Falle, durch eine Knochenablagerung geschehen. Durch die Versteinerung wäre auch die Verbindung beider Gelenkknochen mit einander nicht möglich, da man die versteinerten Knochen einzeln und getrennt findet, und durch die Versteinerung an sich keine Lagenveränderung bewirkt wird. Es ist somit hier ein Krankheitsprodukt, eine in Folge einer Krankheit entstandene Anchylose vorhanden.

Dieser letzte Fall giebt mir zur folgenden Bemerkung Veranlassung. Man hat bekanntlich jene enormen Schädel, welche man als einfache Hypertrophien desselben bezeichnet, gewöhnlich gefunden ohne alle übrigen Theile des Skeletts in der Erde. Man weiss jetzt recht gut, dass diese Schädel in Folge einer Krankheit allein ohne Mitleiden der übrigen Knochen des Skeletts jene enorme Vergrösserung erleiden. Es folgt hieraus, dass sich die hypertrophirten, erkrankten Knochen viel länger in der Erde erhalten als die normal gebildeten gesunden Knochen. Dieses bezeugt noch jenes hyperostosische Knie, welches Jäger in dem obigen Fall beschrieben hat. Ich füge noch hinzu, dass man in den Beinhäusern hypertrophirte Rippen, Schenkelbeine nicht gar so selten findet.

Was ist denn die Ursache, dass sich jene kranken Knochen besser und länger in der Erde erhalten, als die gesunden? Es ist wohl kein Zweifel, dass dieses verschiedene Verhalten in der Veränderung liegt, welche der Knochen durch die Krankheit erlitten hat. Bei diesen Hyperostosen wird Kalkerde in grosser Menge in die Zellenräume der innern Knochenhaut abgesetzt. Die Zellen werden davon erfüllt, und das Fett, der normale Inhalt derselben, somit verdrängt. Da die Fette einen Zersetzungsvorgang eingehen, nicht aber die Kalkerde, so liegt hierin die Bedingung, dass sich die fettarmen hyperostosischen Knochen in der Erde erhalten und die fettreichen, normalen Knochen die Zerstörung durch die Verwesung erleiden.

Giebt es eine Autotympanitis mit Empyem der Trommelhöhle und secundärer Durchlöcherung des Trommelfells?

Von

Dr. J. Hoppe in Bonn.

Ein 56jähriger Mann, Manner aus Meckenheim bei Bonn, litt an einem wässrig-eitrigen, reichlichen Ausfluss aus dem linken Ohre mit solcher Schwerhörigkeit auf demselben, dass die Uhr nur noch gehört wurde, wenn man sie fest an das Ohr andrückte.

Ich spritzte den äussern Gehörgang aus, und untersuchte denselben und das Trommelfell. Der Gehörgang erschien im Ganzen gesund, war aber frei von allem Ohrenschmalze, und nahe am Trommelfell erschien auch die untere Fläche etwas geröthet. Das Trommelfell war nach oben fast normal, nach unten aber weisslich, es war keine Entzündung an demselben sichtbar; nach unten hin war es ausserdem fein durchlöchert.

Nachdem nun der äussere Gehörgang vollkommen gereinigt, jede Spur des Ausflusses für den Augenblick in demselben durch Auftrocknen beseitigt und der Thatbestand aufgezeichnet war, liess ich dem Kranken einige Zeit Ruhe, um sodann die Tuba zu untersuchen.

Als ich hierzu überging, fand ich bereits den Ausfluss im äussern Gehörgange wieder reichlich angesammelt.

Ich beseitigte denselben von Neuem und führte darauf den Katheter durch die linke Nase ein. Das Einblasen der Luft in die linke Tuba erforderte Mühe. Nach einigen starken Stössen drang jedoch die Luft durch und trat unter langsamem, gurgelndem Tone zum äussern Gehörgange deutlich hörbar und fühlbar heraus. Mit der Luft entleerte sich auch jedesmal derselbe wässerige Ausfluss aus dem äusseren Gehörgange, wie er auch von selbst durch das durchlöcherte Trommelfell hindurchzutreten pflegte. Das Luftgeräusch beim Einblasen zeigte stark von den Hindernissen, die der Luftstrom auf dem Wege zum Trommel-

fell fand, und diese Hindernisse gaben sich auch deutlich dem Gefühle des einblasenden Mundes in der einblasenden Brust kund.

Mit dem Durchdringen und Ausströmen der eingeblasenen Luft besserte sich das Gehör augenblicklich und merklich, so dass die Uhr fortan ½" vom Ohre abgehalten werden konnte und deren Schlag doch noch gehört wurde.

Ich versuchte darauf, die in den äusseren Gehörgang eingespritzte Flüssigkeit, durch die Tuba in den Rachen zu treiben, dies aber gelang nicht.

Die Untersuchung ergab also:

1) Durchlöcherung des Trommelfells und

2) gleichzeitige Verstopfung der Tuba und der Trommelhöhle durch Exsudate und wohl auch durch Aufwulstung der Schleimhaut. Sie ergab ferner:

3) einen sehr hohen Grad der Schwerhörigkeit, deren hoher Grad nur durch mechanische Hindernisse bedingt wurde, indess durch das blosse Wegräumen der im äussern Gehörgange bestehenden und auf der äusseren Fläche des Trommelfells aufgelegenen Massen durchaus keine Veränderung erlitt, wohl aber durch das Einblasen der Luft in die Tuba eine augenblickliche Besserung erfuhr. —

Es fragt sich nun, in welchem Verhältnisse das Tubaleiden und das Leiden des Trommelfelles stehen. Ich erlaube mir hierüber vorläufig einige Bemerkungen, in der Hoffnung, diesen Gegenstand doch bald und leicht zum Abschluss gebracht zu sehen.

1) Es ist zunächst das gleichzeitige Vorhandensein der beiden angegebenen Krankheitszustände des Ohres besonders hervorzuheben.

Kramer, dem wir in diesem Gebiete durchaus eine besondere Erfahrung zugestehen müssen, und an dessen Lehrsätze ich meine Bemerkungen anzuknüpfen so frei bin, sagt in seiner „Erkenntniss und Heilung der Ohrenkrankheiten, Berlin 1849, Seite 404: Die Selbstständigkeit der 4 Formen von chronischer Entzündung des Trommelfells (einfache Form, mit Polypenbildung, mit Durchlöcherung, mit Entzündung der Knochenhaut in der Trommelhöhle) geht aus der Abwesenheit gleichzeitiger entzündlicher Erscheinungen im Gehörgange, wie der Augenschein lehrt, und in der Trommelhöhle und Eustach-Trompete hervor; immer strömt hier bei der Anwendung des Ohrenkatheters die eingeblasene Luft leicht und frei an's Trommelfell, unter vielen hundert Fällen habe ich niemals das Gegentheil beobachtet."

Hiernach ist also der mitgetheilte Fall ein ungewöhnliches Ereigniss. Die in die Tuba eingeblasene Luft drang nicht frei und leicht an und durch das Trommelfell, die Affection des Trommelfells war entschieden von einer chronischen Entzündung der Schleimhaut des mittlen Ohrs begleitet, und sie stellte sich sogar in einem solchen Verhältnisse zu dieser und überhaupt in einer solchen Weise dar, dass auf den ersten Blick der Gedanke erwachte, wie dies Trommelfellleiden kein selbstständiges, sondern ein secundäres sein müsse.

2) Ferner sagt Kramer ebendaselbst S. 405: „Niemals ist diese Durchlöcherung Folge eines Abscesses in der Trommelhöhle, eines Durchbruchs des Eiters aus derselben durch das Trommelfell."

Wenn sich nun Durchlöcherung des Trommelfells und Verstopfung der Tuba mit eitriger Absonderung in dem von mir mitgetheilten Falle wirklich gleichzeitig ausnahmsweise vorfanden, so musste

a) entweder die Durchlöcherung schon früher bestanden haben, und die Affection der Tuba später hinzugetreten sein, — was nach dem ganzen Krankenberichte nicht wahrscheinlich ist, denn ein bedeutendes Gehörleiden hat das linke Ohr auf einmal befallen, und vor demselben scheint keine Tympanitis stattgefunden zu haben; oder

b) die durchlöchernde Tympanitis muss während des Tubaleidens als selbstständiges Leiden aufgetreten und zu dem Leiden des mittlen Ohrs gleichsam von aussen hinzugekommen sein; oder

c) die Durchlöcherung muss von innen her durch die Entzündung der Trommelhöhlenschleimhaut bewirkt sein, und letzteres scheint hier das Wahrscheinlichste zu sein.

Ich nehme daher an, dass gleichzeitig die Schleimhaut der Tuba und die der Trommelhöhle entzündet waren, dass sich das Exsudat hinter dem Trommelfelle ansammelte, und dass das Trommelfell in Folge einer Durchbruchsentzündung durchlöchert wurde. Ich nehme also hier das an, was Kramer entschieden leugnet; ich nehme an, dass eine Antrotympanitis bestand, ein Empyem der Trommelhöhle eintrat, und das Trommelfell von innen nach aussen durchbrochen wurde. Ich nehme dies an, weil ich es aus den Thatsachen erschliessen muss, und mein Hauptgrund ist der, dass das Leiden der Tuba- und Trommelhöhlen-Schleimhaut das bedeutendere ist, die Affection des Trommelfells dagegen verhältnissmässig ganz untergeordnet erscheint, nur als eine Durchlöcherung eines theilweise getrübten Trommelfells sich darstellt, die obendrein gerade nach unten sitzt, wo das Exsudat auf das Trommelfell ebenso am stärksten einwirken musste, wie es auf die angrenzende Stelle des äussern Gehörgangs sichtlich durch sein Verweilen etwas eingewirkt hat.

3) Ebendaselbst sagt Kramer: „Leidet die Schleimhaut der Trommelhöhle bei durchlöchertem Trommelfelle mit, so ist dies die natürliche, wenn auch nicht immer nothwendige Folge der durch das Loch im Trommelfelle zur Trommelhöhle eindringenden kalten, reizenden Luft."

Dies ist für alle die Fälle wahr, wo die Durchlöcherung das primäre Leiden ist und nachträglich eine Entzündung der blossen Trommelhöhlenschleimhaut hinzutritt. In dem mitgetheilten Falle aber dürfen wir nicht bloss die Trommelhöhlenschleimhaut als in einem chronisch-entzündeten Zustande begriffen annehmen, sondern müssen auch die Schleimhaut der Tuba als chemisch entzündet anerkennen, was Kramer gerade — nach den angeführten Stellen — nie mit der Durchlöcherung des Trommelfells vereinigt fand; die Durchlöcherung stellte sich überdies in unserem Falle in jeder Beziehung als das untergeordnete Leiden dar, das erst aus dem Schleimhautleiden hervorgegangen sein muss.

4) Sodann unter dem Kapitel von der Entzündung der Schleimhaut des mittlen Ohrs mit Schleimanhäufung S. 532 sagt Kramer: „Der Ohrenspiegel weist nach, dass in der bei weitem grössten Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle die Ohrenschmalzabsonderung ganz natürlich, sehr selten krankhaft vermehrt, fast niemals zu sparsam ist; dass auch das Trommelfell fast ohne Ausnahme vollkommen glänzend, perlmutterfarben, durchsichtig, nur selten mattweiss, halb durchsichtig, äusserst selten aber leicht geröthet ist, welche Farbenveränderung hier auf entzündliche Reizung nur der innern Fläche der Trommelhaut deutet, da die äussere Fläche derselben ihren natürlichen Glanz behält, und trocken, von aller Absonderung frei bleibt. Diese grosse Seltenheit dieses sympathischen Leidens des Trommelfells steht mit Menière's Behauptung so in schneidendem Widerspruch, dass" etc. etc.

Hiegegen ist zu bemerken, dass in dem vorliegenden Falle alle Absonderung von Ohrenschmalz fehlt, und dass diese Absonderung auch da ganz unmöglich sein muss, wo die Epidermis des äussern Gehörganges durch das aus der Trommelhöhle durch das fein durchlöcherte Trommelfell hindurch fortwährend sich ergiessende Exsudat in Erweichung und theilweiser Abstossung erhalten wird. Ferner ist im Gegensatze zu der citirten Stelle hervorzuheben, dass der Ohrspiegel hier, bei der mit Exsudat- (Schleim-) Anhäufung, und wohl auch mit Auflockerung der Schleimhaut verbundenen Entzündung der Schleimhaut des mittlen Ohrs, nicht bloss die seltene, mattweisse Trübung, sondern sogar Durchlöcherung des Trommelfells ergab. Endlich ist es klar, dass, wenn das Trommelfell bei diesem Leiden durch entzündliche Reizung seiner innern Fläche leicht geröthet werden kann, eine secundäre Durchbruchsentzündung desselben keineswegs ausser aller Möglichkeit liegt. Es ist jedoch wahr, die secundäre Affection des Trommelfells bei den Schleimhautaffectionen des mittlen Ohrs ist selten, aber sie kommt vor, und sie kann — um welchen Punkt es sich gerade hier handelt — bis zur Durchbruchsentzündung steigen, und eine bleibende, zum Ausfluss dienende Oeffnung zurücklassen.

5) S. 542 heisst es: „Möller's Behauptung, dass bei bedeutender Anhäufung von Schleim in der Trommelhöhle Ruptur des Trommelfells „„entstehen könne"", dass sogar, indem die krankhafte Secretion der Schleimhaut nach deren Entleerung noch fortdaure, „„*Otorrhoea interna pituitosa*"" oft Jahre lang fortbestehe und endlich in die purulente Form übergehe, habe ich bei Behandlung mehrerer Hundert solcher Krankheitsfälle nicht bestätigt gefunden."

Indess der mitgetheilte Fall spricht in hohem Grade für Möller's Behauptung.

6) Ebendaselbst: „Niemals habe ich Anschwellung oder Entartung der Schleimhaut des mittlen Ohrs neben übermässiger Schleimabsonderung derselben beobachtet; findet die letztere statt, so geht der Luftstrom immer breitbrausend bis an's Trommelfell, was ganz unmöglich sein würde, wenn sich neben der Schleimanhäufung noch Verengerungen der Eustachischen Trompete oder die Toynbee'schen Wucherungen der Schleimhaut der Trommelhöhle entwickelt hätten."

In dem mitgetheilten Falle ging die Luft nicht breit brausend bis an und durch das Trommelfell, sondern wand sich mit Mühe durch das mittlere Ohr hindurch, wie denn auch das Einblasen der Luft eine ungewöhnliche Anstrengung verursachte, die sich überdies in derselben Sitzung um nichts minderte, obgleich ich alles Exsudat so rein durch das Trommelfell hindurch geblasen hatte, dass sich für den Augenblick nichts mehr entleerte. Ich muss daher für den vorliegenden Fall noch besonders erklären, dass neben der Absonderung von wässerig eiterartiger Flüssigkeit gleichzeitig auch eine verengernde Auflockerung der Schleimhaut des mittlen Ohrs stattfand, eine Annahme, die auch durch die Anwesenheit des chronischen Entzündungsprocesses hinlänglich wahrscheinlich gemacht wird.

7) Endlich S. 598 heisst es: „Selten oder nie erstreckt sich das Leiden der Schleimhaut des mittlen Ohrs auf die innere Seite des Trommelfells; in den bei weitem meisten Fällen habe ich dasselbe durchaus glänzend, vollkommen durchsichtig gefunden. Nur in sehr

wenigen Fällen gesellte sich ein entzündlicher Zustand hinzu, nicht durch Uebertragung der Krankheit der Schleimhaut der Trommelhöhle, sondern in Folge gewöhnlicher Veranlassungen acuter Trommelfell-entzündungen, deren Verlauf sie dann immer einhielten, und deren Heilmethode sich auch hier wieder als genügend bewährte."

Hiergegen kann ich nur Folgendes sagen. Mögliches ist möglich. Indess befremdet mich die nachträgliche Bemerkung, dass zu einem Leiden der Trommelhöhlenschleimhaut eine Tympanitis doch hinzutreten könne, und ich wundere mich um so mehr, als diese stets eine selbstständige sein und nur durch gewöhnliche Veranlassungen entstehen soll.

Ohne nun im mindesten den Erfahrungen des Hrn. Dr. Kramer zu nahe treten zu wollen, der ein bekannter Meister seines Faches ist, erlaube ich mir, im Gegensatz zu dessen Ansichten, das Resultat des Vorhergehenden dahin zusammen zu fassen:

1) Dass der mitgetheilte Fall für die Entstehung einer Durchlöcherung des Trommelfells von innen durch Entzündung der Trommelhöhlenschleimhaut und eitrige Ansammlung in der Trommelhöhle spricht, und

2) dass derselbe auch für das gleichzeitige Vorkommen von Anschwellung der Schleimhaut des mittleren Ohrs mit Exsudatanhäufung zu sprechen im Stande ist.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Beobachtungen aus den Altonaer Militär-Lazarethen über die Augenblennorrhöe, welche in den Jahren 1849 und 1850 in der schleswig-holsteinschen Armee herrschte.

Von
Dr. Gustav Ross in Altona.

Schon vor dem Jahre 1848 kamen verschiedene Formen von Augenblennorrhöen wie überall, so auch in den Herzogthümern Schleswig und Holstein sporadisch vor, doch war die Krankheit weder endemisch vorzugsweise häufig (wie z. B. in einigen Gegenden des Niederrheins u. s. w.), noch ist ein epidemisches Auftreten bekannt geworden. Nur bei der Erbauung der Kiel-Altonaer Eisenbahn in den Jahren 1842 bis 1844, bei der ein starker Conflux fremder Arbeiter stattfand, soll sich eine kleine Epidemie ausgebildet haben und auch einige Erblindungen vorgekommen sein. Es fehlen die genaueren Daten über diese Augenblennorrhöen, jedenfalls aber war die Epidemie von keiner Erheblichkeit und ohne nachhaltige Folgen im Lande.

Im Sommer 1848 brachten die preussischen Truppen (vorzugsweise das 12. Infanterie-Regiment) Augenblennorrhöen mit; schon im Mai des genannten Jahres wurden in Flensburg Kranke dieser Art behandelt, und im Laufe des Sommers war stets eine grosse Anzahl augenkranker Preussen in den Lazarethen zu Flensburg.

Im Jahre 1849 litten die Preussen (wiederum das 12. Infanterie-Regiment) auch die Hessen an Augenblennorrhöen, doch nicht sehr bedeutend.

Im Winter $18^{49}/_{50}$ entwickelten sich unter den derzeit in der Stadt Schleswig garnisonirenden Preussen Augenblennorrhöen in bedeutenderem Umfange.

Die schleswig-holsteinsche Armee kam in den beiden Feldzügen 1848 und 1849 in wenig Berührung mit den Bundestruppen. 1848 war sie — in der Organisation begriffen — meist zu unthätigem Umherziehen auf dem Rücken des Landes verurtheilt, während die Bundestruppen an der Ostküste operirten; 1849 eilte sie stets als Avantgarde um mehrere Meilen den Bundestruppen voraus und operirte später vereinzelt gegen die Festung Fridericia.

Eine eigentliche Berührung zwischen den schleswig-holsteinschen und den augenkranken Bundestruppen fand demnach nicht statt, auch ist eine Uebertragung des Contagiums von diesen auf jene nicht nachweisbar; ebenso wenig kam zur Kunde, dass irgendwo die Einwohnerschaft in bedeutendem Grade erkrankt gewesen sei. Wenn demnach der Ausbruch der Epidemie bei den Schleswig-Holsteinern nicht durch Uebertragung eines Contagiums nachweisbar ist (wiewohl man sich gewiss sehr zu hüten hat, von der nicht geschehenen Nachweisung der Uebertragung sogleich auf die Nichtexistenz derselben zu schliessen) so spielt dagegen von dem Augenblicke des Auftretens der Krankheit unter den Schleswig-Holsteinern das Contagium eine grosse Rolle, wie sich aus Folgendem ergeben wird.

Erst im Frühling 1849 nämlich zeigte sich die Augenblennorrhöe unter den schleswig-holsteinschen Truppen, und zwar im 2. Infanterie-Bataillon, welches damals in Eckernförde cantonnirte. Die Stadt Eckernförde bietet weder die ein spontanes Auftreten einer Augenblennorrhöe als Epidemie nach Ansicht mancher Augenärzte begünstigenden, übrigens noch sehr problematischen Bedingungen, noch ist es bekannt, dass dort vorzugsweise augenkranke Bundestruppen vorher cantonnirt hätten. Das erste Auftreten der Krankheit geschah kurz vor Ausbruch der Feindseligkeiten; während derselben wurden die Bataillone durch einander geworfen, und ebenso zeigte sich die Augenblennorrhöe in allen oder fast allen Truppentheilen; doch lieferte auch schon 1849 das 2. Bataillon, die Keimstätte des Uebels, und das damit meist zusammen operirende 3. Infanterie-Bataillon die meisten Augenkranken, ein Verhältniss, was im Jahre 1850 in noch viel eclatanterem Grade sich herausstellte. Uebrigens war die Bedeutung der Krankheit, sowohl an Intensität wie an Ausbreitung, im Sommer 1849 nicht gross. — Im Herbst 1849 erblindete in den Altonaer Militärlazarethen ein Dragoner von der 5. Schwadron des 2. Dragoner-Regiments doppelseitig an einer (nicht gonorrhoischen) Augenblennorrhöe [1]). Eine heftige, aber glücklich verlaufende Blennorrhöe kam gleichzeitig vor bei einem Jäger vom 1. Jäger-Corps. Ausserdem zeigten sich unter den beiden genannten im Winter $18^{49}/_{50}$ in Altona cantonnirenden Truppentheilen nur noch einige leichte Fälle von chronischen, mit Granulationen verbundenen Blennorrhöen.

Im Winter $18^{49}/_{50}$ zeigte sich die Augenblennorrhöe zum ersten Male in besorglicher Ausbreitung im 2. und 3. Infanterie-Bataillon, welche derzeit zusammen in der Festung Rendsburg cantonnirten. Doch gelang es, in einiger Zeit durch zweckmässige Maassregeln die Krankheit wieder zu beschränken.

Im Juni 1850 marschierten die beiden genannten Truppentheile in grosser Hitze und vielem Staube nach Altona und zogen hieselbst ihre Reserven und Rekruten an sich, so dass sie jedes zu einer Kriegsstärke von über 1200 Mann anschwollen. Gleichzeitig cantonnirte das 13. Infanterie-Bataillon mit derselben Kriegsstärke ebenfalls in Altona. Die Truppen wurden, da die Eröffnung der Feindseligkeiten vor der Thür war, dabei aber die Rekruten eingeübt, so wie der Stamm und die alte Mannschaft auf ein neues Exercierreglement eingeschult werden mussten, vom frühen Morgen bis zum späten Abend exerciert, oder mussten grosse Marschübungen und Manöver machen, das Alles bei einer grossen, trockenen Hitze. Unter diesen, die Ausbreitung einer Augenblennorrhöe allerdings sehr begünstigenden äussern Verhältnissen säumte dieselbe denn auch nicht, recht bald in Besorgniss erregender Häufigkeit sich zu zeigen. Was aber vom grössten Interesse ist, die Krankheit entwickelte sich zu grösserer Ausbreitung nur im 2. und 3. Bataillon, in denen sie einmal wurzelte, kam dagegen in dem ganz unter denselben Verhältnissen lebenden 13. Bataillon nur sporadisch vor und nicht mehr als in den übrigen Truppentheilen. Alsbald wurden die den Umständen angemessenen Anordnungen getroffen: es wurde als in ärztlicher Beziehung bedauerlich angesehen, dass gerade die beiden augenkranken Truppentheile in die volkreichste Stadt des Landes verlegt worden wären, da dies nun aber einmal geschehen war, wollte man in Betracht der nahe bevorstehenden Wiedereröffnung des Krieges, so wie der grossen trocknen Hitze durch eine neue Dislocirung weder die kranken Truppentheile neuen Schädlichkeiten, noch eine andere Stadt des Landes ebenfalls der Gefahr der Infection aussetzen. Dagegen wurde das noch nicht erkrankte 13. Infanterie-Bataillon sogleich aus Altona entfernt. Die nun zurückbleibenden Truppen konnten mehr auseinander gelegt werden; es wurde dafür gesorgt, dass jeder Mann sein eigenes Handtuch und Waschbecken, wo möglich sein eigenes Bett erhielt, die Mannschaften selbst wurden verwarnt und ermahnt, sich alles Umgangs mit den Kranken oder Verdächtigen zu enthalten, sich nicht im erhitzten Zustande zu waschen, sich nicht unnöthiger Weise einer staubigen und erhitzten Atmosphäre, z. B. auf Tanzböden zu exponiren u. s. w. Alle Mannschaften mit schleimiger Absonderung der Conjunctiva, oder auch nur mit bedeutenderen Granulationen wurden sogleich ins Lazareth geschickt, die grosse Zahl der mit unbedeutenderen Granulationen Behafteten wurde möglichst isolirt und vom Dienst befreit als Quartierkranke behandelt. Die Quartiere, in denen sich Blennorrhoisten befunden hatten, wurden erst nachdem sie einige Tage gelüftet und gereinigt, nachdem das Holzwerk abgeseift und die Betten neu überzogen worden waren, von Neuem belegt. Es wurde ferner veranlasst, dass die Exercier- und Marschübungen auf das Nothwendigste beschränkt und dazu die minder heissen Tageszeiten, so wie die minder staubigen Wege ausgesucht wurden. Alle Augen wurden mehrmals wöchentlich, die verdächtigen und leicht erkrankten täglich

[1]) Hierbei mag bemerkt werden, dass während der 3 Kriegsjahre mir nie eine gonorrhoische Augenblennorrhöe vorgekommen, und meines Wissens überhaupt nicht unter den Truppen beobachtet worden ist, eine beachtenswerthe Erscheinung, da es an der Gelegenheitsursache, Urethralblennorrhöe, wahrlich nicht fehlte.

inspicirt. Den Militärärzten wurde empfohlen, diese letzteren täglich einmal mit einem leicht adstringirenden Augenwasser zu behandeln, oder ihre Augenlider mit einer Mischung aus Höllenstein und Salpeter, die in grösserer Menge angefertigt wurde, zu touchiren. Die Aerzte bezeichneten den Commandeuren diejenigen Mannschaften, welche sie bei einer bevorstehenden Marschübung vom Mitgehen dispensirt zu sehen wünschten. Schon bei der Rendsburger Epidemie hatte man bemerkt, dass die gewöhnlichste Art der Uebertragung durch Zusammenschlafen, durch den gemeinsamen Gebrauch desselben Waschwassers und desselben Handtuches vermittelt wurde. Dies wurde hier in Altona mehrfach bestätigt. Ebenso hatten wir täglich Gelegenheit, uns von der schädlichen Wirkung der Hitze und des Staubes zu überzeugen: Mannschaften mit leichten Granulationen ausgegangen, kamen häufig nach wenigen Stunden von der Marschtour mit ausgebildeter Blepharoblennorrhöe zurück, und ebenso Andere mit nur leicht gerötheter, etwas empfindlicher Conjunctiva beim Ausmarsch, mit unzähligen Granulationen bei der Heimkehr. Die günstige Wirkung der täglichen Behandlung leicht erkrankter, oder auch nur suspecter Augen mit adstringirenden Augenwässern (wodurch offenbar nicht bloss geheilt, sondern auch vorgebeugt wurde) konnte ebenfalls täglich in überzeugender Weise an hunderten von Augen wahrgenommen werden.

Diese Gegenmaassregeln waren auf Erfahrung begründet und bezweckten nichts Unausführbares, sie wurden mit dem regsten Eifer von Seiten der Aerzte, mit der freundlichsten Bereitwilligkeit von Seiten der Officiere [*]) ausgeführt, und würden gewiss wie früher in Rendsburg, so auch jetzt in Altona mit mehr Erfolg gekrönt worden sein, wenn nicht mitten unter diesen Anordnungen der Befehl zum Ausrücken gekommen wäre.

Allerdings war gleichzeitig befohlen worden, alle Augenkranke zurückzulassen. Was hiess aber in einem solchen Fall Augenkranke? Hätte man es genau nehmen wollen, man hätte vielleicht die Hälfte des Bataillons zurücklassen müssen, denn so gross war die Zahl Solcher, deren Conjunctiva nicht in normalem Zustande war. Wie wenig konnte es aber den Arzt befriedigen, heute mit gewissenhaftem Fleiss 10 auszusondern, während er 100 zurücklassen musste, von denen nach den gemachten Erfahrungen er wusste, dass sie beim morgigen Marschtage vielleicht eine schlimmere Augenaffection haben würden als die Ausgesonderten? Dass ausserdem die Commandeure höchst ungern am Vorabend der Schlacht ihre Bataillone decimirt sahen, ist wohl begreiflich. In der That aber wurden alle Blennorrhoisten, so wie die mit ausgebildeten Granulationen Behafteten zurückgelassen. Die Uebrigen mussten ihrem unvermeidlichen Schicksal entgegengehen, und allerdings fingen die Schädlichkeiten für die Augen schon an mit der Eisenbahnfahrt nach Rendsburg, indem bei der grössten Hitze die Coupé's mit Mannschaften vollgepfropft werden mussten. Von Rendsburg musste die Armee in einer ausserordentlich grossen trockenen Hitze und auf staubigen Wegen 6—7 Meilen nach der Stellung von Idstädt marschieren, wo die ganze Armee in Bivouacs oder den allerengsten Cantonnements concentrirt und bis zu der Schlacht mit Schanzen, Recognoscirungen u. s. w. aufs Aeusserste angestrengt wurde. So waren allerdings die günstigsten Bedingungen für die Ausbreitung der Augenblennorrhöe gegeben.

Leider bin ich nicht im Besitz des Materials, um die Ausbreitung der Krankheit anzugeben. Es wurden in Rendsburg, Neumünster, Itzehoe, Glückstadt und Altona Augenkranke behandelt, an letzterem Orte die meisten. In Altona stieg die Zahl der Augenkranken nicht lange nach der Schlacht von Idstädt auf 200, und in den späteren Sommermonaten auf 300. Im Ganzen kamen bis zur Aufhebung der Altonaer Lazarethe, im Februar und März 1851, nahe an 1000 Augenkranke in denselben zur Behandlung.

So weit man aus den nach Altona geschickten Kranken auf die Ausbreitung der Blennorrhöe in der Armee schliessen kann (und man kann dies mit einiger Sicherheit, da von der ganzen Armee ohne Unterschied Kranke nach Altona geschickt wurden) verbreitete sich dieselbe auf alle Truppentheile, herrschte jedoch stets in ganz eclatanter Weise vor im 2. und 3. Infanterie-Bataillon. Nächstdem lieferte am meisten Augenkranke nach Altona das 14. Infanterie-Bataillon, und gerade dieses hatte mit den ursprünglich inficirten beiden Truppentheilen in der längsten und engsten Gemeinschaft gelebt! Die Artillerie und Cavallerie lieferte auch in unserer Epidemie die wenigsten Kranken, doch nicht weniger als aus der geringern Zahl dieser Waffengattungen, den weiteren Cantonnements, welche ihnen zu Theil werden und den geringern Kriegsstrapatzen erklärlich gewesen wäre.

Bei einer demnach — dem Angeführten nach — ziemlich beträchtlichen Ausbreitung der Krankheit war ihre Intensität Gottlob! eine nicht sehr beträchtliche. Ausser jenem Dragoner, welcher im Herbst 1849 seiner beiden Augen beraubt wurde, ist meines Wissens der gänzliche Verlust eines Auges nicht zu beklagen. Im Sommer 1850 erlitt ein Musketier in Altona durch perforirende Hornhautgeschwüre auf beiden Augen eine beträchtliche Einbusse des Sehvermögens; doch war der Heilungsprocess in diesen Augen bei seiner Entfernung aus Altona, April 1851, noch nicht ganz abgelaufen, und namentlich hatten in letzter Zeit die Hornhäute sich soweit aufgehellt und waren gleichzeitig die Pupillen, obgleich verzogen, noch so weit geöffnet, dass ein recht zufriedenstellender Grad des Sehvermögens eingetreten war. In zwei Fällen, die sehr hartnäckig und bei Aufhebung der Altonaer Lazarethe ebenfalls noch nicht ganz beendigt sind, droht durch Pannusbildung auf beiden Hornhäuten das Sehvermögen in beträchtlichem Grade beeinträchtigt zu werden. Ausserdem haben in Altona nur noch einige wenige geringe, das Sehen nicht beeinträchtigende Hornhautflecke davon getragen. Alle Uebrigen sind geheilt entlassen worden; Verbildungen an den Augenlidern, oder sonstige Folgezustände sind nicht eingetreten. — Auch in den übrigen Lazarethen sind meines Wissens keine erheblichen Unglücksfälle vorgekommen.

Der Grund dieses gutartigen Verlaufs ist gewiss zum bei weitem grössten Theil in der Gutartigkeit der Epidemie und in der im Allgemeinen sehr aufmerksamen Verpflegung, welche die schleswig-holsteinsche Armee genoss, zu suchen. Doch mag ein Theil des guten Ausgangs gewiss den vortrefflichen Sanitätseinrichtungen und dem ausdauernden Fleisse der Militärärzte zuzuschreiben sein; letzteres hat man um so mehr Grund anzunehmen, als die weniger glücklich verlaufenden Fälle meistens solche waren, bei denen durch irgend welchen Zufall die ärztliche Behandlung verspätet oder nicht richtig geleitet wurde.

Als in den ersten Monaten des Jahres 1851 die schleswig-holsteinsche Armee aufgelöst wurde und nach einer Anordnung des Generalstabsarztes die Augenreconvalescenten, nachdem die Schleimsecretion aufgehört und die Granulationen zurückgebildet, wenngleich die Conjunctiva noch nicht zu ihrer völligen Integrität zurückgekehrt wäre, in ihre Heimath entlassen werden durften, begann eine grosse Unruhe und Unzufriedenheit in den Sälen der Augenkranken zu herrschen, und namentlich glaubten die Schleswiger ein Recht auf Entlassung zu haben, es kamen sogar einzelne Fälle von Desertationen aus den Lazarethen vor. So wurde denn wohl hier und da Einer entlassen (oder verliess das Lazareth), bei dem die Symptome allerdings augenblicklich schwiegen, dessen Conjunctiva aber in einem Zustande war, dass die Einwirkung geeigneter Schädlichkeiten in wenigen Tagen die Blennorrhöe zurückrufen konnte. — Welche Tragweite dieses Ereigniss haben würde, ob dadurch etwa hier und da Infection der Bevölkerung hervorgerufen werden möchte — war damals nicht abzusehen, doch hört man jetzt nach Verlauf eines halben Jahres nichts von einem epidemischen Vorkommen von Augenblennorrhöen.

Was den Charakter der Epidemie anlangt, so schien er mir während der ganzen Zeit ihrer Herrschaft derselbe zu bleiben; namentlich habe ich Anfang 1848 die Krankheit bei den Preussen ebenso verlaufen sehen, wie Anfang 1851 bei den Soldaten der schleswig-holsteinschen Armee. Auch einen besonderen Einfluss der Witterung habe ich nicht bemerken können, noch einen besonderen Einfluss der Körperconstitution, aussrr dass bei skrophulösen Individuen leichter Pannusbildung eintrat. Die Recrudescenz der Epidemie in Rendsburg bildete sich bei starker Kälte, in Altona bei starker Hitze. An den Lazarethkranken in Altona glaubten wir zu bemerken, dass bei feuchtkaltem Wetter ihr Zustand sich verschlimmerte, ich mag aber nicht entscheiden, ob dies einem direkten Einfluss, oder vielmehr nur dem Umstande zuzuschreiben war, dass die Kranken bei dem bezeichneten Wetter weniger die freie Luft aufsuchten. Dass aber eins der mächtigsten Hebel der weitern Verbreitung der Krankheit das Contagium war, scheint mir dem unbefangenen Beurtheiler auch bei dieser kurzen Notiz sich aufdrängen zu müssen: immer ist das zuerst inficirte 2. Infanterie-Bataillon das vorzugsweise erkrankte, und immer liefern die übrigen Truppentheile um so mehr Augenkranke, je mehr sie mit dem 2. Bataillon in Berührung kamen! freilich, wie das Contagium ins 2. Bataillon kam, das ist nicht positiv nachgewiesen, aber ist damit schon der Beweis für die spontane Entstehung der Augenblennorrhöe im 2. Bataillon gegeben? Gewiss nicht.

(Fortsetzung folgt.)

[*]) Bei dieser Gelegenheit kann ich nicht unterlassen, zu bemerken, wie wohl nicht leicht in einer andern Armee ein angenehmeres Verhältniss zwischen Officieren und Aerzten, ein schöneres Zusammenwirken gefunden werden mag, als in der schleswig-holsteinischen Armee.

Miscellen.

Joddampf-Inspirationen.

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Nach dem anregenden Beispiele des Dr. Macario (s. Medicin. Conversations- und Correspondenzblatt für die Aerzte im Königreiche Hannover No. 6 vom 15. Juni 1851) habe ich einen meiner Kranken im Strafarbeitshause zu Osnabrück, dem ich kein langes Leben zutrauen konnte, der Einwirkung von Joddämpfen unterworfen, die ihm entschieden wohlthätig und von modificirendem Einflusse auf mein Urtheil über seinen Status morbosus gewesen sind. Der Mann, Adolph Hogrefe, ist 32 Jahre alt, 6 Fuss hoch, hat einen gracilen Körperbau und einen schmalen, platten Brustkorb. Von seiner Jugend weiss er keine eigentliche Krankheit, die er erlitten, anzugehen. Zehn Jahre ist er hannoverscher Kürassier und während dieser ganzen Zeit gesund gewesen, dann in den Dienst eines Reitknechts bei dem Hrn. Grafen v. Platen zu Hannover getreten, und als solcher bei einem Wettrennen in der Gegend von Celle mit dem Pferde gestürzt, wonach er sofort Blutspeien bekommen, das sich 2 Jahre hindurch bis vor einigen Monaten meistens ohne alle auffallende Veranlassung nach unbestimmten Zwischenräumen recht häufig wiederholt hat. Zu Anfang des Monats August c. nöthigten ihn folgende Leiden, meine Hülfe in Anspruch zu nehmen: Furchtbares, anhaltendes Herzklopfen mit periodischen Beängstigungen, copiöses Blutspeien, kurzer und schneller Athem, stechende Schmerzen in der Mitte der Brust und zwischen den Schulterblättern, Unmöglichkeit, auf der linken Seite zu liegen, fortwährendes halbfeuchtes Husten, Nachtschweisse, Diarrhöe mit abwechselnder Verstopfung, entsetzlicher Durst bei gänzlicher Appetitlosigkeit und gegen 100 Pulsschläge in der Minute. Seine Brust gab zu beiden Seiten in der oberen Region einen matten Ton zu erkennen. Seine Respiration war rasselnd und rauh, sein blutgestriemter geringer Auswurf mit Eiterspuren untermischt. Jede tiefe Einathmung erpresste ihm einen Schrei. Blutentziehung, Nitrum, Salmiak, *Potio Riverii*, *Tartarus emeticus*, Hyoscyamus, Digitalis, kühlende Getränke, dünne Suppen, Fussbäder und spanische Fliegenpflaster linderten seinen Zustand, ohne ihn zu heben. Mineralische und vegetabilische Säuren in schleimigen und zuckerigen Vehikeln vermehrten seinen Husten und seinen Blutauswurf. Selbst Pillen aus *Elixir acid. Halleri* mit *Pulv. rad. Alth.* vermochte er nicht zu vertragen. Er konnte nicht schlafen, magerte ab und musste beständig sein Lager inne halten, weil er überaus schwach war und seine Beine ihm ihren Dienst versagten. Nachdem sein continuirlicher Blutsturm sich beruhigt und sein Fieber sich in eine *Febricula vespertina* convertirt hatte, gab ich ihm *Sulph. aurat. Antimonii* mit kleinen Theilen *Morph. acet.* Er bekam darnach etwas Schlaf und ein leidlicheres Befinden, ohne dass ich jedoch eigentliche Fortschritte in melius bei ihm wahrnehmen konnte. Unter diesen Umständen war der folgende Monat September herangekommen, in dessen ersten Tagen ich, mit gänzlicher Hinweglassung jeder Arznei, die Joddampfkur instituirte. Um dabei maassgebende Normen zu haben, athmete ich erst selbst Joddämpfe aus Flaschen von verschiedenem Kaliber ein, die mir Hr. Apotheker Veltmann zu reichen die Güte hatte, den ich nebst seinen beiden Herren Gehülfen auch zu Inspirationen veranlasste.

Für meinen Kranken nahm ich nun eine doppelt tubulirte, sogenannte Florentiner Flasche von 60 Unzen Weite, deren oberer Oeffnung eine zum Athmen in den Mund zu steckende gekrümmte Glasröhre adaptirt wurde, und deren untere für den freien Zutritt der Atmosphäre dienen sollte. Auf den Boden der Flasche breitete ich 3β fein gekörnter Jodsubstanz aus. Nach einer Stunde etwa machte ich dem Kranken die Inspirationen mit zusammengedrückter Nase vor, die mir nach einer Reihe von Zügen ein Gefühl von Kratzen im Halse und etwas Husten verursachten, und gab ihm dann folgende Anweisung: Die Flasche müsse er immer kalt stehen lassen, und sie möglichst wenig, besonders aber während der Athmung durch dieselbe, nicht anfassen, damit sie durch die Berührung mit der Hand nicht erwärmt werde. Vorläufig solle er 3 Mal täglich so lange nach der ihm gezeigten Weise durch sie einathmen, bis er Kratzen im Halse spüre. Er vertrug die Inspirationen gut. Ich liess sie ihn bald 4—5 Mal täglich, und nach 14 Tagen alle 2 Stunden machen, wobei er noch geblieben ist, ungeachtet sein gegenwärtiges Befinden keiner Heilvorkehrung bedarf und er sich selbst für genesen erachtet. Die Inspirationen sind ihm lieb geworden. Sein Zustand besserte sich auffallend hiernach, und seine Leiden traten nach einander gleichsam in Sprüngen zurück. Er kann die Dämpfe jetzt auf das Tiefste einziehen und ziemlich lange mit der Exspiration zögern, ohne Ungemach davon zu empfinden. Er hat sehr an Umfang zugenommen, viel Esslust, einen gesunden Schlaf, fühlt sich stark, wartet Kranke bei Verrichtung strafhäuslicher Arbeiten, ist sehr munter und versichert mir wiederholt mit freudigem Gesichte, niemals ein behaglicheres Gefühl von Wohlsein gehabt zu haben. In seinem Bette liegt er Nachts jetzt gewöhnlich auf der linken Seite.

Pneumonie mit Zitterwahnsinn.

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Blutentziehungen bei Trunkenbolden haben nicht selten einen unerwünschten, der beabsichtigten Wirkung ganz entgegengesetzten Erfolg. Ein häufiges Ereigniss nach denselben ist die Entwickelung eines *Delirium tremens*. Das Journal de méd. et chirurg. prat. giebt dazu einen interessanten Beleg. Ein 42 Jahre alter trunkfälliger Bleicher wird von Pneumonie ergriffen, die man mit drei auf einander folgenden Aderlässen zu bekämpfen sucht. Die Krankheit verschlimmert sich, und es gesellt sich ein heftiges Delirium mit Zittern der oberen Extremitäten, Agitation, profusen Schweissen hinzu. In diesem Zustande bringt man ihn in das Hospital Beaujou zu Paris. Seine eine Brustseite lässt Blasengeräusch erkennen. Dr. Sandras verordnet alsbald folgende, in 24 Stunden zu verbrauchende Arzneimischung: *Tart. stib.* 30 Centigr., *Sirop Diacode* 50 Gramm., *Vin de Bagnols* 45 Gramm. Es stellt sich etwas Ruhe darnach ein; man wiederholt das Medicament. Folge davon sind Schlaf und Aufhören des Deliriums. Zugleich verliert die Pneumonie ihre Intensität. Mit der dritten Reiteratur des Mittels verbindet man die Application einer spanischen Fliege auf eine umschriebene Stelle des Thorax, wo das Blasengeräusch fortbesteht. Am 5. Tage beginnt die Convalescenz. Man lässt den Brechweinstein und den Diacodien-Syrup weg, fährt aber mit der Darreichung des Weines de Bagnols fort. Einige Tage darauf ist der Mann vollkommen genesen und verlässt das Hospital in einem durchaus gesunden Zustande.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Grossh. Hessen. Dem Phys.-Wundarzt Steinhäuser zu Steinheim das allgemeine Ehrenzeichen.

Oesterreich. Dem in Pension gehenden dirigir. Stabsarzte im Lombardisch-Venetianischen Dr. A. Schubert und dem Prof. Dr. Brugnolo an der Univ. zu Padua das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens; dem Director des Militär-Spitals zu Pavia Dr. Obicini das Verdienstkreuz mit der Krone; dem Spitaldirector in Como Dr. Balzari; dem Primärarzt in Lovere Dr. Bazzini dasselbe ohne Krone; dem Contumazdirector zu Semlin Dr. F. Minas den k. k. Rathstitel taxfrei.

Preussen. Dem Med.-Rathe a. D. und prakt. Arzte Dr. Günther zu Köln der Rothe Adler-Orden 4. Klasse.

Würtemberg. Dem Oberamtsarzte Dr. Hofer in Biberach das Ritterkreuz des Kron-Ordens.

Personalveränderungen. Baiern. Versetzt: Kantonsärzte DD. Bopp von Blieskastel nach Landau, Heine von Germersheim als Stadtgerichts-Physikus nach Bamberg. Quiescirt: Kantonsarzt Dr. Hettinger in Frankenthal.

Grossh. Hessen. Ernannt: Landgerichts-Physikus Dr. Stammler zu Giessen zum Stadtgerichts-Physikatsarzt, Physikats-Wundarzt Dr. Wolf in Kirtorf zum Physikatsarzte in Battenberg; Lazareth-Accessist Dr. Eigenbrodt in Darmstadt zum Militärarzt. Versetzt: Physikatsarzt Dr. Kehrer zu Worms als solcher nach Giessen für den Landgerichts-Bezirk und zum Unterrichts-Repetenten bei der Hebammen-Schule, sowie zum Assistenten der geburtshülflichen Klinik daselbst.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

14. Medicin im Allgemeinen.

(Fortsetzung aus No. 23.)

Alexander, Die medicinische Literatur Nordamerika's in den Jahren 1848 und 1849. Schmidt's Jahrb. 7.

Attomyr, Primordien einer Naturgeschichte der Krankheiten. Wien, 1851.

Bang, Die medicinische Klinik des k. Frederiks-Hospitals zu Kopenhagen. Aus dem Dänischen von Nevermann. Stuttgart, 1851.

Barbier, Ueber das biogenische Gesetz in seiner Anwendung auf allgemeine Pathologie. Gaz. méd. de Paris 17.

Brecher, Medicinisches Allerlei. Ungar. Ztschr. I. 39.

Brockmann, Die metallurgischen Krankheiten des Oberharzes. Osterode, 1851.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Brown, Notizen über das Wirken des verstorbenen John Walker, und Beschreibung seiner Methode, die Harnröhrensricturen durch kaustisches Kali zu heilen. Edinb. Journ., April.
Budd, Klinische Vorlesungen über Pathologie. Med. Times, März.
Bussemaker et Daremberg: Oeuvres d'Oribase, texte grec, en grande partie inédit, collationné sur les manuscrits; traduit pour la première fois en français, avec une introduction des notes, des tables et des planches. Paris, 1851; un fort volume in-8vo, grand papier, de 750 pages; prix 12 Fr. L'ouvrage formera 5 volumes.
Campbell, Bemerkungen über Topographie und Krankheiten in Ober-Sind. Med. Times, Febr.
Carrière, Ueber die Sterblichkeit in Algier. L'Union 68.
Chomel, Ueber die Diagnostik und ihre Hülfsmittel. G. d. hôp. 48.
Crisp, Ueber die Ursache plötzlicher Todesarten. Lond. med. Exam., März.
Danziger, Ueber den desructiven Einfluss des Chlors auf das contagiöse Princip. Pr. Vereins-Ztg. 4.
Dauverge, Ueber die Naturheilkraft. Bull. de thér., Mai.
Daworky, Bemerkungen aus der Praxis. Hann. Corr.-Bl. II. 1.
Demian, Denkwürdigkeiten aus der Praxis. Ungar. Zeitschr. I. 34.
Donovan, Ueber die Stellung der Aerzte bei Griechen und Römern. Dublin Press 626.
Dumas' Biographie mit Portrait. Lancet, März.
Dutroulau, Ueber Schiffskrankheiten. Gaz. méd. de Paris 18.
Fränkel, Etwas über Fermentation, Vegetation und contagiöse Krankheiten. Ung. Ztschr. I. 34.
Girbal, Medicinische Constitution Montpelliers während der Monate April bis Juni 1849. Rev. thér. du Midi 7.
Glatter, Einige Worte über gewisse Beziehungen der Miasmen zur Contagiosität. Wiener med. Woch. 16.
Göschen, Nekrologe von Fr. C. Nägele, J. M. Langenbeck und W. Nasse. Deutsche Klinik 6 und 21.
Grävell, Notizen für praktische Aerzte über die neuesten Beobachtungen in der Medicin. II. 3. Berlin, 1851.
Graves, Ueber das Wesen und die Behandlung verschiedener Krankheiten. Dublin Journ., Febr.
H—s, Ueber den Witterungszustand im russischen Reiche. Med. Ztg. Russlands 18.
Haspel, Maladies de l'Algérie. Des causes, de la symptomatologie, de la nature et du traitement des maladies endémo-épidémiques de la province d'Oran. Paris, 1851.
Hauff, Medicinal-Jahresbericht aus dem Oberamt Kirchheim u. T. vom 1. Juli 1849 bis 30. Juni 1850. Würt. Corr.-Bl. 9. 10.
Hacker, Kritischer Nachtrag zu der Sammlung der Benennungen, womit zu den verschiedenen Zeiten und bei den verschiedenen Völkern die Syphilis bezeichnet wurde. Schmidt's Jahrb., Aug.
Heine, Medicinisch-statistische Notizen über Russland für das Jahr 1849. Med. Ztg. Russlands 1.
Helfft, Die Heilkunde unter den Burmesen. Deutsche Klinik 25. 26.
Heyfelder, O., Physiologische Betrachtungen über die specifische Einheit des Menschengeschlechts. Pr. Vereins-Ztg. 24.
Honigberger, Früchte aus dem Morgenlande oder Reise-Erlebnisse, nebst naturhistorisch-medicinischen Erfahrungen, einigen Hundert erprobten Arzneimitteln etc. Wien, 1851.
Hufeland, *Encheridion medicum* oder Anleitung zur medicinischen Praxis. 9. Aufl. Berlin, 1851.
Inhalation, Wirkungen derselben. Gaz. des hôp. 77.
Joachim, Medicinische Lesefrüchte. Ung. Ztschr. I. 48.
Jörg, Darstellung des nachtheiligen Einflusses des Tropenklima's auf Bewohner gemässigter Zonen und des Verlaufs und der Behandlung der Tropenkrankheiten: des gelben Fiebers und der asiatischen Cholera. Leipzig, 1851.
Jones, Ueber den Zustand des Blutes und der Blutgefässe bei der Entzündung. Edinb. Journ., Juni.
Kelp, Zur Statistik der Taubstummen im Grossherzogthum Oldenburg. Hann. Corr.-Bl. 5.
Kinnis, Beiträge zur medicinischen Statistik des Militärs in der Präsidentschaft Bombay. Edinb. Journ., April.
Kissel, Die Krankheiten des Jahres 1849. Bernhardi's Z. f. Erfahr.-H. II. 2.
Kölliker, Skizze einer wissenschaftlichen Reise nach Holland und England. Ztschr. f. Zoolog. III. 1.
Köstlin, Uebersicht der Krankheiten, welche vom 1. Juli 1849 bis 30. Juni 1850 zu Stuttgart geherrscht haben. Würt. Corr.-Bl. 17.
Krahmer, Rademacher's verstandesrechte Erfahrungsheillehre und die Medicin als Naturwissenschaft. Deutsche Klinik 33. 34.
Krzisch, Einleitung zur medicinischen Topographie des Ober-Neutraer Comitats. Ung. Ztschr. I. 43.
Lee's, Robert, Biographie mit Portrait. Lancet, März.
Löwenstein, Praktische Notizen. Med. Ztg. Russlands 7—9.
Mantey, Kritik der Rademacher'schen Lehre. Casper's Wochenschrift 31. 32. 33.
Maschka, Ueber Leichensymptome. Prager V.-J.-Schr. III.
Maifen, Glücklicher Fall von Transfusion. Lancet, April.
Medicinal-Statistik aus Hannover. Hannov. Corr.-Bl. 24.
Michea, Ueber die Dualität im Menschen. Rev. thér. du Midi 7.
Mittheilungen des „Vereins Berliner Aerzte für Therapie." Bernhardi's Ztschr. VI. 1.
Nagel, Die Heilwunder Jesu Christi. Norddeutsche Chir. Ztschr. V. 1.
Naumann, Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik zu Bonn. Deutsche Klinik 35. 36. 43.
Nelson, Ueber den allgemeinen Habitus bei Krankheiten. Prov. J., Febr.
Nouvelle Encyclographie des Sciences médicinales publiée par une société des médecins. Bruxelles, 1851.
Ott, Theoretisch-praktisches Handbuch der Polingenesitherapie. I. Th. Grundlinien derselben. München, 1851.
Owen, Ueber Metamorphosis und Metagenesis. Med. Times, Juni.
Pachner, Aus der Spitalpraxis. Ung. Ztschr. I. 40.
Parkes, Stand der Medicin unter den Burmesen. Lond. Journ., Mai.
Pickford, Studien in dem Gebiete der allgemeinen Aetiologie. Henle und Pfeufer's Ztschr. N. F. I. 1.
Pidoux, Ueber Periodicität der Krankheiten. L'Union 82.
Piorry, Traité de médecine pratique. Atlas de plessimétrisme. Ouvrage indispensable pour apprendre soi-même le plessimétrisme, contenant, en 42 planches, plus de 200 figures de bois. Paris, 1851. (6 Fr.)
R. P., Ueber die Krankheiten des Alters. Bull. de thér., Mai.
Radius, Skizze der Geschichte des Georgen-Hospitals zu Leipzig als Heilanstalt. Leipzig, 1851.
Reiffsteck, Aerztliche Mittheilungen. Würt. Corr.-Bl. 16.
Reveillé-Parise, Allgemeine Bemerkungen über die Krankheiten der alten Leute, ihre Ursachen, Symptome und Behandlung. Bull. de thér., Juni.
Richardson, Ueber die verschiedenen Todesarten. Lond. Gaz., April.
Robert-Latour, Ueber den Mechanismus der Entzündung und ihre Behandlung durch Anwendung impermeabler Decken. Rev. méd., März — Mai.
Rosenberger, Das Stadt-Hospital zu Krementschug. Med. Z. Russl. 1.
Roubaud, Annuaire médical et pharmaceutique de la France. Paris, 1851.
Salles, de, Histoire générale des races humaines, ou philosophie ethnographique. Paris, 1850.
Saurel, Ueber die Atmosphäre des Meeres. Rev. thér. du Midi 12.
Scheve, Phrenologie und Medicin. Aus meinen wissenschaftlichen Begegnissen zu Hamburg. Leipzig, 1851.
Schmidt, Einige bemerkenswerthe Fälle aus der Praxis. Würt. C.-Bl. 7.
Schindler, Praktische Miscellen. Günsb. Ztschr. II. 4.
Schneemann, Praktische Erörterungen. Hannov. Corr.-Bl. II. 8.
Schultz-Schultzenstein, Der organisirende Geist der Schöpfung als Vorbild organischer Naturstudien und Unterrichtsmethoden in ihrem Einfluss auf Civilisation und christliche Humanität. Berlin, 1851.
S—e, Ueber den Witterungszustand im russ. Reiche. Med. Z. Russl. 9.
Segond, Histoire et systématisation générale de la biologie. Paris, 1851.
Seitz, Jahresbericht der k. Universitäts-Poliklinik zu München. Deutsche Klinik 40.
Solly, Ueber Eiterabsorption. Lancet, März.
Spengler, Beiträge zur Geschichte der Medicin in Mecklenburg. Wiesbaden, 1851.
— Die erdefressenden Menschen. Casper's Wochenschr. 21.
Statistik von Berlin. Deutsche Klinik 13.
Sterblichkeit in der preussischen Armee. Ibid.
Suringar, Ueber ableitende und revulsive Heilmethoden. Lancet, Mai.
Thompson, Statistisches über Klima und Krankheiten etc. Lond. Gaz., April, Mai.
Trébuchet, Statistik der Todesfälle in der Stadt Paris (in den Jahren 1839—1848). Ann. d'Hyg., April und Juli.
Trousseau et Pidoux, Traité de thérapeutique et de matière médicale. 4e édition, revue et augmentée. Paris, 1851. 2 forts vol. in-8vo. Prix 20 Fr.
Walser, Ueber den Einfluss des Sonnenlichts auf den Organismus. Vierordt's Arch. 3. Heft.
Watson, Die Grundgesetze der praktischen Heilkunde. Ein vollständiges Handbuch der allgemeinen und speciellen Pathologie und Therapie. Aus dem Engl. von Steinau. Leipzig, 1851.
William, Physikalische Untersuchung des Unterleibes im gesunden und kranken Zustande. Lond. Journ., Febr., März.
Witterungszustand im russischen Reiche. Med. Ztg. Russlands 22.
Wood, Beiträge zum Studium der Electro-Biologie. Monthly Journ., Mai.
Worms, Allgemeine Betrachtungen über das Studium der klinischen Medicin. Gaz. de Paris 27.

Sonnabend, № 45. 8. November 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ophthalmologische Skizzen.

Von

Dr. v. Ammon in Dresden.

Erste Reihe.

Verdunkelung des *Orbiculus capsulo-ciliaris*, ein Supplement zur Cataractologie. — Anatomisch-pathologischer Nachweis, dass im Verlaufe der *Ophthalmia neonatorum* die Perforation der Cornea von „Innen" nach „Aussen" geschehen kann. — Operative Behandlung der Dacryocystectasis durch Ausschneidung eines Stückes aus der vordern Wand des Orbitaltheils des Thränenschlauches. — Neue anatomisch-pathologische Untersuchung einer *Cornea conica.* — Blutextravasat in die Linsenkapsel, ein Beitrag zur Lehre von Haemophthalmos und der Neugefässbildung im Blutextravasat. — Veränderung der inneren Organe des menschlichen Auges beim Tode durch Verbrennung.

1. Verdunkelung des *Orbiculus capsulo-ciliaris*, ein bisher unbekanntes Supplement zur Cataractologie.

Orbiculus capsulo-ciliaris nannte ich im Jahre 1830 (Ztschr. f. d. Ophthalm. Bd. I. S. 1) eine ringförmige, aus einzelnen Fäden bestehende organische Verbindung zwischen den Ciliarfortsätzen und der vordern Kapselwand (die Abbildung ebendaselbst Taf. I. 1. 2). Obgleich der Gegenstand von gewichtigen Autoritäten vielfach bestätigt wurde, so zweifelten doch andere daran, und liessen diese Verbindung des Linsensystems mit den Ciliarfortsätzen höchstens als einen Theil der *Corona ciliaris* gelten, der ohne alle Bedeutung sei.

Durch die folgenden zwei Beobachtungen erhält aber der *Orbiculus capsulo-ciliaris* eine pathologische Bedeutung, und es lässt sich derselbe jetzt kaum mehr von den Augenärzten ignoriren.

Erste Beobachtung.

Der 14jährige Knabe Dörfel aus dem sächsischen Erzgebirge ist cataractös geboren. Er hat eine eigenthümliche Kopfform, wie das bei angeborenen Cataracten so oft der Fall ist. Die Augen sind von Nystagmus befallen. Sie zeigen beiderseits eine grünlich-gelbe Iris mit sehr weiter Pupille. Der Pupillarrand ist beiderseits hier und dort eingezackt, ohne viel Pigmentabsonderung zu zeigen. Unmittelbar hinter dem Pupillarrande befindet sich in der Tiefe des Auges, gleich neben der Linsenkapsel, am Rande derselben, ein schwarzer ungetrübter Ring mit einer grossen Menge regelmässiger weisser Querstreifen versehen. Werden die Pupillen mit Belladonna erweitert, so zeigte die Lupenuntersuchung Folgendes: Die vordere Kapselwand ist auf ihrer innern Fläche mit einer grossen Menge unregelmässig geformter, dicker, erhabener weisser Flecke bedeckt, wodurch sie grün-blau getrübt erscheint. An den Stellen, wo diese Flecke fehlen, erschienen einzelne kleine durchsichtige Stellen. Die Beschaffenheit der Linsenmasse selbst lässt sich nicht genau erkennen. Rings um den Linsenkapselrand, der nicht regelmässig abgerundet, sondern wie eingekerbt ist, laufen einzelne Erhabenheiten, und aus den Furchen, die zwischen diesen Erhabenheiten liegen, entspringen gegen die Ciliarfortsätze, also immer schräg nach aussen laufend, in grosser Regelmässigkeit und in sehr kleinen Zwischenräumen weisse Fäden. Diesen eigenthümlichen Anblick konnte man an einzelnen Stellen sehr deutlich mittelst der Lupe sich verschaffen, auf dem rechten Auge an der äussern Seite, auf dem linken an der innern. Man musste sonach zwischen die zusammengezogene Iris und den Kapselrand sehen. Diese hellen weissen Fäden waren nach den Ciliarfortsätzen hin schmaler als nach der Kapselwand zu, wo sie sich breiter zeigten.

Der Knabe wurde operirt durch die Scleronyxis. Der Staar ging bei der versuchten Niederdrückung nicht abwärts; er war sehr weich, und konnte nur zerstückelt werden.

Feuilleton.

Die 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Fortsetzung aus No. 44.)

V. Section für Anatomie, Physiologie und Zoologie.

Die HH. Kellner und v. Siebold machten einige Bemerkungen über den Heerwurm, bezüglich der über diesen Gegenstand geschriebenen Abhandlung des Hrn. Bechstein.

Es fand darauf die Vorstellung eines 19jährigen Menschen statt mit einem missgebildeten Sternum.

Prof. Gerlach sprach über die ihm eigenthümliche Technik bei Anfertigung mikroskopischer Injectionspräparate. Das Constituens der Injectionsmasse ist Gelatine. Die rothe Färbung wird durch Carmin hervorgebracht, mit einem geringen Zusatz von Ammoniak. Mehrere Präparate wurden vorgezeigt.

Prof. v. Siebold sprach über einige Infusorienformen, die in dem Ehrenberg'schen Werke unrichtig aufgefasst sind. Als identisch sieht v. Siebold die Gattungen Trachelomonas = Lagenella, Chaetoglena = Pantotrichum an.

Dr. Falke sprach über die Fähigkeit des thierischen Körpers, Salicin in spiroilige Säure umzusetzen.

VI. Section für Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe.

In der zweiten Sitzung dieser Abtheilung kam zunächst auf Antrag des Dr. Göschen die Kissel'sche Angelegenheit zur Sprache. Hr. Kissel entwickelte in sehr ungenügender Weise seine Ansichten und seine neue Heilmethode, die, wenn er gleich auf directe Anfrage des Dr. Stiebel das Gegentheil behauptete, doch nicht einmal den Vorzug neuer Unklarheit hatte, sondern eben lediglich sich auf Rademacher'sche Lehren zurückführte, die nur im vorliegenden Falle auf einen ganz besonders unklaren Boden gefallen waren. Den treffenden Einwürfen Falk's, dass seine sämmtlichen Rechenexempel von statistischem Standpunkte aus vollkommen haltlos seien und allen bekannten Normen der medicinischen Statistik Hohn sprächen, wusste er nur mit einfacher Verneinung zu begegnen, auch Stiebel auf seine Frage, ob denn wohl in seinen Tabellen Kinder und Erwachsene, da sie doch einen so verschiedenen Verlauf der Pneumonie böten, nur zu erwiedern, dass das nach seiner Erfahrung unnöthig sei; das lakonische kategorische Verlangen Stilling's aber nach einem Recipe für ihn, der sich ihm hiermit als Pneumoniker in dem und dem Stadium, mit den und den Erscheinungen darstelle, blieb ebenfalls ungestillt, da Hr. Kissel auch vor diesem legitimen und berechtigten Forum seine thera-

Eine Iritis zog *Synizesis pupillae* nach sich. Das zweite Auge liess Dr. Baumgarten sen., durch den ich den Kranken sah, unoperirt. Ich habe den Knaben später nicht wieder gesehen.

Offenbar war in diesem Falle eine Verdunkelung des *Orbiculus caps.-ciliaris* vorhanden, d. h. die fadenförmigen Verbindungen, die im normalen Zustande den Linsenkapselrand in fortlaufender Cirkelform mit den Ciliarfortsätzen in Zusammenhang bringen, waren verdunkelt und wahrscheinlich auch verdickt. Bemerkenswerth ist hierbei die Einschrumpfung des Kapselrandes in regelmässigem Wechsel von Einkerbungen und Protuberanzen, die höchst wahrscheinlich dadurch entstanden oder doch vergrössert worden sind, dass der Kapselrand durch die einzelnen Fäden des *Orbiculus ciliaris*, die dort sich inseriren, und die durch den Verdunkelungsprocess in dem vorliegenden Falle verkürzt worden waren, woher wohl auch die sehr erweiterten Pupillen entstanden, in anhaltender Zerrung sich befand.

Zweite Beobachtung.

Ich sah durch die Güte des Hrn. Prof. Zeis am 5. Juli 1851 eine junge, aber bleichsüchtige Dame, die von Jugend auf an einer central beginnenden, aber mehr und mehr peripherisch um sich greifenden Linsenverdunkelung auf beiden Augen litt. Die Pupillen waren beiderseits durch Belladonna sehr erweitert. Die Iris war blau. Ich sah zwischen dem Pupillarrand und dem tiefer gelegenen Linsenkapselrand auf beiden Augen einen schwarzen, ziemlich breiten Ring, in dem weisse dünne Fäden speichenartig an dem Kapselrand nach den Ciliarfortsätzen liefen. Fast alle endigten dicht am Rande der Kapsel, einige trafen aber auf die vordere Kapselwand selbst, 1 oder 1½ Linien von dem Rande derselben entfernt. Der Kapselrand selbst war glatt, nicht gekerbt, ohne alle Einbuchtungen und Erhabenheiten. Prof. Zeis versuchte mit aller Dexterität die Niederdrückung des Staars. Es gelang nicht. Der Staar konnte nur zerstückelt werden. Sechs Wochen später war er fast vollständig resorbirt und die Sehkraft hergestellt.

Die Beobachtung beider Fälle thut auf das Unzweifelhafteste dar, dass in beiden Augen der *Orbiculus capsulo-ciliaris* verdunkelt war. Es liess sich das durch die Lupe und schon mit unbewaffneten Augen daraus erkennen, dass die Gestalt und Lage der Verdunkelung ganz die des im Normalzustande sehr zarten diaphanen, und deshalb so oft übersehenen Organtheils ist. Ich kann dem Leser keinen besseren Rath geben, sich eine deutliche Vorstellung von dem in Rede stehenden pathologischen Phänomen zu machen, als die vergrösserte Abbildung genau zu betrachten, die ich dem oben angeführten Aufsatze über den *Orbiculus capsulo-ciliaris* beigegeben habe. Die Verdunkelung des *Orbic. caps.-ciliar.* ist bisher, so viel ich weiss, unbekannt gewesen. Einmal aufgefunden und der Aufmerksamkeit der Aerzte empfohlen, wird sie nun wohl nicht leicht mehr übersehen werden. Es ist dieses Supplement zur Cataractologie übrigens nicht bloss ein ophthalmo-pathologisches Curiosum. Es scheint bei der Operation der Cataracta, vorzüglich bei der Scleronyxis, von Wichtigkeit zu sein. In den beiden erwähnten Fällen wurde die Operation der Niederdrückung mit untadelhafter Dexterität versucht, aber sie konnte nicht vollzogen werden, der Staar stieg immer wieder auf, er musste zerstückt werden. Höchst wahrscheinlich hatte hieran einen Antheil die *Obscuratio orbiculi capsulo-ciliaris*, deren Fäden verdickt und verkürzt waren, und die Kapsel stärker als gewöhnlich an die Ciliarfortsätze anhefteten. In solchen Fällen ist es nun wohl rathsam, so viel als möglich durch eine gerade, lanzenförmige, seitlich sehr schneidende Staarnadel, vor dem Akte der Depression, die verdickten Fäden des kranken *Orbic. caps.-cil.* durch Führung der Nadel zwischen den Ciliarfortsätzen und dem Linsenkapselrand zu trennen, und jene dann erst auszuführen.

2. Anatomisch-pathologischer Nachweis, dass im Verlauf der *Ophthalmia neonatorum* die Perforation der Cornea von innen nach aussen geschehen kann.

„Sollte nach den bisherigen Erfahrungen die Perforation des Bulbus (während des Verlaufs der *Ophthalmia neonatorum*) immer durch Anätzung von aussen nach innen erfolgen? Wäre nicht wohl anzunehmen, dass die Perforation auch durch Entzündung und Exsudatbildung im Innern des Augapfels bewirkt werden könnte?" Also fragt Dr. Linthlen, Assistent in der obstetricischen Abtheilung des Katharinen-Hospitals zu Stuttgart, zu Ende seiner interessanten Schilderung des Vorkommens der *Ophthalmia neonatorum* daselbst. (Archiv f. physiolog. Heilkunde von Vierordt etc. Stuttgart, 1850. IX. Jahrg. 5—6. Heft. S. 449.) Dieser wohlbegründeten Frage sei folgende, in wenigen Worten zusammengefasste bejahende Antwort auf dem Wege der anatomisch-pathologischen Untersuchung gewidmet.

Ich hatte Gelegenheit, die Augen eines Kindes zu untersuchen, welches in Folge einer *Ophthalmia neonatorum* auf beiden Augen an vorderer Synechie litt. Als das Kind starb, war es 8 Wochen alt. Die Untersuchung der Augen ergab Folgendes:

Linkes Auge. Die Sclerotica erschien sehr dünn und bläulich. Die Cornea war flach. Der Bulbus hat die diesem Alter eigenthümliche Gestalt, ist mehr rund als länglich. Die braune Iris liegt der Cornea sehr nahe, die vordere Augenkammer ist sehr eng. Die Pupille etwas länglich nach unten verzogen. Hier unten an der Cornea ist ein stecknadelkopfgrosser weisser Fleck. Von aussen gewahrt man, dass die Iris mit der hintern Fläche dieser Stelle innigst zusammenhängt. Der Bulbus ward durch einen Querschnitt in zwei Theile getrennt. Das hintere Segment zeigte, was die Netzhaut betraf, die einen gelben Fleck, die Falte, aber kein *Foramen centrale* hatte, nichts Abnormes. Nachdem ich aus dem vordern Segment Glaskörper, der ganz normal war, und Linse sammt Kapsel herausgezogen und von der Uvea und den Ciliarfortsätzen entfernt hatte, sah ich auf der vordern Kapselwand vier runde, getrennte, punktförmige Verdunkelungen; die Kapselwand selbst war durchaus durchsichtig. Die Linsensubstanz war ohne alle Verdunkelung, ganz normal. Die Uvea und die Ciliarfortsätze ebenfalls. Die Pupille von hinten gesehen war wie ein Colobom nach unten schräg zulaufend. Die Untersuchung der vordern Augenkammer zeigte Folgendes: Die Iris, welche sehr braun auf ihrer vordern Fläche war, zeigte, nachdem sie mit dem *Orbiculus ciliaris* von der Cornea getrennt, und so die Einsicht auf die hintere Fläche der letzteren gewonnen war, einige weisse Filamente, die von dem *Orbiculus ciliaris* aus auf der *Serosa iridis* nach der Pupille hin verliefen; letztere lag nach vorn fast ganz zusammengefaltet an der hintern Fläche der Cornea fest an. Mit grosser Vorsicht zog ich die Iris aus ihrer abnormen Verbindung mit einer Oeffnung auf der hintern Fläche der Cornea, also der Descemet'schen Haut, hervor. Diese fand ich bei der Betrachtung mittelst der Lupe auf der ganzen Ausbreitung in eine rauhe, ulcerirende Fläche verwandelt, und ausserhalb des Centrums eine ziemlich grosse Oeffnung,

---

peutische Kunst entweder nicht blossgeben konnte oder wollte. Die auf solche Weise vollständig unergiebige und unerquickliche Discussion wurde endlich von dem Vorsitzenden Heyfelder dadurch geschlossen, dass er Hrn. Kissel zurief, es passte auch auf ihn des Dichters Ausspruch: „Worte, Worte, nichts als Worte."

Der an Hrn. Dr. Küchenmeister aus Zittau hierauf gestellten Aufforderung, seine für heute angekündigten Vorträge zu beginnen, konnte sofort keine Genüge geleistet werden, weil die dazu nöthigen Materialien erst herbeigeschafft werden mussten. Es folgte hierauf ein Vortrag des Hrn. Prof. Dr. Martin aus Jena über *Hydrops ovarii*, in welchem er zuerst einen durch Exstirpation der Geschwulst glücklich geheilten Krankheitsfall mittheilte, und daran Bemerkungen über die Diagnose und Therapie dieser Krankheit knüpfte. Die folgende Discussion über diesen Gegenstand, an welcher besonders Dr. Küchenmeister, Prof. Dr. Siebert aus Jena, Dr. Stiebel aus Frankfurt a. M., Dr. Göschen aus Berlin Theil nahmen, verbreitete sich hauptsächlich über Würdigung der verschiedenen, zur Begründung der Diagnose der fraglichen Krankheit uns zu Gebote stehenden Mittel, wobei Hr. Prof. Dr. Siebert die Anwendung einer genaueren Percussion besonders hervorhob, und die baldige Vornahme der Exstirpation bei diesen Geschwülsten anempfahl, welcher Ansicht im Allgemeinen auch Dr. Göschen aus Berlin beistimmte, wenn schon er keineswegs darin mit Hrn. Siebert übereinstimmte, dass die Operation eine leichte und wenig gefährliche sei. Dem widersprechen nach ihm auch die neuesten Erfahrungen, wenn sie gleich günstigere Resultate als früher bieten, noch entschieden. Dr. Göschen erwähnt schliesslich noch eines von Prof. Langenbeck in Berlin operirten Falles, wo die Operirte, welche in früheren Wochenbetten wiederholt an *Mania puerperalis* gelitten hatte, nach der Operation ganz gleiche Erscheinungen darbot.

Hr. Prof. Dr. Rosshirt aus Erlangen hielt hierauf einen Vortrag über die Verengung des schräg verengten Beckens, welche er durch Mittheilung eines besonderen Falles und Vorzeigung eines derartigen Präparates erläuterte, und dadurch die Ansicht des Prof. Dr. Martin zu bestätigen suchte, welcher diese Beckendeformität als Resultat einer in der Entwickelungsperiode entstandenen Synostose der Kreuz- und Darmbeinverbindung und der damit verbundenen Knochenaffection der benachbarten Theile ansieht.

Wegen vorgeschrittener Zeit wurden hierauf von Seiten des inzwischen eingetroffenen Präsidenten Hrn. Geh. Hofr. Dr. Kieser die Vorträge für heute geschlossen erklärt, und nur noch die Mittheilung gemacht, dass an die verschiedenen Sectionen die Aufforderung zur Subscription zu einem Denkmal für Oken vertheilt und zur Unterzeichnung in den verschiedenen Localen aufgelegt werden möchte. Hierauf wurde als Vorsitzender für die morgende Sitzung Prof. Dr. Stromeyer in Vorschlag gebracht und allgemein angenommen, und Hr. Dr. Dommrich aus Jena als zweiter Schriftführer gewählt. (Fortsetzung folgt.)

in der gelbschwarzen Pigment sich befand. Nachdem der Irisvorfall hervorgezogen war, trennte ich auf das Genaueste durch einen Querschnitt den Cornealtheil, in dem sich das Loch befand, und es ergab sich nun, dass von jener Oeffnung aus, die fast im Centrum lag, durch die Cornealsubstanz nach vorn ein hornartig gestalteter Kanal verlief, der drei Viertheile der genannten Membran durchbohrt, das vordere Viertheil derselben aber noch nicht perforirt hatte. Innerhalb des Kanals lagerte viel schwärzliches und bräunliches Pigment. Auf der vordern Fläche der *Conjunctiva corneae*, dem Ende des Kanals correspondirend, von diesem aber noch durch ein Viertheil gesunden Cornealparenchyms getrennt, sah man ebenfalls gelbe und schwarze Pigmentmolecüle unregelmässig und nur einzeln abgelagert auf dem dort befindlichen weissen runden Fleck.

Rechtes Auge. Gestalt und Farbe des rechten Auges waren wie die des linken. Die Pupille der braunen Iris ist durch die nicht sehr helle Cornea kaum genau zu sehen. Die vordere Augenkammer ist weiter und heller, und die Iris steht von der Cornea weiter ab. Nach unten befindet sich auf der Cornea eine weisse Trübung, in deren Mitte ein bräunlicher Fleck erscheint. Das hintere Segment des in zwei Hälften durch einen Querschnitt getrennten Bulbus war so beschaffen, wie das des linken Auges. An dem vordern Segment erschienen Sclerotica, Choroidea, Uvea, Ciliarfortsätze gesund, die Pupille nach unten colobomartig verzogen. Auf der vordern Linsenkapsel waren drei weisse punktförmige Verdunkelungen, ausserdem war dieselbe auch hier ganz durchsichtig. Ich entfernte nun die Iris sammt dem Ciliarligament mit Vorsicht von der Sclerotica und Cornea. Es musste dieses mit grosser Behutsamkeit geschehen, da ein Theil der Iris sich in eine Oeffnung an der Descemet'schen Haut eingesenkt hatte. Die hervorgezogene Iris war wie ein Stück gewaschener Wäsche zusammengeballt, mit braunen Pigmentflocken bedeckt, und hier und dort nicht ohne Spuren plastischen Exsudates. Es war schwierig, dieses Stück Iris aus einander zu wirren. Nachdem dieses geschehen, durchschnitt ich die Cornea so, dass der Schnitt den Hornhautkanal seiner ganzen Länge nach spaltete. Derselbe war ziemlich weit, trichterförmig, ging schräg, excentrisch beginnend, nach aussen und durch die ganze Hornhaut durch, und endigte im Conjunctivalblättchen derselben, an einem Exsudate, das dort gebildet war und jenen weissen länglichen Fleck bildete. Auch hier fand sich bräunliches Pigment vor. Die ganze Descemet'sche Haut war auch hier exulcerirt.

Aus diesen Sectionsbefunden ergeben sich folgende Resultate. Was das rechte Auge betrifft, so machen hier der krankhafte Zustand der Descemet'schen Haut, die grosse Eingangsöffnung der Perforationsstelle und der abnehmende Durchmesser des Kanals nach den vorderen Schichten der Cornea hin es mehr als wahrscheinlich, dass hier die Perforation der Hornhaut auf der Descemet'schen Haut begann, keilartig und schräg sich nach vorn als Kanal fortsetzte, bis er am Bindehautblättchen der Cornea nach Berstung desselben als complete Hornhautfistel endigte. Die Iris prolabirte in der Perforationsstelle und schloss den Kanal. Diese Perforationsweise der Cornea von der Descemet'schen Haut aus gegen das Bindehautblättchen hin, also von innen nach aussen, erhebt sich aber zur Gewissheit durch das Sectionsresultat des linken Auges. Hier sehen wir auch die Descemet'sche Haut verschwärt und die Eingangsöffnung in den Kanal weiter, als den Durchmesser des Kanals selbst, der in seinem hornförmigen Verlauf die ganze Hornhautsubstanz nicht perforirt, sondern blind an dem vordersten Viertheil der unversehrten Cornea endigt. Die grösste Skepsis muss hier die Perforation von der vordern Augenkammer aus zugehen, da die äussere oder vordere Schicht, sowie das Conjunctivablättchen derselben unversehrt ist.

Schon aus früheren Untersuchungen war mir dieses Factum, an dem v. Walther zweifelte (Lehre v. d. Augenkrankh. Bd. I. S. 375), bekannt, aber ich hatte noch nie mit solcher Genauigkeit und Bestimmtheit, wie hier, die Sache nachweisen können und untersucht. (Klin. Darstellungen, T. I. Tab. VIII. Fig. 1. 2. 3. und die Erklärung.) Das war nun auch der Grund, der mich veranlasste, bei meiner Behandlungsweise der *Ophthalmia neonatorum* dieser innerlichen Cornealperforation früh entgegenzuwirken und die traurigen Folgen derselben möglichst zu verhüten, und zwar durch den Gebrauch der Belladonna (vergl. Journ. f. Chir. u. Augenheilk. von v. Walther u. v. Ammon. Neue Folge. Bd. I. S. 115), in Form eines Collyriums mit kleinen Gaben Chlorwasser verbunden. Noch heute rühme ich das Verfahren.

Für die Lehre von der Entstehung des punktirten Staars im Verlauf und nach der *Ophthalmia neonatorum* sind die beschriebenen Augenuntersuchungen ebenfalls von Wichtigkeit. Wir wollen aber auf ihre Deutung hier nicht eingehen und nur hinzusetzen, dass das Eintreten der Iris in die Cornealöffnung, die von der Descemet'schen Haut aus sich bildete, ohne Abfluss des *Humor aqueus* (der krankhafte Cornealkanal perforirte nicht) ein merkwürdiger pathologischer Vorgang ist, der näherer Erörterung werth ist. (Vergl. Walther's Andeutungen a. a. O. Bd. II. S. 8.)

3. Operative Behandlung der Thränenschlaucherweiterung (Dacryocystectasis) durch Ausschneidung eines Stückes aus der vordern Wand des Orbitaltheils dieses Organs.

In seiner sehr verdienstvollen Schrift: „Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Thränenableitungsapparates. Prag, 1850. in 8.", welche die Lehre von den Krankheiten der genannten Organe mannigfach bereichert, von falschen Traditionen befreit und durch die Fackel der pathologischen Anatomie beleuchtet, erzählt Dr. v. Hasner pag. 45 Folgendes: „Die sogenannte Dacryocystectasis ist die Erweiterung des Orbitaltheiles des Thränenschlauches (sonst Thränensack genannt). Bei der innern Untersuchung dieser pathologischen Verbildung findet man eine ungleichförmige Erweiterung der Schlauchhöhle, welche nach vorn stets am beträchtlichsten ist; in der blassen oder livid gerötheten Schleimhaut sind zahlreiche divertieulöse Ausstülpungen gegen das erweiterte Maschennetz des fibrösen Ueberzuges hin. Der Inhalt der Höhle besteht aus dicker, zäher, braungelber Flüssigkeit, oder einem eiterartigen Schleim. Immer findet man den Schlauch an einer Stelle im Nasenkanal verwachsen. Die Thränenröhrchen sind unverändert, nicht erweitert. Thränenfluss ist fast nie vorhanden. Die Ectasie einer Partie des Thränenschlauches, hervorgerufen durch eine tiefer liegende Verwachsung des Organs, kann nur durch völlige Veränderung des Schlauches, durch Verwandlung der partiellen Verwachsung in eine totale gehoben werden." Dr. v. Hasner beschreibt die Operation der Cauterisation der inneren Fläche des erweiterten Thränenschlauches auf das Genaueste, und war so glücklich, einige radicale Heilungen hierdurch zu erzielen." Als ich diese Mittheilung las,

Die chirurgischen Instrumente auf der Gewerbe-Ausstellung aller Völker.

(Schluss aus No. 43.)

Chirurgische Mechanik.

VI. Bruch-Bandagen. Franzosen sowohl wie Engländer haben viele Spielarten derselben eingesandt, ohne dass die Praxis daraus Gewinn zöge. Die am vorzüglichsten gearbeiteten und in mannigfaltigster Form dargestellten Bruchbänder sind von Burat aus Paris. Die brauchbarsten sind die mit Elfenbein-Pelotte versehenen von S. Goldschmidt aus Berlin, weil sie sich am meisten der einfachen deutschen Form nähern. Letztere ist nach meiner Ueberzeugung bisher durch keine der neuen Erfindungen übertroffen worden. Die meisten Varianten trifft man in den Pelotten an, die bald rund, bald oval, und mit einem Kugelgelenk an die Feder befestigt, bald herzförmig oder abgerundet dreieckig sind. Einige lassen sich im Halse verlängern, Andere in der Winkelstellung verändern; Einzelne sind aus Blech getrieben und haben zwischen sich und der Feder eine Spiralfeder; noch Andere sind aus Elfenbein und Gutta Percha gearbeitet. Burat's Federn sind theils mit einer dünnen Schichte Gummi, theils mit einem galvanoplastischen Zinn-Niederschlage bedeckt.

Von den aus übersponnenen Gummifäden gearbeiteten Bandagen, wie Leibgürtel, Kniekappen, Strümpfen u. s. w. ist den englischen, ihrer grössern Elasticität und Kühle wegen (sie sind mit Seide umsponnen) der Vorzug einzuräumen.

VII. Orthopädische Apparate. Die englische Orthopädie befindet sich im fötalen Zustande; demgemäss sind ihre Apparate. Davon kann sich jeder Arzt leicht überzeugen, der die, zum Theil mit grosser Munificenz fundirten, orthopädischen Hospitäler der Metropolis besuchen will. Und wie es in den Provinzen aussieht, davon giebt die Collection orthopädischer Apparate des Mr. Caplin von Manchester im Glaspallaste eine lebendige Anschauung. Roheres, Unvernünftigeres und Complicirteres lässt sich kaum erdenken. Gleichwohl versucht Mr. Caplin durch eine beträchtliche Zahl von Gypsmodellen darzuthun, wie viele Heilungen ihm gelungen seien. Erträglicher sind die portablen gymnastischen Apparate dieses Heros für junge Mädchen. In hohem Grade beachtungswerth ist der von Longsdale verbesserte Hossard'sche Gürtel, ausgestellt von Ferguson u. Sons, 21 Giltspur Street London. Unter mehrfacher Benutzung der archimedischen Schraube und eines sehr sinnreichen Mechanismus kann man zwei, von Rückenstangen getragene, gepolsterte Stahlpelotten auf die ausgebogenen Stellen des Rückgrats unbeweglich anbringen. Die praktische Vollendung hat indessen allein Charrière dem Hossard'schen Gürtel zu geben gewusst, indem er unter Benutzung zweier Rückenstangen und zweier Pelotten, wie Longsdale, auf die Ersteren dem Rande nach zwei kräftige Federn rechtwinklig einwirken lässt, wodurch nicht nur ein

fielen mir eigene operative Heilversuche, die ich in den letzten zehn Jahren zur Heilung dieses Uebels gemacht hatte, ein, und ich theile dieselben hier nun mit, wie sie sich in meinen Papieren verzeichnet vorfinden.

Pauline Berger aus Meissen, 13 Jahre alt, ein skrophulöses Mädchen, trug auf der rechten Seite eine bohnengrosse Thränenschlaucherweiterung. Die Geschwulst stand mit ihrem oberen Ende sehr hoch, bei weitem höher als gewöhnlich, und war daselbst sehr gespannt anzufühlen. Es bedurfte eines bedeutenden Druckes mittelst des Fingers, um durch die Thränenpunkte eitrige Flocken, die in einer eiweissartigen Flüssigkeit in grosser Menge schwammen und mit denselben hervortraten, herauszupressen. Nach solchen künstlichen Entleerungen zeigte sich an der Stelle der bohnengrossen prallen Geschwulst eine grosse Erschlaffung der Hautdecke, und man konnte dieselbe mittelst einer Fingerspitze ziemlich tief einwärts drängen. Ich beschloss einen Theil der vordern ausgedehnten Wand des Thränensackes (damals gab es noch einen solchen, es war 1842) auszuschneiden, und vollzog die Operation in folgender Weise. Ein kleines, staarmesserartig gestaltetes Skalpell führte ich auf der Höhe der prallen Geschwulst in die Tiefe derselben rasch hinein, und machte dort einen ungefähr $\frac{1}{4}$ Zoll langen halbmondförmigen Schnitt. Die Flüssigkeit trat rasch hervor, und die Haut- und Thränenschlauchwunde klaffte so, dass ich mit der Pincette sehr leicht den Haut- und Thränenschlauchlappen fassen und mittelst des Skalpells vorsichtig abtragen konnte. Die vorher schon sehr klaffende Wunde war nun sehr vergrössert, und ich konnte ganz gut durch diese in den Thränenschlauch hinein sehen. Ich führte sogleich eine silberne Sonde in die Tiefe des Thränenschlauches nach dem Maxillartheile zu, konnte jedoch dieselbe nicht sehr weit nach abwärts führen, also nicht in die Nasenhöhle gelangen. Nachdem die nicht unbedeutende Blutung durch kaltes Wasser gestillt worden war, und nachdem ich durch Einspritzungen desselben in die Höhle der eröffneten Thränenschlaucherweiterung aus derselben das geronnene Blut entfernt hatte, legte ich zwei feine Karlsbader Insectennadeln durch die Hautbedeckungen und durch die Wundränder des nun geöffneten Thränenschlauches hindurch, so dass dieselben in der nun verkleinerten Höhle lagen und gleichzeitig durch die zerschnittenen Hautbedeckungen gingen, also gewissermaassen vier Wundränder vereinigten, da die der Hautbedeckungen und des angeschnittenen Thränenschlauches mit einander in Berührung waren. Nachdem die Wundränder auf den Insectennadeln einander genähert waren, ward um diese die umschlungene Naht gelegt. Die Vereinigung der Wunde liess nichts zu wünschen übrig. Bei einer Lupenuntersuchung des ausgeschnittenen Haut- und Thränenschlauchstückes zeigte die Schleimhaut abwechselnd blasse und rothe Stellen und eine starke Auflockerung, die sich wallartig erhob und vertiefte Stellen umschloss, also Divertikeln bildete. Die Schnittfläche der fibrösen Schicht des Thränenschlauches zeigte ein erweitertes und verdicktes Maschengewebe.

Auf die rechte Gesichtshälfte wurden hierauf kalte Umschläge gemacht, und eine antiphlogistische Diät ward streng befolgt. Es trat keine heftige Localreaction ein; die Schmerzen waren nicht bedeutend. In den ersten drei Tagen trat zwischen den Wundrändern der Thränenschlauchwunde keine Flüssigkeit hervor, die Wundränder berührten sich auf das Genaueste. Am vierten Tage entfernte ich mit der grössten Vorsicht die Fäden sammt den Insectennadeln; es zeigte sich eine oberflächliche Vereiterung der Epidermis, und am obersten Ende der Wunde trat jetzt öfters eine mit Schleimflocken vermischte eiweissstoffige Flüssigkeit tropfenweise hervor. Dabei war aber der Tumor sehr eingesunken. Es ward jetzt täglich mehrere Male trockene Charpie auf die Wunde gelegt; bei jedem Verbande traten an der genannten Stelle einige Tropfen krankhaften Secrets hervor. Betupfungen mit *Argent. nitric.* machten sich später nöthig. Die Heilung schritt vorwärts. Ich hatte die Berger am 24. Febr. 1842 operirt, am 24. März war die Narbe der Excisionsstelle gänzlich vernarbt. Die frühere Stelle der Thränenschlaucherweiterung war zusammengefallen, abgeflacht, beim Druck noch etwas empfindlich und noch geröthet. Ein Druck auf den Thränenschlauch entleerte kein krankhaftes Fluidum durch die Thränenpunkte. Ich entliess die Kranke in ihre Heimath, und hatte Gelegenheit, sie später öfters wieder zu sehen. Die Röthe hatte sich an der operirten Stelle nach Monaten ganz verloren; die Excisionsstelle war kaum mehr in ihrer sehr blassen Narbe zu erkennen.

Dr. Stricker, jetzt praktischer Arzt in Frankfurt a. M., assistirte mir bei der Operation, und hat den Verlauf der Heilung mit beobachtet.

Kurze Zeit nach der geschilderten Operation kam ein ziemlich kräftiger 30jähriger Mann mit einer Dacryocystectasis auf der rechten Gesichtsseite zu mir. Er hatte von der glücklichen Heilung der Berger gehört und wünschte die Operation. Sie ward von mir auf dieselbe Weise wie im ersten Falle verrichtet, auch war die Nachbehandlung dieselbe. Schon am zweiten Tage nach der Operation entstand eine heftige locale Entzündung, die von der Stelle der umwundenen Naht aus sich über die Stirn und zur Wange herab erstreckte, und die Entfernung der Insectennadeln erforderte. Anfangs blieb die Wunde der Excision geschlossen, nach wenigen Tagen klaffte sie weit, eiterte heftig. Nach mehreren Wochen war die Gesichtsgeschwulst verzogen, die Thränenschlauchausdehnung sehr zusammengefallen. In der Mitte derselben blieb eine Oeffnung, aus der sich täglich Eiter und Schleim, jedoch in geringer Menge, ergoss. Diese wahre Thränenschlauchfistel heilte sehr langsam, vernarbte aber nach einem halben Jahre gänzlich. Eine rothe Färbung und ein Eingesunkensein der Stelle blieb lange zurück. Der Kranke war complet geheilt. —

Ich muss es offen gestehen, dass ich, bei dem Mangel genauer Kenntniss der anatomisch-pathologischen Verhältnisse der Thränenschlaucherweiterung, mir zur Begründung der Excision der vorderen erweiterten Wand eine ganz andere Erklärung von der Wirkung derselben gemacht hatte, als die Obliteration, die ich, durch Hasner's oben angegebene Versuche belehrt, als heilsame Folge der von mir angestellten Operationsversuche jetzt anzunehmen mich veranlasst finde.

Ich dachte durch Excision eines grösseren Stückes der ausgedehnten vorderen Wand des Orbitaltheils des Thränenschlauches die Höhle des vermeintlichen Thränensackes zu verkleinern, die Contractionskraft desselben dadurch zu verstärken, durch Wegnahme der vorderen Ausstülpungsstelle das eigentliche Reservoir des krankhaft sich ansammelnden Schleimes zu beseitigen oder doch zu verkleinern, und die kranke Schleimhaut durch den Reiz der eingeführten Insectennadeln umzustimmen. Auf solche Ansicht gestützt, unternahm ich die Operation, — den unteren Theil des Thränenschlauches glaubte ich unverschlossen. Jetzt scheint es mir freilich höchst wahrscheinlich, dass durch die Dieffenbach'sche umschlungene Naht, die in den beiden angeführten Operationsfällen angelegt wurde, eine gänzliche oder doch sehr aus-

---

permanenter Druck auf die convexen Ausbiegungen der Wirbelsäule ausgeübt, sondern zugleich eine begrenzte Beweglichkeit des Körpers gestattet wird. In dieser Gestalt ist unter allen im Herumgehen anwendbaren orthopädischen Vorrichtungen der Hossard'sche Gürtel das vortrefflichste Instrument und selbstredend allen an seitlichen Rückgrats-Verkrümmungen leidenden Kranken auf das Angelegentlichste zu empfehlen. Der Curiosität wegen und vielleicht beachtungswerth für kranke Kinder, welche an *Incontinentia urinae* leiden, sei hier noch eines von Jones, 28 Lombard Street London, ausgestellten Bettes erwähnt, dessen Matratze sich, in einer vorher bestimmten Zeit, vermittelst eines Mechanismus um seine Längsachse dreht und den Liegenden zum Bette hinauswirft.

Von den ausgestellten, theils aus Holz, theils aus Eisenblech bestehenden Apparaten bei Verkrümmungen der Glieder verdient die bewegliche Mutterschraube Erwähnung, welche von der Rückseite der Apparate mit dem andern Charnierende befestigt ist, und mit Hülfe deren sich ganz allmälig der Winkel der Vorrichtung vergrössern und verkleinern lässt.

Fast alle Aussteller haben den Scarpa'schen Schuh mit einigen Modificationen für die Nachbehandlung des Klumpfusses beibehalten. Die Veränderung besteht in der Anwendung einer horizontalen, archimedischen Schraube und des Kammrades behufs der Winkelstellung des Fusses zum Unterschenkel und eines Charniers im hintern Drittel der Holzsohle, um dem Fusse in allen Graden der Nachbehandlung feste Unterlage zu geben.

VIII. Apparate für Knochenbrüche. Unter den ausgestellten mögen hier die zwei besten ihre Stelle finden.

Der eine von Matthews, 10 Portugal Street, Lincols-Inn-Fields, London, besteht in einem als Schwebe zu benutzenden Holzrahmen, auf welchem sich das beliebte englische *Planum inclinatum* durch die Anwendung der obenerwähnten Mutterschraube gar leicht herrichten lässt. Die Flächen des Planums sind zur Aufnahme des gebrochenen Gliedes ausgehöhlt und von den Rändern gehen auf Leinwand und nebeneinander geklebte Holzstäbchen ab, welche den übrigen Theil des Gliedes, gleichsam als vordere Schiene, umgeben. Das obere Ende des Planums hängt mittelst eisernen Charniers mit dem Rahmen, beide Plana unter sich mittelst Holzcharniers zusammen. Das Fussende ist in einer Falze beweglich.

Der Apparat von Valerius hat eine ähnliche Construction; wenn gleich der Mechanismus für die Veränderung des Winkels ein anderer und unnöthig complicirt ist, unterscheidet er sich von dem Ersteren doch darin, dass das Fussende mittelst Charnier befestigt und das Schenkelende in einer Falze läuft, und dass über den Oberschenkeltheil diagonal nach vorn eine halbkreisförmige Feder frei hervorsteht, an welcher ein Kniegurt zu befestigen ist. Die Wirkung besteht in continuirlicher Abziehung der Bruchenden von einander. Die Vereinigung

gebreitete Verwachsung der inneren Membranauskleidung des ausgedehnten orbitalen Theiles des Thränenschlauches, in Folge der durch sie hervorgerufenen Entzündung, herbeigeführt wurde.

Jedenfalls verdienen die hier mitgetheilten operativen Heilversuche eine historische Aufzeichnung. Vielleicht finden sie praktische Nachprüfung. Denn wäre die ausgesprochene Vermuthung gegründet, dass auf dem angegebenen Wege der Excision mit darauf folgender Anwendung der Insectennadelnaht, also ohne Cauterisation, die innere Verwachsung im erweiterten Thränenschlauche erreicht werden könnte, so wäre v. Hasner's rationell erdachte und empirisch auf anatomisch-pathologische Thatsachen gegründete Operationsweise auf einfacherem Wege, ohne Cauterisation, zu erreichen.

4. Neue anatomisch-pathologische Untersuchung eines Falles von *Cornea conica*.

Hr. B., in Dresden wohnhaft, aus der italienischen Schweiz, einige vierzig Jahre alt, sehr nervöser Natur, hatte eine eigenthümliche Schädelbildung, wie ich sie in meinen klinischen Darstellungen der Krankheiten und Bildungsfehler des menschlichen Auges, Bd. III. Taf. 16. 17. 18. habe abbilden lassen. Dabei war er sehr kurzsichtig, und hielt die Gegenstände, wenn er sie genauer sehen wollte, dicht vor die Augen, aber immer etwas zur Seite. Der Mann sprach nie von seiner Kurzsichtigkeit, er verbarg sie so viel als möglich, und vermied jedes Gespräch, was sich darauf bezog. Ich sah denselben mehrere Jahre hindurch täglich, und gewahrte sehr bald von beiden Augen, wenn sie sich rasch in den Orbitis hin und her bewegten, einen opalisirenden Schein ausgehen, der mich dann bei fortgesetzter Beobachtung zur Gewissheit führte, dass eine konische Hornhaut beiderseits vorhanden war. Im Jahre 1846 starb der Mann, wenige Tage nachdem er an einem *Typhus abdominalis* erkrankt war. Meinem Freunde Dr. Hedenus verdanke ich die Gelegenheit, des Verstorbenen Kopf und Augen näher zu untersuchen.

Beide Augen waren bei sehr konisch geformten Hornhäuten in ihrem mittleren Durchmesser sehr breit und hatten eine fast fötale Gestalt. Die Insertion der sehr dünnen und sehr tendinösen Muskeln geschah ziemlich tief an der Sclerotica, d. h. mehr als gewöhnlich von der Cornea entfernt, was bei der erhabenen Form der konischen Hornhäute noch mehr in's Auge sprang. Beim Durchschnitt der Sclerotica (das geschah am linken Auge) zeigte sich dieselbe wenig resistent, und auf dem Durchschnitt erschien sie sehr dünn. Die Linsenkapsel war hell und hatte, von vorn betrachtet, die gewöhnliche Wölbung. Der Rand derselben lag nicht so nahe wie gewöhnlich, und auch nicht so gleichmässig an den Ciliarfortsätzen; bei der Lupenuntersuchung erschien derselbe nicht glatt, sondern wie eingekerbt. Der *Orbiculus capsulo-ciliaris* war in seinen einzelnen Fäden dürftig ausgebildet. *Liquor Morgagni* war in reichlicher Menge und normal vorhanden. Das *Peristoma Döllingeri* war kräftig ausgebildet, das Pigment der Uvea war sehr schwarz, und liess sich leicht, wie eine Membran, abziehen. Die hintere Fläche der Uvea zeigte den Uebertritt einer grossen Menge von ziemlich starken Ciliarnerven, die aus den einzelnen Ciliarfortsätzen in ihr Parenchym übertraten. Die Choroidea war chocoladenfarbig. Der Kreis der Ciliarfortsätze erschien etwas verschoben, die einzelnen Ciliarfortsätze waren etwas eingeschrumpft, ohne Pigment, wie welk. Auf der Netzhaut waren viele Falten, die Membran selbst erschien sehr dünn. Auf beiden Augen war ein *Foramen centrale* nicht vorhanden, dagegen erschien die *Macula lutea* sehr ausgebildet. Das *Ligamentum ciliare* war sehr dick und sehr breit. Die vordere Fläche der Iris, hinsichtlich ihrer Erhabenheiten und Vertiefungen und muskulösen Beschaffenheit wie nur selten ausgebildet, gewährte mit dem sehr elevirten, starken, breiten *Ligamentum ciliare*, welches eben so breit wie die Iris war, einen merkwürdigen Anblick. Die Cornea zeigte auf ihrer vorderen Fläche nichts Ungewöhnliches, sie erschien beim Längendurchschnitt (derselbe wurde am rechten Auge gemacht) auf der Schnittfläche durchaus gleichmässig stark; sie war am Vereinigungspunkte mit der Sclerotica nicht dicker, als auf ihrer Höhe. Im Verhältniss war die Cornea, wie es auch bei der Sclerotica der Fall war, etwas dünner als gewöhnlich. Bevor das rechte Auge durch einen Längenschnitt in zwei Segmente getheilt war, hatte die Cornea eine sehr konische, ich möchte fast sagen pyramidale Gestalt. Das verlor sich sehr bald, nachdem sie durch einen Längenschnitt getrennt worden war; aber noch jetzt zeigt das in Weingeist aufbewahrte Präparat eine gleichmässige Dicke der Cornea. Die Descemet'sche Haut zeigte auf beiden Augen entweder Längen- oder Querfalten, die ganz so sich verhielten, wie die Falten, in welche die isolirte Linsenkapsel so gern sich legt.

Das Gehirn war in seiner Substanz normal, der Bau dagegen, wie schon die Kopfform vermuthen liess, von den normalen Verhältnissen abweichend. Das Gehirn hatte grosse Aehnlichkeit mit der von mir abgebildeten Basis eines Gehirns bei einem Falle, wo mit einer abnormen Schädelform *Cornea conica congenita* und noch Hirnamaurose in Folge angeborener Fehler des optischen Theils desselben vorhanden war. (Klinische Darstellungen der Augenkrankheiten, Theil III. Tab. XVIII. Fig. 4. und die Erklärung.)

Dagegen war der optische Theil des Gehirns in dem vorliegenden Fall sehr ausgebildet. Die *Nervi optici* waren mehr breit als rund vor dem Chiasma, von dem aus aber dieselben in ihrem weiteren Verlauf zu den Bulbis einen sehr stumpfen Winkel bildeten. Hinter dem Chiasma verliefen die Sehnerven in dicken Kolben abwärts zu den *Thalamis nervorum opticorum*, die sehr gross erschienen. —

Dieser anatomisch-pathologische Fund bei einer *Cornea conica* scheint mir deshalb nicht unwichtig zu sein, weil er sich nicht bloss auf die Untersuchung der Cornea beschränkt, sondern in den Kreis der anatomischen Untersuchung das Ciliarligament, den ganzen Ciliarkörper, die Structur der Iris sammt ihren Nerven, und die Form und Beschaffenheit des Gehirns zieht. Der vorliegende Fall gehört offenbar zur Klasse der angeborenen, d. h. zu derjenigen, wo das Individuum eine bereits konisch oder pyramidal geformte Cornea mit zur Welt bringt. Meine bisherigen Untersuchungen haben den Zusammenhang dieser angeborenen Cornealbildung mit eigenthümlicher Kopf- und Hirnform nachgewiesen (Klinische Darstellungen etc. a. a. O.), und ich bin deshalb der Ansicht, dass, wo mit *Cornea conica* diese eigenthümliche Kopfform vorkommt, das Leiden der Cornea mehr als ein Bildungsfehler, der in der Kindheit leicht übersehen wird, und oft erst in den späteren Entwickelungsepochen stärker hervortritt, als ein acquirirter pathologischer Zustand der Cornea zu betrachten ist. Es würde nun zur genauen Sichtung und Eintheilung der verschiedenen Arten der konischen und pyramidalen Cornea wichtig sein, zunächst diese angeborene

---

der guten Eigenschaften beider Apparate würden der Behandlung der Oberschenkelbrüche fühlbaren Vorschub leisten.

IX. Künstliche Ersatzmittel verloren gegangener Theile des menschlichen Körpers.

1) Künstliche Zähne sind aus allen Weltgegenden eingeliefert worden; die vorzüglichsten kommen von Ath aus London, der sie unter dem Namen der Transparentzähne in den Handel eingeführt hat. Sie zeichnen sich durch ihr natürliches Aussehen in Farbe, Glanz und Form aus. Uebrigens sind es volle Zähne, mit Gold- und Platina-Röhrchen versehen. Desgleichen sind die englischen Zahnarbeiten (Gebisse) im Allgemeinen von vorzüglicher Beschaffenheit und mit viel grösserer Kunst und Genauigkeit ausgeführt, als die französischen und deutschen. Einzelne französische Zahnpièceen stehen unter aller Kritik.

2) Künstliche Augen werden im Glaspallaste von vorzüglicher Schönheit angetroffen. Die englischen und französischen streiten sich um die Superiorität, deren Entscheidung auch für mich schwierig ist, da beide Nationen in der That vollendete Meisterschaft in der Anfertigung künstlicher Augen bekundet haben.

3) Die Ausstellung ist ebenso reich an künstlichen Gliedern, Armen, Händen und Unterschenkeln; Letztere sind in überwiegender Zahl aus England, Frankreich, Hamburg, Amerika, Schweden u. s. w. ausgestellt. Es würde mich zu weit führen, hier in den allgemein bekannten Mechanismus, der fast bei allen ausgestellten künstlichen Gliedern, mit gar geringer, unwesentlicher Abänderung der gleiche ist, des Breiteren einzugehen. Nur in dem angewandten Materiale unterscheiden sie sich. Die meisten sind aus Leder und Holz; der des Amerikaner Frank Palmer, 376 Chesnut Street, Philadelphia, aus lackirtem Blech mit Holzfutter, ist von leichter und eleganter Form. Nächst diesem ist das künstliche Bein der französischen Arbeiter-Association wegen seiner ausgezeichnet schönen Arbeit und einfachen mechanischen Einrichtung des Knie's in erster Reihe zu nennen.

F. Charles Rein, 108 Strand, London, hat eine sehr beträchtliche Collection von Gehörs-Instrumenten ausgestellt, die rücksichtlich ihrer Leichtigkeit und Brauchbarkeit wenig zu wünschen übrig lassen. Sie haben mit wenigen Ausnahmen die Form einer römischen Tuba und sind aus dünnem Blech gefertigt. Für gesellschaftliche Conversation hat er eine kurze Tuba mit langem Schlauch (den Pfeifenschläuchen ähnlich) in welchem eine Metallspirale, in ein kurzes, dünnes Röhrchen für den äussern Gehörgang auslaufend, construirt. Desgleichen einen akustischen Stuhl, an dessen Seitenlehnen Gehörtuben eingefugt sind.

Form von der Art der Cornealelevation zu trennen, die als wirklich neu entstandene Krankheit, ohne angeborene konische oder pyramidale Disposition derselben, und ohne jene eigenthümliche Kopfform, nachgewiesen werden kann. Aber bei diesen acquirirten Fällen kann die ärztliche Beobachtung künftig auch nicht mehr den Sitz des Uebels allein in einem pathologischen Zustande der Cornea suchen, sondern muss, des anatomisch-pathologischen Befundes, der hier mitgetheilt worden ist, eingedenk, ihre Aufmerksamkeit auch auf das pathologische Verhalten anderer Gebilde des Auges lenken, was dann von selbst dahin führen muss, den wichtigen Einfluss zu berücksichtigen, den ein Allgemeinleiden durch Vermittelung der Ciliarnerven (wie das Arlt so wahr bei Besprechung des in Rede stehenden Uebels bemerkt; Krankheiten des Auges, Band I. Seite 280. Prag, 1851.) auf die Form- und Structurveränderung der Cornea bei der *Cornea conica acquisita* haben kann. Vielleicht dass dieser Untersuchungsweg zu wissenschaftlichen Ergebnissen führt.

5. Blutextravasat in die Linsenkapsel. Ein Beitrag zur Lehre vom innern Haemophthalmos und von der Neugefässbildung im Blutextravasate überhaupt.

Ein Chausseewärter, ein kräftiger Mann von 40 Jahren, hatte durch Anspringen eines ziemlich grossen Steinfragmentes eine heftige Erschütterung des linken Auges erlitten. Eine heftige Augenentzündung mit Hornhautdestruction war darauf eingetreten, und in ein konisches Hornhautstaphylom übergegangen. Dabei bestand eine chronische Entzündung im degenerirten Auge fort, und verursachte die heftigsten Schmerzen nicht bloss in diesem, sondern auch in dem gesunden Auge. Der brotlos gewordene Arbeiter verlangte schnelle Hülfe, und da ich von der Abtragung des Staphyloms und darauf nothwendig folgender Entfernung des von mir in dem Auge vermutheten fremden Körpers, wahrscheinlich eines Steinfragments, Nachlass der Schmerzen in beiden Augen bestimmt erwartete, trug ich das Staphylom sogleich ab. Es geschah dieses ungefähr 10—12 Wochen nach erlittener Verwundung. Nach Vollendung des ersten Schnittes, während ich zur Scheere griff, zur Vollziehung des zweiten überzugehen, entstürzte dem Auge ein rother, ziemlich grosser Klumpen. Die Operation ward rasch vollendet, der Augenstumpf collabirte etwas; der Kranke sprach beim Befragen, ob er eine vermehrte Lichtempfindung nach der Operation habe, nichts Bejahendes. Die Heilung der Staphylomwunde ging durch ihre gewöhnlichen Stadien hindurch, unter antiphlogistischer Diät und beim Gebrauch kalter Umschläge auf den ziemlich grossen Augenstumpf. Mit dem Aufhören der Schmerzen in dem operirten Auge wichen auch die des linken, und der Mann konnte in der zweiten Woche zu seiner Arbeit zurückkehren. Der rothe Klumpen, welcher dem Auge entstürzte und der jedenfalls die heftigen Schmerzen in dem staphylomatösen Auge unterhalten hatte, und dessen nähere und mikroskopische Untersuchung der eigentliche Gegenstand dieser Skizze ist, war nicht ein vermuthetes Steinfragment, es war die krankhaft vergrösserte und metamorphosirte Linse sammt Kapsel. Sie erschien, mit blossem Auge betrachtet, sehr roth gefärbt; die Kapsel war geborsten, in dem Riss derselben lag die Linse so, dass die eine Hälfte derselben zu Tage kam. Dieses trat bei der Untersuchung mit der Lupe noch mehr hervor. Ich trennte nun behutsam die Linse von der Kapsel, und brachte ein Stück der innern Fläche derselben unter das Mikroskop. An einzelnen Stellen erschienen Conglomerate von Blutkörpern, so dass man dieselben einzeln nicht erkennen konnte; sie lagen in Haufen da, und die Farbe derselben war bräunlich-roth; an einzelnen Stellen derselben nahm ich auf das Deutlichste Pigmentmolecüle von schwarzer Farbe ohne bestimmte Gestalt wahr. Es waren hier offenbar Uebergänge in Pigmentbildung. An anderen Stellen der inneren Fläche der Linsenkapsel konnte man da, wo das Blut keine Conglomerate bildete, die einzelnen Blutkügelchen auf das Genaueste erkennen; sie waren roth, von frischem, lebendigem Ansehen; andere derselben waren wie verwischt, eingeschrumpft, schmutzig-roth. Dagegen nahm ich auch wahr, dass sich eine Reihe von Blutkügelchen fadenförmig an einander geheftet hatten, dicht zusammenhängend wie eine Perlschnur; hier und dort hatten sich dieselben wie zu einer Rinne verschmolzen, und an einer Stelle gingen aus solchen Rinnen, die wie ein vertrockneter abgefallener Baumast aussahen, einzelne Seitenäste in plumper Gestalt ab. Ich konnte das nur für die Primordien der Angioneoplastik (Anfänge von Neugefässbildung) halten.

Nach dieser mikroskopischen Untersuchung der inneren Fläche der Linsenkapsel unterwarf ich einzelne Theile der vorderen Fläche der Linse selbst, die durch und durch blutigroth erschien, derselben. Die Linsensubstanz zeigte ihre Fasern etwas getrübt, sehr gelb gefärbt; auf ihr lag in grösserer oder geringerer Menge Blutcoagulum. Wo dieses sehr stark war, konnte man die einzelnen Blutkügelchen nicht unterscheiden; wo jedoch das blutige Extravasat sehr dünn sich vorfand, nahm ich dasselbe wie auf der inneren Fläche der Linsenkapsel wahr, nur fast noch deutlicher, frischer und plastischer.

Wir knüpfen an die Erzählung dieses Falles folgende ophthalmopathologische und physiologische Bemerkungen.

1) Die heftigen anhaltenden Schmerzen in dem staphylomatös metamorphosirten Auge rührten von dem Blutextravasate her, das sich bei der Verwundung des Auges höchst wahrscheinlich durch Zerreissung der Ciliarkörper und Dilaceration der Linsenkapsel in die hintere Augenkammer und in die Cavität der letzteren gebildet hatte. Die ergossene Blutmenge war zu gross, um resorbirt zu werden, sie wirkte wie ein fremder Körper auf die Ciliarnerven.

2) Das in dem Auge befindliche Blutextravasat durchlief in der Cavität des Auges, da es von den verwundeten, wahrscheinlich zerrissenen Augenhäuten, die natürlich dadurch entzündet waren, nicht resorbirt wurde, in dem Zeitraum von fast drei Monaten zwei Metamorphosen, die des Ueberganges in Pigment und die der Neugefässbildung. Es ist mir nicht bekannt, ob man diesen Vorgang in Blutextravasaten an anderen Stellen des Körpers schon beobachtet hat; in Granulationen und in Pseudomembranen ist es häufig geschehen. Ich habe schon früher einmal dasselbe Phänomen in der vorderen Augenkammer eines Kranken beobachtet, bei dem sich aus einem Extravasate, das höchst langsam sich in einen melanotischen Fleck an der untersten Stelle der Iris verwandelte, auch Blutgefässe sich entwickelten. Das geschah durch eine scharfe Lupe. In diesem Falle gelang es, das Phänomen in verschiedenen Bildungsstufen durch das Mikroskop zu beobachten. Ich besitze davon treffliche Zeichnungen, die den ophthalmopathologisch wie physiologisch interessanten Gegenstand auf das Deutlichste und Schönste darstellen.

3) Mir ist es höchst wahrscheinlich, dass, wenn in dem Auge der begonnene pathologische Bildungsprocess in dem Blutextravasate innerhalb der Linsenkapsel und auf der Linsensubstanz ungestört fortgeschritten wäre, nach und nach grössere Menge von Pigment abgelagert und die Gefässbildung fortgeschritten sein würde. Die Linsensubstanz würde bei diesem Vorgange nach und nach zerfallen sein. Das Endresultat eines solchen Vorganges dürfte das sein, was ältere Augenärzte *Cataracta grummosa* genannt haben.

6. Veränderung der inneren Organe des menschlichen Auges beim Tode durch Verbrennung.

Es ist mir unbekannt, ob irgend Jemand die Augen von Menschen untersucht hat, die bei Feuersbrünsten verunglückten, namentlich habe ich nicht in Erfahrung bringen können, ob bei dem tragischen Versailler Eisenbahnunglück 1842 die Aufmerksamkeit der Untersuchenden sich der näheren Prüfung der Augen der durch Feuer Verunglückten zugewendet hat. Die Gelegenheit, eine solche Untersuchung zu veranstalten, verdanke ich Hrn. Prof. Zeis allhier, der mich in den Besitz eines Auges einer Leiche setzte, die unter dem Schutte und der Asche eines abgebrannten Hauses nach langem Suchen in einem mumienartigen Zustande gefunden worden war. Die eine Hälfte des Körpers war fast verkohlt, die andere hatte sich in einem weicheren Zustande erhalten, so dass die Ausschälung des Bulbus aus der Orbita geschehen konnte.

Der Bulbus hatte seine normale Gestalt und Farbe erhalten; er war wenig in der Sclerotica eingeschrumpft, nur an der Cornea war dies in höherem Grade der Fall, diese war sehr fettig und nur halb durchsichtig. Ich durchschnitt die Sclerotica in der Mitte des Auges sammt der Choroidea, es ergoss sich keine Flüssigkeit. Als ich die beiden Segmente des Bulbus auseinander nehmen wollte, hingen sie im Centrum durch einen weissen Wulst, der durch den Bulbus vom Grund des Auges nach der Linse ging, fest zusammen. Ich erkannte, dass dieser weisse Wulst die Netzhaut sei. Diese war in ihrer ganzen Ausbreitung von der Choroidea abgelöst, und zwischen den beiden Membranen war nun ein Raum entstanden, in dem sich kein Fluidum befand. Die Netzhaut hatte sich zusammengelegt, war dicker als gewöhnlich, bildete Längenfalten. Ich schnitt sie vorn an dem Linsenkapselrand durch, so dass die an Ort und Stelle gebliebene dick und fahl und hellweiss aussehende Linse sammt Kapsel ihre hintere Wand zeigte. Ich konnte nun in die zusammengeschrumpfte schlauchförmige Netzhaut hineinsehen; hier lag der auf ein Minimum reducirte Glaskörper wie etwas geronnenes Eiweiss.

Die Netzhaut war sehr dick; von der *Macula lutea* war nichts zu erkennen, ebensowenig von dem *Foramen centrale* und den Falten der Retina daselbst. Das Pigment der Choroidea, die gleichmässig an der Sclerotica anfing, nirgends eine Falte bildete, war sehr dunkel, pigmentreich. Die Gefässe derselben waren eingetrocknet und bildeten ihrem gewundenen Verlauf nach gelbliche Streifen. Die Linse war sehr weiss, ganz undurchsichtig, meist mit der Kapsel verschmolzen. Ihre Faserstructur war in ganz kleinen dünnen Durchschnitten an durchsichtigen Stellen durch das Mikroskop noch zu erkennen.

Hier liegt ein merkwürdiges pathologisches Phänomen vor. Schwinden des Glaskörpers auf ein Minimum seines Volumens; damit zusammenhängend ist das Anschmiegen der Netzhaut an den schwindenden Glaskörper, so dass sie nach und nach sich zu einem Strange verkleinert, den ich auch hier wieder mit dem Klöppel der Glocke vergleiche, wie ich das früher gethan habe bei der Beschreibung dieses pathologischen Vorkommens (Zeitschrift für die Ophthalmologie Bd. I. S. 330 und Klinische Darstellungen Thl. I. Tab. XVIII. Fig. 6. und die Erklärung) in Fällen von Choroidealverknöcherungen, wo die Atrophie des Glaskörpers durch Einschnürung der Ernährungsgefässe des Glaskörpers nach und nach herbeigeführt wird. In dem vorliegenden Falle ist der Glaskörper durch den Einfluss der Hitze zum Schwinden gebracht. Die Lage des Bulbus in dem Orbitalfett schützte die Sclerotica und Choroidea vor dem gänzlichen Einschrumpfen durch die Hitze, diese wirkte aber vernichtend durch die genannten Häute hindurch auf das *Corpus vitreum*. Mich bestimmter von dem Einfluss der Hitze auf das genannte Organ zu überzeugen, setzte ich frische Kalbsaugen nach und nach wachsender, trockner Glühhitze aus. Ich fand, nachdem dieses 8 Minuten geschehen war, die Bulbi collabirt. Beim Durchschnitt war die Cornea verkleinert, zweifach verdickt, ebenso die Sclerotica. Die Linse weiss und dick, hinsichtlich der Gestalt unversehrt. Die Netzhaut wie Eiweiss zu einer pulpösen Masse verändert, Glaskörper nicht aufzufinden, die Choroidea wie die Sclerotica zusammengeschrumpft dicht an der innern Fläche dieses liegend und die Ueberbleibsel der zerfallenen Netzhaut umschliessend. Hier hatte die Glühhitze zu unmittelbar auf Sclerotica und Cornea gewirkt, und die Structur und Gestalt der genannten Membranen verändert. Ich brachte nun einige Glaskörper sammt Linsen, frischen Kälberaugen entnommen, in die Glühhitze. In den ersten 2 Minuten hatte dieselbe keinen Einfluss weder auf Glaskörper noch Linse. Von da fing der Glaskörper an rasch sich zu verkleinern, blieb aber hell dabei und verschwand nach ungefähr 4 Minuten bis auf einen sehr kleinen Theil, der dick und halb undurchsichtig war. Die Linse, die einige Minuten durchsichtig in der Glühhitze blieb, verdunkelte sich in der dritten Minute, in wenigen Minuten zur weissen kreideartigen Masse. Am Reste des Glaskörpers konnte ich durch das Mikroskop nichts Besonderes finden, in der verdunkelten Linse gewahrte ich durch dasselbe am Ende sehr feiner Durchschnitte die Faserstructur.

Bemerkungen über vier Inflexionen des Uterus mit einem Geburtsfalle.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

(Fortsetzung aus No. 14.)

III. Steht es mit der Behandlung jetzt wirklich besser als früher? Man bediente sich bei der Behandlung der Inflexionen des Uterus sowohl dynamischer als mechanischer Mittel. Mit jenen beabsichtigte man theils die durch das Uebel bedingten Zustände zu mässigen, selbst zu beseitigen, theils auf den Uterus selbst einzuwirken und seine normale Gestalt herzustellen, wobei man die Ursachen und Folgen nicht übersah. Auch örtlich wirkte man ein durch Injectionen, durch die aufsteigende Douche, Halbbäder u. s. w. Wir übergehen hier die Behandlung der Inflexionen während der Schwangerschaft und Geburt, bei welcher letztern man auch das Herabziehen des Muttermundes, wie neuerlichst Scanzoni, empfahl, und wogegen der berühmte Boër schon gesprochen hat. „Diejenigen, welche den Muttermund auf die Mitte des Einganges schieben oder ziehen wollen, müssen eine paradoxe Idee von der Structur und der Verbindung der Gebärmutter haben, müssen sich dieselbe wie in einem Charnier hängend denken, und wie von Holz vorstellen" u. s. w. — Man hat aber auch nicht unterlassen, die Herstellung der Configuration zu ermöglichen, und dazu Schwämme (Deneeck), Mutterkränze in verschiedenen Formen (Desormeaux, Nauche) anzuwenden, auch schon den Grund der Gebärmutter selbst von ihrer Höhle ausgehoben und unterstützt. Im Allgemeinen aber war man gegen die mechanische Behandlung, und besonders gegen die Instrumente, denen man vorwarf, dass sie durch den anhaltenden Reiz, der gerade zu vermeiden sei, nachtheilig würden, auch ihre Anwendung meist unausführbar sei. So wurden denn Inflexionen durch die Natur und Kunst geheilt, auch ungeheilt gelassen.

Ist es nun in der neuern Zeit anders geworden, oder kommen wir zu demselben Resultat? Die dynamischen Mittel sind im Allgemeinen dieselben geblieben, und unter den örtlichen stehen die Injectionen, die aufsteigende Douche u. s. w., als neu das Aetzen der ganzen innern Fläche des Uterus. Darüber später. Kiwisch, der Ansicht, dass es ohne Auflockerung und Verlängerung des Uterus keine Inflexion gäbe, also die abnorme Configuration desselben zu beseitigen, und die Auflockerung und Verlängerung zu beheben sei, lehrt, dass die Mittel, dynamische und mechanische zugleich angewendet werden müssen, z. B. *Secale cornutum* und die Uterussonde oder der von ihm erfundene Apparat, Uterushalter, dem ein besonderer Werth beigelegt wird, und mit welchem der Uterus von der Höhe aus aufgerichtet und aufgerichtet erhalten werden soll.

Voran müssen wir hier das Recht der Priorität in Rücksicht auf die Erhebung und Aufrechthaltung des inflectirten Uterus mit einem Instrument von der Uterinhöhle aus für Möller in Anspruch nehmen, der schon 1803 (*De pronatione uteri post partum* u. s. w.) ein biegsames Stäbchen zu diesem Zweck empfahl. Später schlug auch Carus ein fischbeinenes, abgerundetes, plattes Führungsstäbchen vor. Die Idee zu solchen Erfindungen lag schon in der von Löffler 1803 angegebenen Stütze nahe, indem derselbe mit seiner Röhre von Horn, oben mit einem Schwamme, am Griffe mit einem Bande zur Befestigung an eine Leibbinde versehen, den Grund der umgestülpten Gebärmutter sanft aufwärts schob, und ihn so in der gegebenen Lage erhielt. Nicht mit Entzücken nahm Stein dies Instrument auf: „Erfinden, sagt er, macht berühmt: da sollte man wirklich fehlerhaft sein, um Erfinder zu sein; bald sollte man glauben, dass wir darum so viel Erfinder hätten." Ein Urtheil über die Wirkung fällt er mit folgenden Worten: „Das Stäbchen hindert entweder die Zusammenziehung des Uterus, oder es hindert nicht das Herabsinken des Uterus." Fast gleichlautend El. v. Siebold's Urtheil über Möller's Vorschlag: „Die Anwendung eines solchen Stäbchens ist bald unzulässig, bald ist sie unsicher und bedenklich, bald überflüssig." Diesem Urtheil treten auch Mende u. A. bei. In der neuesten Zeit erklärt Margerie (Gaz. des hôp. 1850. No. 92.) die Sonden mit verschiedenen Krümmungen und verschiedenem Mechanismus für eine unnütze Spielerei, und theilt Fälle mit, wo Inflexionen unter seinen Augen ohne schädliche Vorrichtungen von selbst wieder geheilt wurden. Der Sonde hat Kiwisch selbst gewissermaassen das Urtheil gesprochen, denn obwohl er von derselben in der ersten Ausgabe seiner „Klinischen Vorträge" sagt, dass ein Liegenlassen der Sonde für die Kranke weder von besonderer Unbequemlichkeit, noch von besorgnisserregendem Nachtheile sei, so hat er doch später sowohl in den „Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe" als in der dritten Auflage des angeführten Werkes, sich dahin ausgesprochen, dass die Sonden, mit und ohne Beckengürtel, häufig den Nachtheil dargeboten hätten, dass sie nur mit grosser Beschwerde oder auch gar nicht ertragen worden seien, und er den einfachen Apparat wegen der grossen Unbequemlichkeit und der Unsicherheit des Verfahrens verlassen habe. Ist nicht zu befürchten, dass auch der neue Apparat ein gleiches Schicksal erfährt? Denn Kiwisch, der seinem Apparate mit den Worten, dass er nur unter sehr begünstigenden Verhältnissen seine Anwendung finde und man sich in der Mehrzahl der Fälle auf ein anderweitiges Heilverfahren angewiesen sehe, keinen besonderen Empfehlungsbrief mitgegeben hatte, erfand einen zweiten Apparat, der um viel besser ertragen wird, an dem aber C. Maier schon gerüttelt hat. — Es wird aber, so liest man, viel damit geleistet, und deshalb gerade wollen wir die Ursachen der Inflexionen mit Rücksicht auf Erfolg der mechanischen Behandlung näher betrachten.

Kiwisch sieht die Auflockerung und Verlängerung des Uterus für die alleinige Ursache der Inflexionen an, ohne welche es eine solche nicht gebe. Es bemerkt aber J. F. Meckel ausdrücklich, dass er selbst bedeutende Inflexionen ohne anderweitige krankhafte Beschaffenheit gefunden habe, und Tiedemann bemerkt von 8 Beobachtungen, die er selbst gemacht, dass die Gebärmutter in allen diesen Fällen durchaus keine Spur von einer abweichenden oder krankhaften Beschaffenheit in ihrer Textur, die man etwa als eine Ursache der schiefen und verkrümmten Gestalt hätte ansehen können, gezeigt hatten. Gleichlautend sagt Virchow, dass in der übergrossen Mehrzahl der Fälle die Muscularis des Uterus ihre normale Dichtigkeit vollkommen erhalten habe. Es ist übrigens auch nicht zu übersehen, dass nur der Mutterhals in der Richtung abweichen und Körper und Grund gerade gerichtet sein können. Wenn wir aber auch die Erschlaffung des Uterus gelten lassen, auch gelten lassen, dass ein schlaffer, aufgelockerter Uterus im nicht schwangern Zustande zu Contractionen angeregt werden kann, so können wir doch nicht zugeben, dass eine Verkleinerung durch Contractionen eintreten kann, so lange der Apparat den Uterus wirklich aufgerichtet erhält und auseinander zerrt. Es gelten also auch hier Stein's Worte. Sehen wir aber auch davon ab, so kommt ein anderer Punkt zur Beachtung. Es liegt nämlich das Uebel zu der Zeit, wo es zur Behandlung kommt, nachdem schon längere Zeit bestanden hat, nicht im Grunde und Körper, sondern in der Knickungsstelle, weshalb auch, wie die Erfahrung gelehrt hat, der Uterus nach Entfernung der Sonde oder des Apparates früher oder später sich wieder umbeugt. Dies aber liegt in der Disposition, welche die Kreisfasern am innern Muttermund bedingen, und in den Verände-

rungen an der Knickungsstelle selbst. Diese aber werden weder durch die Wirkung dynamischer Mittel, noch durch Sonden und Apparate gehoben, indem die Wände an der Knickungsstelle mehr breit als rund sind, die der Convexität, jener der Concavität sich nähert, die in der Concavität der Knickung atrophisch wird, und die Muskelsubstanz in dem Grade schwindet, dass zuletzt nur eine unbedeutende Quantität eines welken, leicht sehnigen Bindegewebes zurückbleibt (Virchow). Kann unter solchen Verhältnissen mit Apparaten der Uterus bleibend aufgerichtet erhalten werden, wenn zumal die Wand in dem Winkel der Knickung verkürzt, der Kanal des Halses und die Knickungsstelle mehr oder weniger verengt, geschlossen ist? — Wenn Virchow auch wohl zu weit geht, indem er angiebt, dass Inflexionen jedesmal entstehen, wenn die Anheftungen des Uterus ihm nicht die nöthige Beweglichkeit gestatten, eine Ansicht, die auch Mende schon ausgesprochen hat, so mag es doch häufig der Fall sein, wie schon Tiedemann gezeigt und Fälle anderer Beobachter lehren. Auch hier ist von den Apparaten kein Heil zu erwarten. Dasselbe Resultat ist von der Behandlung angeborener und in der Kindheit erworbener Inflexionen des Uterus zu erwarten. Ob Inflexionen als angeboren vorkommen, scheint uns noch zweifelhaft, obwohl Tiedemann bei einem neugeborenen, gleich nach der Geburt verstorbenen Kinde eine Inflexion nach links und im Grunde wieder nach rechts fand, und dabei das rechte breite und runde Mutterband länger waren, als die der linken Seite. Meckel, Dugès, Boivin geben die Möglichkeit zu, ohne selbst beim Fötus diese Bildung gesehen zu haben. Auch kommen mit ihr andere angeborene Bildungsfehler vor; so verlief der Mastdarm in einem Falle in der rechten Seite des Beckens, und ging in einem andern von links nach rechts hinter der umgebeugten Gebärmutter. Auch bei angeborenen schiefen Becken fand man Schiefheit des Uterus. Indessen spricht das Grössenverhältniss des Uterus nicht für das angeborene Vorkommen der Schiefheit, indem noch bei dem neugeborenen Kinde die Länge des Körpers nur den vierten Theil des Ganzen beträgt. Wenn man den Beweis für die angeborene Schiefheit aus dem Vorkommen derselben bei ganz jungen Mädchen, Jungfrauen und Frauen, die nicht geboren haben, entnehmen will, so sprechen diese Fälle nicht gegen die Entstehung in der Kindheit, und bei der weiteren Entwickelung des Uterus bis zu der Pubertät hin.

Betrachten wir auch noch eine andere Entstehungsweise der Inflexionen mit Rücksicht auf den Erfolg der Behandlung. Häufig gewiss bilden sich allmälig aus der Ante- und Retroversio Inflexionen, und ist auch der Uebergang der einen in die andere nicht schwer zu erklären. Ist der Mutterhals fixirt, und wirken auf den Uterus Ursachen ein, die bei beweglichem Mutterhalse eine fehlerhafte Neigung bewirken würden, so entsteht eine Inflexion; während bei ausweichendem Mutterhalse eine fehlerhafte Neigung, und bei fortdauernder Einwirkung allmälig eine Inflexion sich bildet. In der That findet man auch bei Inflexionen geringeren Grades die Scheidenportion wie bei fehlerhaften Neigungen, so bei Anteflexio nach hinten, bei Retroflexio nach vorn und etwas aufwärts gerichtet. Hier besteht offenbar eine fehlerhafte Neigung mit beginnender Inflexion. „Es giebt vermuthlich, lehrt Boër, keinen schief bestellten Uterus, welcher nicht zugleich auch in etwas retorquirt ist.“ Auch Dreier sagt, nachdem er nachgewiesen, dass der Muttermund dem Grund nicht gleichmässig folge: „Hoc probat, uterum necessarie curvam servare figuram in summa retroversionis et antroversionis gradu.“ So bezeichnet auch Saxtorph die Retroversio als Retroflexio, weil der Uterus bei der Retroversio sehr häufig gebogen sei. Mit Recht zählt daher auch El. v. Siebold die Retroversio zu den Ursachen der Retroflexio, und Tiedemann hält nicht nur das Vorkommen der Inflexionen mit schiefer Lage des Uterus für sehr gewöhnlich, sondern behauptet mit Mende, dass die Vor- und Rückwärtsbeugung häufig aus der Vor- und Rückwärtsneigung entspringe. — Ueber die grössere Häufigkeit der Antro- und Retroversio, der Ante- und Retroflexio haben wir hier nicht zu sprechen. Nur so viel haben wir aus der eigenen Erfahrung zu bemerken, dass die Antroversio häufiger vorkommt, als die Retroversio, aber seltener Beschwerden verursacht und zur Behandlung kommt, dass sie weniger leicht in Anteflexio übergeht, als die Retroversio in Retroflexio, weil dort vielleicht die Blase einen Stützpunkt abgiebt. Die Antroversio haben wir immer bei höherm Stande des Uterus gefunden, daher mehr bei Personen, die noch nicht oder vielleicht ein Mal geboren hatten, und ist sie daher leicht zu übersehen, wenn man nicht besonderen Grund hat, auf die Richtung des Uterus aufmerksam zu sein. Die Retroversio ist uns wenigstens am häufigsten bei tieferem Stande des Uterus, bei schlaffen Geschlechtstheilen, während und gleich nach Abortus, bei Frauen, die schon öfters geboren hatten, vorgekommen. Die Entstehung beider hängt gewiss in den meisten Fällen von gleichen Ursachen ab, und die Abweichung von der Richtung nach vorn oder hinten von dem momentanen Stande des Uterus. Die Scheide bildet keinen geraden Kanal, sondern hat in ihrem obern Theil, besonders in der frühern Lebensperiode, eine Richtung von oben und vorn nach unten und hinten, dann aber von hinten und oben nach vorn und unten, wobei ihre hintere Wand etwas gewölbt, die vordere ausgehöhlt ist. Nun steht der Uterus früher, noch beim ersten Fötus über dem kleinen Becken und sinkt erst vom 15. Jahre an (Meckel) in die Höhle des kleinen Beckens. Der Grund ist nun nach vorn und oben, der Muttermund nach hinten und unten gerichtet. Nehmen wir noch die Neigung des Beckens hinzu, so ergiebt sich, dass zu dieser Zeit eine Disposition in dem gesunden Verhältniss zu der Antroversio besteht, und bei einwirkenden Ursachen entstehen muss. Ist aber der Uterus nach Abortus, häufigen Geburten, weitem und wenig geneigtem Becken, bei allgemeiner oder örtlicher Schwäche tiefer in die Beckenhöhle gesunken, so dass er in dem von hinten und oben nach vorn und unten gerichteten Theil der Scheide liegt, dessen hintere Wand gewölbt ist, so muss er eine Richtung von hinten und oben nach vorn und unten annehmen, also der Grund mehr nach hinten liegen als der Mutterhals, und dieselbe Ursache, die dort zu einer Antroversio führte, führt hier zu einer Retroversio. Es liegt daher auch auf der Hand, warum der schwangere Uterus mehr oder weniger nach vorn geneigt ist, und warum der Uterus gleich nach der Geburt bald vor-, bald rückwärts geneigt ist, je nachdem er eben mehr oder weniger tief in das Becken herabsinkt. — Was nun die Behandlung der mit fehlerhafter Lage verbundenen Inflexionen betrifft, so leuchtet ein, dass Sonden und Apparate so lange nichts leisten können, als die Ursache der fehlerhaften Lage und Richtung besteht.

Ein flüchtiger Rückblick auf unsere Bemerkungen zeigt, dass denn doch schon vor 1845 Anatomen, Geburtshelfer und Aerzte auch die Schiefheit des Uterus, Inflexionen, gekannt haben, ihre Schriften darüber nicht so leer sind, als es den Schein haben soll, und dass sie der Diagnose, Aetiologie und Behandlung grosse Sorgfalt geschenkt, sie geheilt und ungeheilt gelassen haben. Wir haben aber auch gezeigt, dass die neue Behandlung, besonders gestützt auf die Wiederbelebung der mechanischen Eingriffe mit Sonden und Apparaten, zu glänzendern Resultaten nicht führt, da sie häufig gar nicht anwendbar sind, häufig mit ihnen diejenigen Verhältnisse, welche bestehen, nicht beseitigt werden können, oft ihr Gebrauch durch Wochen, selbst Monate nicht zulässig ist und nicht zugelassen wird. Wir geben gern zu, dass, wie Kiwisch selbst sagt, die frisch entstandenen Inflexionen, namentlich die während des Wochenbettes zur Behandlung kommenden, gewöhnlich eine baldige und nachhaltige Abhülfe gestatten, allein hier reicht auch die früher schon angegebene Behandlung und der Finger aus. Dies giebt auch Kiwisch in der ersten Ausgabe der „Klinischen Vorträge“ zu, nicht aber in der dritten, wo er alle Repositionsversuche mit der Hand für fruchtlos erklärt, sich aber auch genöthigt sieht, der Sonde ein gleiches Urtheil zu fällen, um den neu erfundenen Apparat in ein besseres Licht zu stellen. Allein auch diesem können wir einen weiteren Wirkungskreis nicht zugestehen, da er gar nicht anwendbar ist bei Enge oder Atresie des äussern Muttermundes, des Kanals des Mutterhalses, des innern Muttermundes oder der Knickungsstelle; da sein Gebrauch, und wenn durch Wochen und Monate, ohne Erfolg sein muss bei inveterirten Fällen, die doch in der Regel allein zur Behandlung kommen, wo die Knickungsstelle organische Veränderungen, wie wir sie angegeben, erlitten hat; eine Verkürzung der Wand des Uterus dem Winkel der Knickungsstelle entsprechend vorhanden ist; Adhäsionen des Uterus mit benachbarten Organen oder Verkürzungen der normalen Bänder bestehen; die Flexion aus einer fehlerhaften Neigung entstanden oder mit dieser zugleich vorliegt; Geschwülste an oder in dem Uterus die Flexion bedingen; der Uterus in einem entzündlichen oder gereizten Zustande sich befindet. Wie viel bleibt nun noch übrig? Aber es veranlasst auch der letzte Apparat von Kiwisch beträchtliche Blutungen, Blennorrhöen, und durch das Auseinanderzerren Schmerzen und Uteruskoliken. Man kann allerdings auch eine Blutung aus einem im geringern Grade inflectirten Uterus durch Herstellung der normalen Gestalt stillen, weil nun das in ihm stagnirende und den Uterus reizende Blutgerinnsel abfliessen kann, allein die Blutung wird fortdauern, wenn sie, wie häufig, in einer andern Ursache als in der Inflexion begründet ist.

Die Aetzung der ganzen Innenfläche der Gebärmutter, um vorhandene Metrorhagie zu bekämpfen und die Auflockerung der Gebärmutter nachhaltig zu beseitigen, halten wir für gewagt, auch in Rücksicht der Blutung durch andere und sichere Mittel ersetzbar, und in Betreff der Beseitigung der Auflockerung der Gebärmutter für unwirksam. Die Zeit und Erfahrung wird bald entscheiden.

(Schluss folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1. Oct. 1850 bis 30. Sept. 1851.

Von

Dr. F. Heyfelder, o. ö. Prof. d. Med. u. Director des Univ.-Krankenhauses sowie d. chir. Klinik.

und

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt der chirurgischen Klinik.

Uebersicht der in der chirurgisch-augenärztlichen Klinik zu Erlangen vom 1. Oct. 1850 bis 30. Sept. 1851 vorgekommenen Krankheitsfälle und verrichteten Operationen.

Die Summe aller Kranken (incl. der aus dem früheren Jahre übergegangenen 14) war 1007 [1]).

Von diesen wurden 204 (125 männliche, 68 weibliche, 11 Individuen unter 12 Jahren) in der Klinik, 803 poliklinisch behandelt. Es sind geheilt 958, gebessert 17, ungeheilt entlassen 3, ausgeblieben 4, der Diagnose wegen vorgestellt 12, an andere Anstalten abgegeben 3, gestorben 10 (also nicht ganz 1 pCt.), nämlich:

1) Ein 32 Jahre alter Mann mit *Hygroma patellare* und mit *Arthrophlogosis genu*, an Tuberculosis.
2) Ein 24 Jahre alter Müllersknecht an Pyämie am 18. Tage nach der *Amputatio brachii*, welche wegen Zerschmetterung des Vorderarmes vorgenommen worden war. (Cfr. Deutsche Klinik 1851. No. 21. S. 223.)
3) Ein 36 Jahre alter Mann an Pyämie am 17. Tage nach der *Amputatio femoris*, wegen Gonarthrocace.
4) Eine 43 Jahre alte Frau mit Krebsgeschwülsten in verschiedenen Eingeweiden, am 10. Tage nach Exstirpation einer Krebsgeschwulst im Gesicht mit partieller Resection des Unterkiefers. (Cfr. Deutsche Klinik 1851. No. 17. S. 180.)
5) Ein 71jähriger Mann am 17. Tage nach der *Amputatio penis*, unter den Erscheinungen des *Delirium nervosum*. (Cfr. Deutsche Klinik 1851. No. 17. S. 180 und Archiv für physiologische Heilkunde X. S. 461.)
6) Ein $3\frac{1}{2}$ Jahre altes Kind mit *Laryngitis et Tracheitis exsudativa*, bald nach durchgeführter Tracheotomie. (Cfr. D. Klinik.)
7) Ein 23 Jahre alter Schneidergeselle, nach der Exarticulation des Oberschenkels nebst Resection des Acetabulum und des horizontalen Astes vom Schambein.
8) Ein 47 Jahre alter Mann am Psoasabscess.
9) Ein 41 Jahre alter Mann an Caries der Wirbelsäule.
10) Ein 33 Jahre alter Bauer an Pyämie, am 14. Tage nach der Operation einer Geschwulst am Thorax.

A. Chirurgische.

I. Entzündungen.

1) Der Haut, des subcutanen und des subfascialen Zellgewebes:
- Erysipelas 6.
- Phlegmone diffusum 6.
- Furunkel 9.
- Panaritium 16.
- Perniones 16.
- Intertrigo 1.
- Verbrennung der Extremitäten 4.

2) Der Schleimhäute:
- Angina 4.
- Laryngitis exsudativa 1.
- Parulis 1.
- Stomacace 5.
- Otitis 3.
- Urethritis 11.
- Elytritis 10.

3) Der fibrösen Häute:
- Am Schultergelenk 1.
- Am Kniegelenk 1.
- Chronischer Rheumatismus an verschiedenen Körpertheilen mit Ausnahme der Gelenke 7.

4) Der Lymphgefässe 1.

5) Der Knochenhaut 4.

6) Der Gelenke:
- An der Schulter 2.
- An der Hand 2.
- Am Knie 9.

7) Der Drüsen:
- Der Unterkieferdrüsen 5.
- Der Halsdrüsen 6.
- Der Achseldrüsen 2.
- Der Brustdrüse 5.
- Der Hoden 6.
- Des Nebenhoden 1.

8) Der Venen 2.

9) Der Nervenscheiden 1.

II. Eiterung.

Gewöhnlicher entzündl. Abscess 28.
Skrophulöser Abscess 6.
Kalter Abscess 2.
Empyem der Highmorshöhle 2.

[1]) In den 15 Jahren 1835—1850 war die Zahl der in der chirurgischen Klinik behandelten Kranken 451, 426, 439, 610. 590, 508, 610, 844, 769, 730, 769, 1082, 958, 1013, 1017 gewesen.

III. Verdickung und Verhärtung.

Kropf 2.
Verhärtung der Submaxillardrüsen 2.
Verhärtung der Subaxillardrüsen 1.

IV. Brand.

Aller Finger 1.

V. Contusionen und Commotionen.

Am Kopf 5.
Am Stamm 9.
An den oberen Extremitäten 17.
An den unteren Extremitäten 12.
Des ganzen Körpers 1.

VI. Trennungen des Zusammenhangs.

Wunden:
- Am Kopf 7.
- Im Gesicht 1.
- Am obern Augenlid 1.
- Am Gaumen 1.
- Des Vorderarmes 1.
- Der Hand 15 (darunter 3 Bisswunden und 1 Schusswunde).
- D. Unterschenkels 1 (Bisswunde).
- Des Fusses 5 (darunter 1 Bisswunde).

Zerreissung von Sehnenscheiden 3.

Blutungen (heftige):
- Epistaxis 1.
- Aus einer Blutgeschwulst am Thorax 1.
- Aus der Art. tib. postica 1.

Knochenbrüche:
- Fissura cranii 1.
- Bruch der Nasenknochen 1.
- — der Rippen 1.
- — der 1. Phalanx eines Fingers 3.
- — des Condylus int. brachii 1.
- — d. untern Endes vom Radius 4.
- — der Ulna und des Radius 2.
- — des Femur 2.
- — der Fibula 2.
- — des Malleolus internus 1.

Geschwüre:
- Excoriatio 9.
- Rhagades manus 1.
- Einfache Verschwärung 11.
- Menstrualgeschwür 1.
- Veraltete atonische Geschwüre am Unterschenkel 3.
- Varicöse 29.
- Fistulöse an der Brust 1.
- — am Oberschenkel 1.
- — an der Lendengegend 1.
- — am Fuss 1.

Fisteln:
- Thränenfistel 1.
- Blasenscheidenfistel 1.
- Mastdarmfistel 1.

Spalten:
- Des harten Gaumens 1.

Caries:
- Der Scapula 1.
- Des Schultergelenks 1.
- Der Wirbel 1.
- Des Kniegelenks 2.
- Des Tibiotarsalgelenks 1.
- Des Calcaneus 1.
- Der grossen Zehe 1.
- Der kleinen Zehe 1.
- Der Zähne 296.

Necrosis:
- Des Femur 2.
- Der Tibia 3.
- Des Humerus 1.

VII. Lageveränderungen.

Brüche (herniae), bewegliche und angewachsene:
- Leistenbrüche 21.
- Nabelbrüche 1.

— eingeklemmte:
- Leistenbrüche 3.
- Schenkelbrüche 2.
- Hernia foraminis ovalis 1.

Vorfälle:
- Der Gebärmutter 2.
- Des Mastdarms 1.
- Der Scheide und der Harnblase 1.

Verrenkungen, frische:
- Des Oberarmes 2.
- Der Patella 1.
- Des Ellenbogengelenks 1.

— veraltete:
- Des Oberarmes 3.

— angeborene:
- Des Oberschenkels 1.

Distorsionen:
- Der Gelenke 14.
- Der Muskeln 4.
- Der Sehnen 2.
- Relaxatio ligamentorum genu 1.

VIII. Verengerungen und Verwachsungen.

Adhaerentia linguae 4.
Phimosis 2.
Paraphimosis 4.
Strictura urethrae 1.
Contractura aponeuroseos digiti tertii 3.

IX. Erweiterungen.

Varicocele 1.
Varices 3.
Tumores haemorrhoidales 4.

X. Verkrümmungen.

Des Rückens 2.
Ankylosis vertebrarum colli 1.
Ankylosis beider Kniee 1.
Klumpfuss 10.
Plattfuss 4.
Genu valgum 6.

XI. Hautkrankheiten.

Erythema 1.
Eczema 4.
Acne 2.
Impetigo 2.
Exanthema vesiculosum chron. 1.
Tinea capitis 2.
Psoriasis 2.
Herpes exedens faciei 11.
Herpes Zoster 3.
Prurigo 1.
Naevus 3.

XII. Dyskrasien.

Syphilis:
a) Primäre Geschwüre 17.

b) Secundäre Geschwüre an verschiedenen Körperstellen 21
c) Syphilitische Hautausschläge 6
d) Condylome 12
Summe der secundären Formen 39
e) Tertiäre Syphilis 4.

Merkurialismus 6.
Stomacace scorbutica 2.
Scrophulosis 4.

XIII. Retentionen von Auswürflingen.

Harnverhaltung 31.
Amenorrhoea 2.

XIV. Krankhafte Secrete.

Oedema 6.
Ganglion 2.
Hygroma patellae 1.
Hydrocele 4.

XV. Fremde Körper.

Im Schlund 2.
In der Hand 2.
In der Nase 2.

XVI. Mangel einzelner Körpertheile.

Defectus septi nasi 1.
Defectus sterni 1.

XVII. Pseudoplasmata.

Polypus nasi 1.
Tumor cysticus ad collum 1.
Atheroma 3.
Markschwamm des Oberkiefers 1.
— des Unterkiefers 1.
— des Oberarmes 1.
— des Schläfenbeins 1.
Krebs:
Des unteren Augenlides und der Thränenkarunkel 1.
Krebs:
Des oberen Augenlides 1.
Der Nase 3.
Der Mandibula 2.
Der Unterlippe 2.
Der Brust 1.
Des Afters 1.
Des Penis 3.
Der Clitoris, der grossen u. kleinen Schamlippen, der Scheide 1.

XVIII. Lähmungen.

Des Nervus facialis 1.
Des vierten und fünften Fingers 1.
Dysecoia 3.

B. Der Augen.

Contusio oculi 2.
Vulnus scleroticae 1.
Corpora aliena ad corneam 7.
Combustio oculi 1.
Traumatische Augenentzündung 10.
Katarrhalische Augenentzündung 17.
Rheumatische Augenentzündung 3.
Rheumatisch-katarrhalische Augenentzündung 31.
Arthritische Augenentzündung 1.
Syphilitische Augenentzündung 1.
Ophthalmia neonatorum 2.
Blepharitis 7.
Phlyctenulae 3.
Hordeolum 1.
Haemophthalmos 1.
Ectropion 1.
Ptosis 1.
Ceratitis 2.
Maculae corneae 4.
Leucoma 3.
Iritis 2.
Prolapsus iridis 1.
Coloboma iridis 1.
— palpebrae 1.
Myopia 1.
Amblyopia 6.
Amaurosis 1.
Staphyloma corneae 2.
— scleroticae 2.
Hypopyon 3.
Onyx 2.
Cataracta 10.
Glaucoma 3.
Strabismus convergens 8.
Pterygium duplex 2.
— simplex 1.
Dacryocystitis 2.
Phlegmone palpebrae superioris 1.

Verrichtete Operationen.

A. Allgemeine.

1. Einschnitte und Erweiterungen von verschiedener Grösse, an verschiedenen Stellen, zu verschiedenen Zwecken 76.
2. Subcutane Incisionen bei kalten Abscessen, Ganglien etc. 5.
3. Setzen des Haarseils 8.
4. Setzen der Fontanelle 3.
5. Anwendung des glühenden Eisens 5.
6. Knopfnaht selbstständig und nicht als Akt einer andern Operation 4.
7. Extraction necrotischer Knochen 5.

B. Am Kopfe.

1. Exarticulation einer Unterkieferhälfte 2.
2. Exstirpation einer Balggeschwulst an der Stirn 2.
3. Exstirpation eines Krebses der Nase 1.
4. Exstirpation eines Krebses der Unterlippe 1.
5. Exstirpation eines *Naevus maternus* an der Wange und organischer Wiederersatz durch Verschiebung der Haut 1.
6. Exstirpation eines Naevus an der Stirn 1.
7. Operation der Thränenfistel 1.
8. Ablösung des Zungenbändchens 5.
9. Bildung eines *Septum nasi* 1.
10. Ausziehen von Zähnen 318.

C. Am Rumpfe.

1. Tracheotomie 1.
2. Exstirpation einer scirrhösen Mamma 1.
3. Exstirpation entarteter Achseldrüsen 1.
4. Taxis von Brüchen 5.
5. Bruchschnitt 1.
6. Radicaloperation von Leistenbrüchen 7.
7. Operation der Hydrocele 4.
8. Abschneiden von Hämorrhoidalgeschwülsten 2.
9. Operation der Mastdarmfistel durch den Schnitt 1.
10. Abschneiden von Condylomen an den Geschlechtstheilen 5.
11. Katheterismus bei Männern 17.
12. Katheterismus bei Frauen 14.
13. Operation der Phimose nach **Ricord** 1.
14. Reposition der Paraphimose 2.
15. Amputation des Penis 3.
16. Exstirpation eines Krebses des Rectum 1.

D. Der Extremitäten.

1. *Exarticulatio femoris* 1.
2. *Amputatio brachii* 1.
3. — *antibrachii* 1.
4. — *femoris* 2.
5. — *cruris* 1.
6. *Amputatio in articulo pedis* nach **Jäger** und **Syme** 2.
7. Exarticulation des Ringfingers 1.
8. Exarticulation zweier Finger 1.
9. Exarticulation einer grossen Zehe 1.
10. *Abscisio capituli ossis metatarsi tertii* 1.
11. Ausschneidung fremder Körper aus der Hand 2.
12. Resection der obern Schicht des Oberarmknochens und Entfernung eines Sequesters 2.
13. Resection einer Rippe 1.
14. Repositionen von Luxationen 4.
15. Repositionen von Fracturen 13.
16. *Exstirpatio patellae* 1.
17. Extension forcée des Kniegelenks 7.
18. Durchschneidung der Achillessehne und Plantaraponeurose bei Klumpfuss 10.

E. An den Augen.

1. Exstirpation eines Krebses des oberen Augenlides 1.
2. Exstirpation eines Krebses der Thränenkarunkel und des unteren Augenlides 1.
3. Durchschneidung des innern geraden Augenmuskels 4.
4. Entfernung fremder Körper von der Hornhaut 7.
5. *Paracentesis corneae* wegen Hypopyon 1.
6. *Paracentesis corneae* wegen Onyx 1.
7. Nadeloperation des grauen Staars durch die Sclerotica 4.
8. *Excisio pterygii* 2.

Den Praktikanten wurden zum grossen Theil alle kleineren Operationen, als: Aderlässe, das Setzen von Haarseilen, das Ausziehen von Zähnen, die Application des Katheters, des Glüheisens, das Eröffnen von Abscessen, das Anlegen von Nähten, die Besorgung der Verbände bei Wunden und Knochenbrüchen, — und Solchen, die durch Uebungen an Leichen eine operative Fertigkeit sich zu eigen gemacht, auch grössere Operationen überlassen, so dem Dr. **Brand** 2 Mal die Exstirpation einer Balggeschwulst, dem Dr. **Fikentscher** die Exstirpation eines Lippenkrebses, dem Dr. **Gail** und dem Assistenzarzt **Friedrich Tuppert** die Operation des Wasserbruches. Der Assistenzarzt Dr. **Oscar Heyfelder** machte die Durchschneidung der Achillessehne und der Plantaraponeurose 2 Mal, die Reposition eines luxirten Oberarmes und eines luxirten Ellenbogengelenks, die Exarticulation eines Fingers, einer grossen Zehe, die Radicaloperation eines Leistenbruches nach **Wutzer**, die *Amputatio penis* 2 Mal, die *Amputatio femoris*, die *Amputatio brachii*, die *Amputatio in articulo pedis* nach **Jäger** und **Syme** und die Exarticulation einer Unterkieferhälfte.

Amputationen.

Der Exarticulation des vierten Fingers, der Abnahme eines grossen Zehen und der Amputation des Oberarms ist schon in der Deutschen Klinik vom 17. und 24. Mai d. J. Erwähnung geschehen. Wie auf diese Nummern, so verweisen wir auch bezüglich der zwei Fälle von Amputation *in articulo pedis* mit Absägung der Gelenkfläche nach **Jäger-Syme** auf unsere Abhandlung über diesen Gegenstand in der Deutschen Klinik vom 11. Oct. 1851. S. 441—443.

1. Exstirpation der Kniescheibe, später *Amputatio femoris*.

Heinrich Vogel, 17 Jahr alt, Bauer, Sohn gesunder Eltern und stets gesund, bemerkte vor 4 Jahren, dass sein linkes Knie, besonders auf der vordern Partie, anschwoll, wobei er weder Schmerzen empfand, noch im Gehen gehindert war. Zwei Jahre später brach er den Oberschenkel dieser kranken Extremität unmittelbar über dem Knie. Der Wundarzt, der die Behandlung des Knochenbruchs geleitet, erklärte ihn nach 9 Wochen geheilt, aber der Genesene konnte weder die Extremität im Kniegelenke bewegen, noch auf derselben stehen, noch gehen, er musste also das Bette hüten. Nach 2 Monaten bildete sich auf der äussern Seite des Knies ein Abscess, der geöffnet eine dünne Jauche entleerte. Später wurde das ganze Kniegelenk der Sitz heftiger, andauernder Schmerzen, die den Kranken bestimmten, am 21. Jan. Hülfe im Hospital dahier zu suchen.

Der Unterschenkel stand zum Oberschenkel in etwas stumpfem Winkel, alle Beweglichkeit des Kniegelenkes war verschwunden. Die Untersuchung mit der Sonde zeigte die vordere und hintere Fläche der Patella rauh und cariös, wogegen die übrigen Gelenkpartien intact, wenigstens nicht von Caries ergriffen zu sein schienen.

Somit waren für die Exstirpation der Patella hinreichende Gründe vorhanden, vor allem liess die gesunde Beschaffenheit der übrigen Gelenktheile und die kräftige Organisation des Patienten einen günstigen Ausgang hoffen.

Die Exstirpation der Patella geschah am 31. Jan. Nachdem der Kranke durch Chloroform anästhesirt war, wurde die Kniescheibe durch einen H Schnitt blossgelegt, die Sehne des Unterschenkelstreckers und das *Ligamentum patellae* abgelöst, worauf die Entfernung derselben ohne besonderen Blutverlust geschah. Nach Vereinigung der Hautlappen durch mehrere Knopfnähte, welche mit einem Ceratlappen bedeckt wurden, erhielt die Extremität eine seitliche Lage und Eisüberschläge. Am vierten Tage wurden die Nähte entfernt, überall war Vereinigung erfolgt, mit Ausnahme der beiden Winkel, welche aus dem Zusammentreffen des Querschnitts mit den Längenschnitten entstanden waren, doch war die Eitersecretion hier gering und von guter Beschaffenheit. Vierzehn Tage lang befand der Operirte sich in einem durchaus befriedigenden Zustande. Am 15. Febr. wurde er von einem starken Schüttelfroste befallen, der eine gute Stunde anhielt, und worauf erst trockne Hitze, nachher ein copiöser Schweiss folgte. Die Zunge war trocken und dick belegt, der Appetit verschwunden, das Aussehen des Kranken verändert, der Schlaf unruhig, der Durst stark, der Puls klein, gereizt und frequent. Ein Brechmittel bewirkte ein mehrmaliges schleimiggalliges Erbrechen, und unter den ausgebrochenen Stoffen befanden sich auch mehrere Spulwürmer. Das bestimmte uns, am 17. Febr. dem Operirten einige Kaffeelöffel voll Wurmlatwerge zu geben, worauf gegen 20 Spulwürmer durch den Stuhl abgingen.

Von dieser Zeit an besserte sich der Zustand des Patienten wieder, es trat kein neuer Frostaufall ein, der Puls wurde normal, die Zunge rein, der Appetit und der Schlaf natürlich, und auch die beiden eiternden Stellen der Operationswunde waren in einem befriedigenden Zustande.

Anfangs März wurde die Eiterung aus der Operationswunde wieder mehr copiös und missfarbig, und die eingeführte Sonde entdeckte einen oberflächlich verlaufenden Fistelgang, welcher sogleich gespalten ward. Bald darauf bildete sich ein zweiter, weniger oberflächlich verlaufend.

Anfangs April entleerte Druck von allen Seiten gut aussehenden Eiter, und drang die Sonde nach verschiedenen Richtungen, besonders nach unten und innen, tiefer, und hier kam man auch auf rauhe Knochenpartien gegen den *Condylus internus tibiae*, der aufgetrieben und schmerzhaft war. Dabei nahmen die Kräfte des Patienten ab, der Puls war stets gereizt, das Aussehen blass und matt, die Wangen umschrieben geröthet. Daher zur Entfernung der Caries und Erhaltung des durch die fortwährende Eiterung bedrohten Lebens und auf Verlangen des Leidenden am 28. April die Amputation des Oberschenkels vorgenommen ward. Nachdem er in Chloroformschlaf versetzt war, vollführte der Assistenzarzt Dr. Oscar Heyfelder die Amputation des Oberschenkels mittelst des zweizeitigen Cirkelschnitts etwas unterhalb der Hälfte des Gliedes, wo der Schnitt vollständig durch gesundes Gewebe ging; vereinigte nach Unterbindung der Schenkelschlagader die Weichtheile mit Heftpflaster und liess kalte Ueberschläge machen. Schmerzen und Fieber waren unbedeutend, und als am 1. Mai der Verband abgenommen ward, waren die Wundlefzen grossentheils *per primam intentionem* verklebt, gut aussehender Eiter, besonders an dem äusseren Winkel, vorhanden.

Die Untersuchung des abgesetzten Gliedes ergab Caries der Gelenkenden sowohl der Tibia als des *Os femur* und rechtfertigte demnach die Amputation vollkommen.

Die Heilung der Amputationswunde ging schnell und nach Wunsch vor sich, das Allgemeinbefinden war befriedigend, Kräfte und gutes Aussehen stellten sich wieder ein. Am 29. Mai ward der Amputirte vollkommen geheilt entlassen.

Eines analogen Falls, wo die Exstirpation der Kniescheibe wegen Caries bei einem 12jährigen Knaben ausgeführt worden war und wegen später erfolgter Entzündung und Caries des Kniegelenks die Amputation des Oberschenkels gemacht werden musste, erwähnt Ried (die Resectionen der Knochen S. 409).

2. *Amputatio femoris*. Tod durch Pyämie.

Georg Büttner, 36 Jahr alt, erlitt als ein 7jähriger Knabe eine bedeutende Verbrennung des linken Schenkels durch kochendes Wasser, in Folge dessen diese Extremität mit umfangreichen Brandnarben bedeckt war. Eine dieser Brandwunden auf der innern Seite des Knies wollte nicht heilen, vielleicht gerade deshalb, weil hieran ein Heer von Quacksalbern ihre Kunst erprobte. Sie verwandelte sich in ein missfarbiges, eine dünne Jauche absonderndes Geschwür, das immer mehr an Umfang zunahm und endlich so schmerzhaft wurde, dass der Kranke dadurch sich bestimmen liess, im hiesigen Clinicum Hülfe zu suchen.

Bei seiner Aufnahme am 8. April bot das Knie und die angrenzenden Partien des Ober- und Unterschenkels eine missfarbige, eine dünne stinkende Jauche absondernde und mit üppigen Granulationen bedeckte Geschwürfläche dar, welche ganz das Aussehen eines Krebsgeschwürs hatte, und zugleich der Sitz lancinirender Schmerzen war. Unter dem Mikroskope zeigten die Granulationen theils geschwänzte, theils runde Zellen von grösserm oder geringerm Umfange.

Dabei war der Kranke abgemagert, seine Hautfarbe erdfahl, Neigung zu colliquativen Diarrhöen, Mangel an Esslust und Insomnie. Die ununterbrochenen Schmerzen steigerten sich bei jedem Versuche, das Glied zu bewegen und zu gebrauchen.

Das umfangreiche Geschwür, dessen Krebsnatur durch die mikroskopische Untersuchung ausser Zweifel gesetzt war, die lange Dauer des Uebels und der allgemeine Zustand des Kranken indicirten die Absetzung des Gliedes, welche am 10. April durch den zweizeitigen Cirkelschnitt durchgeführt ward.

Die Operation bot weiter nichts Besonderes, und der Verband, welcher nach Unterbindung der Schenkelschlagader angelegt wurde, hatte zum Zweck, wenigstens eine theilweise direkte Vereinigung der Wundflächen zu Stande zu bringen.

Der Operirte befand in den ersten 7 Tagen nach der Operation sich gut, und die Wunde hatte ein durchaus befriedigendes Aussehen.

Am 17. April bekam er einen heftigen Schüttelfrost, der an den folgenden Tagen sich wiederholte. Dabei collabirte er und ward cyanotisch mit gelber Beimischung, später Irrereden, kleiner, zitternder Puls, Hüsteln, colliquativer Schweiss und Diarrhöe, Tod am 27. April.

Die Section zeigte bedeutende Blutarmuth, ein gelbes, theils flüssiges, theils gelatinöses Exsudat unter der harten Hirnhaut, die Hirnsubstanz arm an Blut, im linken Querblutleiter und in der linken Jugularvene gelbes Fibringerinnsel und halbflüssiges Blut.

In der linken Lunge fanden sich mehrere erbsen- bis haselnussgrosse, zum Theil schon eiterig zerfallende Ablagerungen inmitten von Entzündungsheerden.

Die rechte Lunge, nach allen Seiten hin mit der Rippenpleura verwachsen, zeigte Emphysem am untern Rande des obern Lappens und 3 erbsengrosse Ablagerungen mit bedeutender Reactionspneumonie im untern Lappen. Die Bronchialschleimhaut war leicht geröthet.

3. *Amputatio cruris*.

Johann Mayer, 46 Jahr alt, erlitt in seinem 16. Lebensjahre eine Verrenkung des rechten Fusses, welche er unbeachtet liess, in Folge deren sich daher eine schmerzhafte Geschwulst um das Tibiotarsalgelenk entwickelte. Diese brach ½ Jahr nach dem Beginne des Uebels in der Nähe des äusseren Knöchels auf und entleerte Eiter und Knochensplitter. Der krankhafte Process erstreckte sich nun weiter aufwärts an der Tibia, an deren oberem Drittheil sich nach einigen Monaten eine neue Oeffnung bildete, während sich die früheren, tiefer gelegenen schlossen. Aus der oberen Oeffnung zog Patient einen 3 Zoll langen Sequester, und als sich hierauf der Substanzverlust nicht wieder ersetzte, wurde die Wunde mit Salben und Einspritzungen behandelt, die Mayer nicht vertrug, und in Folge deren Anwendung die Wunde ihr gutes Aussehen verlor, stinkende Jauche absonderte und sich mit schlechten Granulationen bedeckte.

Am 30. April stellte Mayer sich in unserer Klinik ein; das Uebel war auf derselben Stufe stehen geblieben, wie oben beschrieben worden, am oberen, vorderen Drittheil der Wade befand sich ein missfarbiges, stinkende Jauche absonderndes, leicht blutendes Geschwür von

1¼ Zoll im Durchmesser, welches sich weit in den Knochen hinein erstreckte. Die Granulationen um dasselbe herum sahen verdächtig aus, und die mikroskopische Untersuchung bestätigte die *Mala indoles* derselben, indem sie die krebsige Natur des Geschwürs ausser Zweifel stellte. Daher war es immerhin wünschenswerth gewesen, nicht in der Continuität dieses Knochens zu amputiren. Da aber der Kranke auf Erhaltung des Knies bestand, so musste man sich mit der Abnahme des Unterschenkels begnügen, zu welcher den 3. März geschritten ward. Auch diese konnte nicht der Regel gemäss eine Hand breit unter dem Stande der Patella durchgeführt werden, indem die Weichtheile in dieser Gegend nicht völlig gesund erschienen. Mittelst des Flageolettschnitts wurde also 2½" unter der Patella amputirt, nach Unterbindung der Arterien die Wunde durch Heftpflaster vereinigt und kalte Ueberschläge gemacht. Zwei Stunden nach der Operation stellten sich brennende Schmerzen im Stumpf ein, welche gegen Abend wieder nachliessen. Das Fieber blieb unbedeutend, nur am dritten Tage war Hitze und Durst gesteigert. Nach 3 Mal 24 Stunden wurde der Verband abgenommen. Die Eitersecretion war unbedeutend, die Wundränder an ihrer hinteren Partie vereinigt. Der Heftpflasterverband wurde täglich erneuert, bis sich am achten Tage nach der Operation die Hautstelle über dem Stumpf der Fibula durch den Druck gegen den Knochen geröthet und schmerzhaft zeigte. Es ward von nun an während des Tages *Aq. saturn.* übergeschlagen, für die Nacht ein leichter Leinwandverband angelegt, wobei die Heilung schnell und glücklich vor sich ging. Am 13. Juni wurde der Patient geheilt in seine Heimath entlassen.

Der anatomische Befund des abgesetzten Fusses war folgender: Die höher gelegene Schichte der Wadenmuskeln war vollständig in Fett umgewandelt, die tiefer liegende nur theilweise, doch so, dass kein einzelner Muskel mehr unterschieden werden konnte; die Tibia in ihrem ganzen Umfange durch Osteophyten zu einer monströsen Dicke angewachsen, hatte ihre scharfkantige Gestalt verloren und war cylindrisch geworden. Die Kloake von der oben beschriebenen Tiefe und Ausdehnung.

Miscellen.

Personalien.

Personalveränderungen. Kurhessen. Zu Medicinal-Referenten ernannt: Geh. Ober-Med.-Rath Dr. Waldmann in Kassel, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Hensinger in Marburg, Med.-Rath Dr. V. Wiegand in Fulda, Geh. Med.-Rath Dr. Osius in Hanau bei den Regierungen in diesen Städten.

Preussen. Versetzt: Der Kreisphysikus Dr. Karuth zu Bolkenhayn in gleicher Eigenschaft nach Lauban. Niederlassungen: Die prakt. Aerzte und Wundärzte DD. Barrelet in Neuhaus, Pape in Schildesche, der Wundarzt 1. Kl. und Geburtshelfer Probsthan in Brockhagen. Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Alfter hat seinen Wohnsitz zu Mellbergen am Bade Oeynhausen genommen.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

I. Chirurgie.

(Fortsetzung aus No. 25.)

Adams, Ueber subcutane Unterbindung tiefsitzender Naevi. M. Tim., Febr.
Adelmann, Beobachtungen und Bemerkungen aus der chirurgischen Abtheilung der akademischen Klinik an der k. russischen Universität zu Dorpat in den Jahren 1845 und 1847. Rigaer Beitr. z. Heilk. I. 3.
Amussat, *Aneurysma spurium* am linken Arm, Electropunctur, Heilung. Gaz. des hôp. 80.
Angelstein, Lehrbuch der Chirurgie. I. Bd. Erlangen, 1851.
Annan, Fractur der Tibia des rechten Beines — Phlebitis des linken Beines — Behandlung mit Mercur und Opium. Med. Times, März.
Aschendorf, Einiges über Brüche am Unterleibe. Hann. Corr.-Bl. II. 8.
Aveling, Ueber das Auffinden von Nadeln, die nahe der Oberfläche des Körpers sitzen, durch Magnetismus. Lancet, Febr.
Avery, *Aneurysma popliteae*, behandelt durch Unterbindung des Femoralis. Lancet, Febr.
Balassa, Andeutungen zur zweckmässigen Einrichtung des chirurgischen Studiums. Wiener Wochenschr. 18.
Ballingall, Fall von eingeklemmtem Inguinalbruch. Monthly Journ., Juli.
v. Basedow, *Hernia incarcerata* — Purulentes Bruchwasser. Casper's Wochenschr. 32. 33.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Bandens, Ruptur des Kniescheibenbandes und Beschreibung eines neuen Heilverfahrens dagegen. Gaz. de Paris 29. Gaz. des hôp. 76.
Berend, Chirurgische Operationen, ausgeführt im Jahre 1850. Ztschr. d. D. Ch.-V. V. 2.
Bernhardi, Ein Fall einer Hasenscharte mit Wolfsrachen. Pr. V.-Ztg. 44.
— Ueber Behandlung von Verbrennungen. Dessen Ztschr. IV. 2.
Bourguet, Ueber die Luxation der eigentlichen Nasenknochen durch traumatische Ursache, ohne Fractur derselben oder der *Maxilla superior*. Rev. méd.-chir., Aug.
Blackman, Reposition einer eingeklemmten Hernie. Lond. Gaz., Juni.
Böhrig, Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Med.-Rath Dr. Jüngken in Berlin. (Drei Fälle von *Hernia incarcerata*, Operation, Heilung.) Deutsche Klinik 25. 26.
— Aus der chirurgischen Klinik des Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jüngken in Berlin, mit 3 Abbildungen. 1) *Molluscum simplex*, durch Exstirpation geheilt. 2) *Lepra nodosa exulcerata totius extremitatis superioris dextrae. Exarticulatio humeri.* Heilung. 3) *Elephantiasis exulcerata labiorum pudendi majorum.* Exstirpation derselben und Heilung. Ibid. 42.
Butcher, Abscess durch eine Verletzung mit Ausgang in Krankheit der Tibia — Trennung der Epiphyse — Pyämie und Tod. Dublin Press 639.
— *Aneurysma popliteae*, complicirt mit einer Herzkrankheit und behandelt durch Druck. Ibid. 637.
— Fälle von Fractur. Ibid. 643.
Chelius, Handbuch der Chirurgie zum Gebrauch bei seinen Vorlesungen. I. Bd. 1. Abth. 7. Aufl. Heidelberg, 1851.
Cermak, Ein Verfahren, den Lufteintritt bei der Paracentese der Brust zu verhindern. Prager Vierteljahrs-Schr. III.
Chabannon, Behandlung der durch den Biss wüthender Thiere erzeugten Wunden.
Chadwick, Wunde des Gesichts und Kopfes; Unterbindung der *Art. carotis communis*; Heilung. Lancet, Febr.
Chassaignac, Abhandlung über die Hämorrhagien der Schleimhöhlen; neue Art der Application des Eises bei Behandlung derselben. Arch. génér., Juni.
— Des tumeurs enkystés de l'Abdomen. Paris, 1851.
Clar, Ueber den angeborenen Hirnbruch. Wiener Ztschr., Sept.
Collin und Herrmann, Degeneration einer 3¾ Pfund schweren Parotis. Deutsche Klinik 28.
Cooper, Vorlesungen über Chirurgie. Med. Times, Febr., Mai.
Corbet, Resection der unteren Kinnlade. Rev. méd., Mai.
Coulson, Hysterische Affectionen des Hüftgelenks. Lond. Journ., Juli.
Crampton, Ueber drei tödtliche Fälle, in denen Verletzung des Gehirns während des Lebens nicht bemerkt worden war. Dubl. Journ., Mai.

(Fortsetzung folgt.)

Sonnabend, № 46. 15. November 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Vorläufige Mittheilungen aus einer grösseren Arbeit: „Ueber Krisen und kritische Tage."

Von

Dr. L. Traube.

Ich brauche kaum zu bemerken, dass die folgenden Sätze sich auf eine grössere Reihe von sorgsam beobachteten Krankheitsfällen stützen. In allen diesen Fällen (52) begannen die Temperaturmessungen entweder gleich vom Eintritt des Kranken in's Spital ab, oder kurz darauf. Sie wurden täglich zwei Mal (in der Remissions- und Exacerbationszeit) gemacht, und meistens noch längere Zeit (mitunter 8 Tage) nach dem Verschwinden des Fiebers fortgesetzt. Zu denselben Zeiten (Remissions- und Exacerbationszeit) wurden in jedem Falle auch die übrigen Erscheinungen mit derselben Sorgfalt aufgenommen. — Die einzelnen Belege in ihrer Gesammtheit und Vollständigkeit werden in der oben erwähnten Schrift („Ueber Krisen und kritische Tage") enthalten sein.

1. Das Fieber besteht wesentlich in einer Temperaturerhöhung des Blutes.

Dass das Fieber (von den Griechen bekanntlich πύρεξις, πυρετός, sogar πῦρ genannt) wesentlich in einer abnormen Temperaturerhöhung des Körpers bestehe, ist, wie aus den folgenden Worten des Galenus hervorgeht, die älteste aller Fiebertheorien.

„Essentia vero febrium est, non secundum Hippocratem modo atque praeclarissimos medicos, sed etiam secundum communem omnium hominum notionem, praeter naturam caliditas (ἡ παρὰ φύσιν θερμασία), maxime quidem in totum animal effusa; sin minus, at omnino vel in plurimis partibus vel in nobilissimis accensa." (Siehe Galen. opera, edid. Kühn, vol. XVII. pars I. p. 872.)

Dieser Ansicht folgten, nach dem Zeugnisse van Swieten's, auch die späteren sowohl griechischen als arabischen Aerzte. So heisst es bei Avicenna, den ich nach van Swieten (Commentar. in H. Boerhaave aphorism., Lugd. Batavor. 1745, tom. II, p. 15) citire: „Febris est calor extraneus accensus in corde et procedens ab eo, mediantibus spiritu et sanguine, per arterias et venas in totum corpus."

Galen verwirft dabei ausdrücklich die später von Boerhaave aufgenommene und scharfsinnig vertheidigte Hypothese, welche das Wesen des Fiebers in den abnormen Bewegungserscheinungen sucht, welche gleichzeitig das Gefässsystem bei der Mehrzahl fieberkranker Individuen darbietet. Er sagt ebenfalls an dem angeführten Orte: „Neque enim arteriarum motu febrium essentia continetur; hac in re namque quo modo Erasistratus et Chrysippus hallucinati sunt, alias didicisti."

Das Hauptargument, welches Boerhaave und seine Anhänger für ihre und gegen die Galenische Fiebertheorie geltend machten, scheint darin bestanden zu haben, dass im Stadium des Fieberfrostes die Kranken über ein Kältegefühl nicht nur an den äusseren, sondern auch in den inneren Theilen des Körpers klagten. So heisst es bei Swieten (l. c. p. 13): „Verum in quartanae et tertianae paroxysmo incipiente summum frigus sentiunt aegri, neque auctum calorem in interioribus percipiunt, sed externa et interna sibi frigere testantur: unde patet evidenter, abaque calore praeter naturam febrim esse posse, adeoque febrium essentiam non in caloris augmento consistere." Die Boerhaave'sche Theorie basirte demnach auf folgenden Sätzen. Erstens: Unter der grossen Anzahl von Erscheinungen, welche bei fieberhaften Kranken beobachtet werden, sind nur drei constant, die Horripilatio, der Pulsus velox und die Temperaturerhöhung.

Feuilleton.

Wien und die Wiener Schule.

Von

Dr. L. Büchner in Darmstadt.

Das „Allgemeine Krankenhaus" in Wien beherbergte am 30. Mai d. J. 2665 Individuen, darunter 1813 Kranke, 408 Irre, 297 Mütter mit 147 Kindern in der Gebäranstalt. Diese einen geringen Krankenstand anzeigenden Zahlen steigern sich zu andern Zeiten um ein Drittel. Das ausserordentlich umfangreiche Gebäude hat eine gesunde Lage in einer erhöhten Vorstadt und gewährt mit seinen grossen, von schattigen Alleen durchkreuzten und durch eine Unzahl Spaziergänger belebten Höfen, mit seinen Wasserbassins und grünen Rasenplätzen kaum das Ansehen einer Krankenanstalt. In ihm strömen nicht nur Hülfesuchende aus allen Theilen der Monarchie zusammen, sondern es concentriren sich auch hier die bedeutendsten medicinischen Lehrkräfte des Kaiserstaats, dem wir bisher, wenn man über seine politischen und wissenschaftlichen Zustände mit Achselzucken berichtet hatte, hinterher doch das Verdienst zu lassen pflegte, für die Medicin das Möglichste geleistet zu haben. Wir werden im Verlauf unserer Betrachtung hinreichend Gelegenheit haben zu bemerken, wie auch hier wieder, wie dies so oft geschieht, das Verdienst der Verhältnisse zu einem Verdienst der Personen gemacht wurde. Der erste Eindruck, den diese grossartige Anstalt, bei weitem die bedeutendste in Deutschland an Material und Umfang, auf den besuchenden Berufsgenossen macht, ist ein imponirender, verwirrender; er bedarf keine geringe Zeit, um sich in den weiten Räumen zurechtfinden zu lernen und die Gelegenheiten auszuspähen. Wir sahen nicht selten Fremde ankommen und, verwirrt durch die erste Ansicht, unentschlossen, wo anzufangen sei, verdriesslich geworden durch die oft erfolglose Mühe des Suchens und die geringe Zuvorkommenheit, die sie fanden, binnen wenigen Tagen wieder abreisen.

Die innere Einrichtung des aus dem vorigen Jahrhundert stammenden und durch spätere Anbaue vergrösserten Hauses kann nicht gelobt werden. Lange, unfreundliche, von beiden Seiten ans Freie grenzende und daher beiderseitig gefensterte Säle oder besser gesagt Gallerien, die schon wegen Grösse und Form keine gute Einrichtung für Heizung und Lüftung erlauben, beherbergen jeder 24 Kranke mindestens, eine Zahl, die bisweilen verdreifacht erscheint. Hat man das Unangenehme dieses Eindrucks hinter sich, so fühlt man sich bald entschädigt und befriedigt durch Reichthum und Mannigfaltigkeit des vorhandenen Materials und dessen ausgedehnte, vom Schulstaub freie Benutzung. Was der auf einer kleinen Anstalt gebildete Arzt vorher nur aus Diktirheften oder trüben Spiritusgläsern kannte, sieht er hier in Wirklichkeit und in einer seiner Vorstellung oft sehr unähnlichen Gestalt vor sich auftauchen, das kranke Leben selbst in allen seinen mannigfachen Aeusserungen und Beziehungen tritt ihm entgegen und lehrt ihm schnell Büchergelehrsamkeit und unfruchtbare Doctrinen verachten.

„In omni febre a caussis internis ortâ horripilatio, pulsus velox, calor vario febris tempore vario gradu adsunt." (Aphor. von Boerhaave.) Zweitens: Von diesen drei Cardinalerscheinungen aber ist nur die Velocitas des Pulses zu allen Zeiten des Fiebers vorhanden. „Quae quidem symptomata in omni febre adsunt, sed sola velocitas pulsus adest ex his omni febris tempore, ab initio ad finem, eaque sola Medicus praesentem febrem judicat." Hieraus nun folgt drittens: dass eben die Velocität des Pulses die wesentlichste Fiebererscheinung sei, und hieraus dann weiter, dass das Wesen (die Caussa proxima) des Fiebers in einer Velocior cordis contractio bestehe. Diese Velocior cordis contractio selbst sei schliesslich abhängig von dem: Velocior reciprocus influxus liquidi nervosi et cerebellosi in musculos, et sanguinis in vasa et cava cordis.

Den ersten und gewichtigsten Stoss aber erhielt diese Theorie des Boerhaave durch die später von Gavarret bestätigte Entdeckung de Haëns, dass das Thermometer selbst im Fieberfrost eine beträchtliche Temperaturerhöhung des Körpers nachweise. Und hieran reihte sich eine zweite nicht minder wichtige Entdeckung de Haëns, dass eine beträchtliche Temperaturerhöhung sogar mit abnormer Verminderung der Pulsfrequenz beobachtet werden könne. Damit waren offenbar die Grundlagen der Boerhaave'schen Theorie bis zur Unhaltbarkeit erschüttert, während die uralte Fiebertheorie eine unerwartete factische Bestätigung erhielt. Es lag nun klar zu Tage, dass die einzige wirklich constante Fiebererscheinung die Temperaturerhöhung sei; dass man nur von dieser Erscheinung das sagen durfte, was Boerhaave von der Velocität des Pulses mit Unrecht behauptet hatte: „Solus Calor adest ex his omni febris tempore, ab initio ad finem eoque solo Medicus praesentem febrem judicat."

Fortan bedurfte es nur noch des Beweises, dass die anderen Erscheinungen, welche die Temperaturerhöhung am beständigsten zu begleiten pflegen, in der That eben dieser Temperaturerhöhung ihren Ursprung verdanken, und dass diese Erscheinungen nur dann mangeln, wenn Bedingungen gegeben sind, welche die Wirkungen der erhöhten Temperatur aufzuheben vermögen.

Diesen Nachweis werde ich mit Hülfe theils fremder, theils eigener Beobachtungen in der oben angekündigten Arbeit zu führen suchen. Dass ich die Erscheinungen des Froststadiums davon ausnehme, versteht sich von selbst. Von ihnen werde ich zeigen, dass sie, gleich der Temperaturerhöhung, als unmittelbare Wirkungen der fiebererregenden Ursache zu betrachten sind.

Schwieriger freilich ist die Beantwortung der Frage nach den physiologischen Mittelgliedern, welche zwischen der Einwirkung der fiebererregenden Ursache und deren Wirkung, der Temperaturerhöhung des Blutes, liegen, d. h. mit anderen Worten die Frage nach der Natur des Processes, durch welchen die abnorme Temperaturerhöhung entsteht. Diese Frage, glaube ich, wird mit Sicherheit erst dann gelöst werden können, wenn die Physiologie der thierischen Wärme um ein Beträchtliches weiter fortgeschritten sein wird. Bisher waren alle Bemühungen auf die Erforschung der Wärmequellen im Säugethiere gerichtet. Dagegen wissen wir bis zu dieser Stunde so gut als nichts von den Regulatoren dieses Processes. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind es gerade diese Regulatoren, gegen welche der Angriff der fiebererregenden Ursache gerichtet ist. Das plötzliche Auftreten und, in vielen Fällen, das plötzliche Verschwinden der fieberhaften Temperaturerhöhung scheinen darauf hinzudeuten, dass es sich hier nur um Nervenfunctionen handelt, welche zu dem Wärmeentwickelungsprocess in inniger Beziehung stehen.

II. Der Uebergang von der abnormen Temperaturerhöhung zur Normaltemperatur geschieht entweder sprungweise oder allmälig, d. h. die mehr oder weniger beträchtlich über das Normale erhöhte Temperatur sinkt rasch, innerhalb eines Zeitraums von 12—36 Stunden, von ihrer Höhe herab, oder sie vermindert sich langsam, so dass eine grössere oder geringere Anzahl von Tagen darüber hingeht, bevor sie völlig verschwindet.

Als Beispiele zu diesem Satze mögen folgende Fälle dienen:

a) Fall von *Pleuropneumonia dextra* und *Pericarditis* bei einem 18jährigen männlichen Individuum. Aufnahme in der Exacerbationszeit des 6. Krankheitstages.

Tag d. Krankheit.	Exacerbationszeit.		Remissionszeit.	
	Pulsfrequenz.	Temperatur.	Pulsfrequenz	Temperatur.
VI.	120	39°,9	120	40°,5
VII.	116	39°,975	58	37°,525
VIII.	52	37°,75	40	36°,6
IX.	38	36°,75	40	36°,95

In diesem Falle sank, wie man deutlich sieht, die Temperatur im Verlaufe des 7. Tages, d. h. in einem Zeitraume von circa 17 Stunden, um 2°,4 C.

b) Fall von Pleuropneumonie bei einem 21jährigen männlichen Individuum. Aufnahme in der Exacerbationszeit des 5. Krankheitstages.

Tag d. Krankheit.	Remissionszeit.		Exacerbationszeit.	
	Pulsfrequenz.	Temperatur.	Pulsfrequenz.	Temperatur.
V.	—	—	116	40°,6
VI.	104	40°,1	116	40°,675
VII.	118	40°,6	120	—
VIII.	76	37°,3	80	37°,35

In diesem Falle sank die Temperatur innerhalb 24 Stunden (*d. h. in* dem Zeitraum von der Remissionszeit des 7. bis zur gleichnamigen Zeit des 8. Krankheitstages) um 3°,3.

c) Fall von Pleuropneumonie bei einem 40jährigen männlichen Individuum. Aufnahme in der Exacerbationszeit des 3. Krankheitstages.

Tag d. Krankheit.	Exacerbationszeit.		Remissionszeit.	
	Pulsfrequenz.	Temperatur.	Pulsfrequenz.	Temperatur.
III.	104	40°,8	91	40°,6
IV.	99	40°,75	92	40°,3
V.	97	40°,6	80	38°,7
VI.	72	37°,75	56	37°,1

Man nennt Wien eine Hochschule der Aerzte, und hat nicht Unrecht, soweit man dieses auf die zu allen Zeiten und von allen Richtungen herströmenden fremden Aerzte bezieht; die Lehreinrichtungen für dieselben verdienen diesen Namen nicht. Ihre Anwesenheit, ihre Benutzung der Anstalten ist nichts weiter, als eine stillschweigend geduldete und aus pecuniären Gründen nicht ungern gesehene Thatsache. Man kommt, man geht; Niemand wird durch die Frage belästigt: Wer? oder Warum? So angenehm ein solches Verhältniss einerseits ist, so manche Nachtheile bietet es andererseits. Natürlich haben die promovirten Aerzte andere wissenschaftliche Bedürfnisse, als die österreichischen Studenten, und doch wünschen die Docenten beiden zugleich Genüge zu thun. So sind dieselben genöthigt, in ihren an keine Zeit gebundenen Lehrcursen über specielle Fächer, deren Dauer von 1 bis zu 3 Monaten, und deren Preis von 5 bis zu 20 Gulden variirt, die praktischen Demonstrationen und Uebungen am Krankenbett oder in der Leichenkammer mit einem theoretischen Vortrag zu verbinden, der für die Aerzte überflüssig, für die Studirenden allzu dürftig sein muss. Noch mehr tritt dieser Uebelstand auf den Kliniken selbst hervor, auf denen der Vortrag über die einzelnen Krankheitsfälle den Studirenden zugleich als Theoreticum für Medicin, Chirurgie u. s. w. überhaupt dient. Weit entfernt, von der Anstalt zu verlangen, dass sie die Interessen der einheimischen Schüler denen der fremden unterordne, glauben wir doch, dass man in Berücksichtigung der einmal vorliegenden Thatsache für die Bedürfnisse der letzteren in einer etwas zweckentsprechenderen Weise durch die Privatcurse sorgen könnte.

Der aus Professoren, Assistenten und Privatdocenten bestehende Lehrkörper am allgem. Krankenhause rekrutirt sich fast nur aus österreichischen Landen und Nationen: Berufungen aus Deutschland (unter welchem Namen man in Wien durchweg nur die deutschen ausserösterreichischen Länder versteht) geschehen höchst selten. Dem, der in der Metropole der medicinischen Wissenschaften auch meistens vorragende Geister und Persönlichkeiten unter den Lehrern anzutreffen glaubt, ist eine Täuschung vorbehalten. Ein wichtiger Umstand, der uns den Schlüssel zu Manchem liefert, das wir sonst kaum verstehen würden, ist der, dass sich in Oesterreich der ärztliche Stand fast durchweg aus den ärmeren und geringeren Schichten der Gesellschaft erzeugt. Ob die im Allgemeinen geringere Achtung [1]), die dieser Stand in Oesterreich und Wien geniesst, Ursache oder Folge jenes Umstandes ist, wage ich nicht zu entscheiden; doch steht ohne Zweifel damit

[1]) Nach mehrfachen (ein Mal 7 Monate dauernden) Besuchen in Wien und bei ausgebreiteter Bekanntschaft daselbst, kann ich dies Urtheil des geehrten Collegen nicht unterschreiben. Die Achtung, welche der ärztliche Stand in Wien geniesst, ist mindestens dieselbe, wie im übrigen Deutschland, und was davon in den letzten 20 Jahren etwa verloren gegangen ist, das haben sich, wie überall sonst, die Aerzte zum grossen Theil selbst zuzuschreiben. Dass aber gerade die Aerzte einen bedeutenden Einfluss auf die Bevölkerung Wiens und Oesterreichs überhaupt ausüben, das hat sich z. B. noch in den letzten drei Jahren dadurch wesentlich gezeigt, dass sie bei allen Bewegungsphasen, mochten sie von rechts oder links ausgehen, an der Spitze standen, oder wesentlich auf sie influenzirten. Ich habe den Grund davon darin gesucht, dass die Aerzte in Oesterreich sich durch allgemeine Bildung vor der übrigen Bevölkerung auszeichnen, was freilich den dortigen Verhältnissen nach leichter geschehen kann, und somit nicht ein absolutes Lob ist. G.

Hier sank die Temperatur innerhalb 24 Stunden (d. h. in dem Zeitraum von der Exacerbationszeit des 5. bis zur gleichnamigen Zeit des 6. Tages) um fast 3° C. Das Sinken begann bereits im Laufe des 5. Tages.

d) Leichter Abdominaltyphus bei einem 17jährigen männlichen Individuum. Aufnahme in der Remissionszeit des 4. Krankheitstages. Durchaus exspectative Behandlung.

Tag d. Krankheit.	Remissionszeit.		Exacerbationszeit.	
	Pulsfrequenz	Temperatur.	Pulsfrequenz.	Temperatur.
IV.	100	39°,6	100	40°,1
V.	96	39°,8	96	40°,6
VI.	96	39°,85	104	40°,8
VII.	96	39°,4	100	40°,5
VIII.	100	39°,25	100	40°,05
IX.	92	39°,4	92	40°,1
X.	96	39°,8	96	40°,1
XI.	92	38°,2	92	39°,1
XII.	84	38°,45	92	39°,95
XIII.	92	38°,45	96	39°,8
XIV.	88	37°,9	92	39°
XV.	88	37°,4	88	39°,125
XVI.	84	37°,65	74	39°,3
XVII.	84	37°,5	96	39°
XVIII.	80	37°,5	68	37°,6
XIX.	76	36°,9	60	36°,9
XX.	72	37°,1	—	—

In diesem Fall verschwand die abnorme Temperatur mit dem Ende des 17. Krankheitstages. Vergleichen wir nun die Temperaturen am 6. Krankheitstage, wo das Fieber seine Acme erreicht hatte, und am 17. Tage, mit welchem es endigte, so hatte die Temperatur während dieses Zeitraumes allmälig in der Remissionszeit um 2°,35, in der Exacerbationszeit um 1°,8 abgenommen. — Nicht minder bemerkenswerth an diesem Falle ist eine andere Thatsache, ich meine das auffallende Sinken der Temperatur am 7., 11. und 14. Tage; doch darauf werden wir an einem späteren Orte zurückkommen.

III. Das rasche Sinken der Temperatur, welches zur Genesung führt, ist sehr häufig von starker Schweissabsonderung, minder häufig von einer auffallenden Neigung des Urins zur Abscheidung harnsaurer Salze begleitet. Mitunter beobachtet man Fälle, wo beide Phänomene augenscheinlich erst nach erfolgtem Verschwinden der Temperaturerhöhung eintreten. Endlich giebt es Fälle, wo keine von beiden Erscheinungen wahrgenommen werden kann.

Die Neigung des Urins zur Abscheidung harnsaurer Salze bekundet sich in einer Reihe von Fällen durch spontan erfolgende Sedimente, in anderen dadurch, dass ein oder ein Paar Tropfen Essigsäure sofort einen beträchtlichen Niederschlag von harnsauren Salzen in dem vorher ganz klaren Harn hervorbringen. Die letztere Erscheinung kommt, wie es scheint, häufiger zur Beobachtung, als die erstere. Ich brauche dabei wohl kaum erst zu bemerken, dass ich in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen den Urin tagtäglich in der Remissions- und Exacerbationszeit auf diesen Punkt geprüft habe. Wenn es hiernach nun auch feststeht, dass in einer Anzahl von Fällen jene Neigung des Urins zur Sedimentbildung gleich im Beginn der Krankheit erscheint, so ist es doch andererseits nicht minder gewiss, dass es Fälle, und zwar viele Fälle giebt, in denen sie erst um den oben erwähnten Zeitpunkt, d. h. um die Zeit, wo jenes rasche Sinken der Temperatur eintritt, beobachtet wird. Es kehrt hierbei dasselbe Verhältniss wieder, welches man in Bezug auf die Schweissabsonderung beobachtet. Auch hier erscheint die Neigung zur Schweissbildung in manchen Fällen von acuter fieberhafter Erkrankung gleich vom Beginn der Krankheit ab, während in anderen zahlreicheren Fällen eine auffallend reichliche Schweissabsonderung erst um die Zeit beobachtet wird, wo die Temperatur plötzlich und stark zu sinken beginnt [1]). Das Nähere über alle diese Verhältnisse wird der Leser in der bereits mehrfach citirten Arbeit finden. Für den Augenblick begnüge ich mich, einen Fall mitzutheilen, in welchem die reichliche Schweissabsonderung und die Neigung des Urins zur Abscheidung von harnsauren Salzen entschieden erst nach dem plötzlichen Verschwinden der abnormen Temperaturerhöhung zum Vorschein kamen.

Fall von leichter Dysenterie bei einem 22jährigen männlichen Individuum. Aufnahme in der Exacerbationszeit des 8. Krankheitstages. Die Behandlung bestand lediglich in dem öfteren Darreichen von *Ol. ricini* (3 Mal täglich einen Esslöffel).

Tag d. Krankheit.	Exacerbationszeit.		Remissionszeit.	
	Pulsfrequenz	Temperatur.	Pulsfrequenz.	Temperatur.
VIII.	84	39°,85	76	38°,95
IX.	88	40°,2	74	37°,375
X.	64	—	58	37°,7
XI.	56	37°,4	56	37°,52
XII.	48	37°,275	52	—

In diesem Falle trat, wie man ohne Weiteres ersieht, das plötzliche Sinken der Temperatur im Verlaufe des 9. Krankheitstages ein. Aber erst gegen Ende des 9. Tages, nachdem die Temperatur während der Nacht von 40°,2 auf 37°,375 gesunken war, beobachtete man den Eintritt eines allgemeinen Schweisses auf der bis dahin trokkenen Haut und ein spontanes Sediment von harnsauren Salzen in dem bis dahin klar gebliebenen Harn.

IV. Mit dem raschen Sinken der Temperatur, welches zur Genesung führt, tritt fast immer auch eine rasche und erhebliche Verminderung der Pulsfrequenz ein.

Da man andererseits eine rasche und erhebliche Verminderung der Pulsfrequenz (mit Ausnahme derjenigen Fälle, wo grosse Digitalisdosen in Anwendung kamen [2]), oder eine idiopathische Hirnerkrankung

[1]) Wahrscheinlich handelt es sich hierbei um Verschiedenheiten in den Contractilitätsverhältnissen der absondernden Apparate oder ihrer Gefässe.

[2]) Vergl. meine Arbeit „über die Wirkungen der Digitalis etc." in den Charité-Annalen Bd. I. Heft 1. und Bd. II. Heft 1.

---

in Zusammenhang, dass die hohe allgemeine und gesellschaftliche Bildung, sowie der damit eng zusammenhängende rege wissenschaftliche Geist, durch welchen sich der ärztliche Stand in Deutschland auszuzeichnen pflegt, unter den österreichischen Aerzten mehr vereinzelt angetroffen wird. Auf äussere Erscheinungsweise legen Viele keinen Werth; doch wurden wir in dieser Hinsicht öfter unangenehm berührt. Die Besoldungen der Professoren sind geringer, als bei uns; die der Assistenten und Aspiranten so dürftig, dass Viele mit Nahrungssorgen kämpfen. Die Einkommen aus Collegiengebühren sind kaum erheblich, da die Mehrzahl der Studirenden Stipendiaten sind. Reden wir bei dieser Gelegenheit von dem Institut der Assistenten und Privatdocenten überhaupt. Ein eigentliches Privatdocentthum, ähnlich dem in Deutschland, existirt kaum, meist sind es nur die Assistenten auf den einzelnen Abtheilungen, welche praktische Lehrcurse über ihr betreffendes Fach halten, und mit denen die Privatdocenten aus Mangel des Materials nicht concurriren können. Im Besitze dieses Materials, im fortwährenden Umgang mit den Professoren oder Primarärzten und deren Vorträgen, in unausgesetzter Uebung und mit der Gelegenheit, die Kenntniss alles Bezüglichen von anderen Abtheilungen so schnell und leicht zu ergänzen, sollte man erwarten, dass dieses Institut eine Pflanzschule ausgezeichneter Lehrkräfte für In- und Ausland werden müsste, dem ist indess nicht so. Wenn auch in früherer Zeit hin und wieder bedeutende Männer daraus hervorgingen, so geschieht dies doch gegenwärtig verhältnissmässig selten. Eine Hauptschuld mag mit an dem Umstand liegen, dass die Laufbahn eines Assistenten auf 4, im höchsten Fall auf 5 Jahre beschränkt ist, nach welcher Zeit er ausscheiden muss, um einem folgenden Praktikanten Platz zu machen. Freilich Zeit genug, um einen Grund zu legen!

Reden wir von der „Wiener Schule"! Wenn überhaupt für die von subjectiver Anschauung leider noch so sehr abhängigen praktisch-medicinischen Wissenschaften von einem durchgreifenden Dominiren gewisser Systeme oder Schulen die Rede sein kann, so kann man wohl mit Recht behaupten, dass in den letzten Jahrzehnten von Wien eine Richtung ausging, unter deren fühlbarer Herrschaft wir uns noch gegenwärtig befinden. Als man diese Richtung mit dem Namen einer „Schule" bezeichnete, hatte man Geringeres im Sinn, als man durfte, und ältere Aerzte fanden es bequem, sich dem neuen Einflusse als dem einer Partei leicht zu entziehen. Will man überhaupt das Ablenken der Naturwissenschaften von unfruchtbaren Speculationen zur Beobachtung der Natur als eine der Neuzeit zukommende Richtung oder „Schule" bezeichnen, so habe ich nichts dagegen, wenn man Namen und Epitheta auch auf unsern Fall anwende; wenn man aber von der Ansicht ausgeht, dass in den Naturwissenschaften noch niemals etwas Werthvolles *a priori* construirt werden konnte und von der ältesten Zeit an nur die gewissenhafte Beobachtung mit ihren Schlüssen eine Palme errang, wenn man sich daher gewöhnt hat, andre Richtungen und Versuche nur als vorübergehende Verirrungen und Ausschreitungen zu betrachten, so wird man auch an der von Wien für die medicinischen Wissenschaften ausgegangenen Richtung kein neues System, keine „Schule" in der gewöhnlichen Bedeutung dieses Wortes erkennen, sondern nur das gewichtige und nothwendige Resultat des Zusammentreffens einiger bedeutenden Männer mit einem aussergewöhnlichen

mit Betheiligung der *Medulla oblongata* hinzutritt) niemals ohne bedeutende Temperaturabnahme wahrnimmt, so kann man auch in den Fällen von fieberhaften acuten Krankheiten, wo keine Temperaturmessungen stattgefunden haben, aus der raschen und erheblichen Verminderung der Pulsfrequenz auf eine entsprechende rasche und erhebliche Abnahme der Temperatur zurückschliessen. Diese Erfahrung ist für uns deshalb wichtig, weil wir durch sie in den Stand gesetzt werden, zur Erledigung einiger der folgenden Fragen auch noch eine beträchtliche Anzahl solcher Fälle zu benutzen, welche wir vor dem Beginn unserer Temperaturuntersuchungen beobachtet haben.

(Fortsetzung folgt.)

Bemerkungen über vier Inflexionen des Uterus mit einem Geburtsfalle.

Von

Professor Dr. Hohl in Halle.

[Schluss aus No. 45.]

IV. Nicht mit Stillschweigen können wir die Inflexionen des schwangern Uterus und der gleich nach der Geburt vorkommenden übergehen, und wollen wir nur einige Punkte berühren.

Wir sind der Ansicht, dass es nach Ablauf der ersten Monate der Schwangerschaft, so wie gleich nach der Geburt eine wirkliche Inflexion, d. h. eine Umbiegung oder Knickung an der Stelle, welche dem innern Muttermund entspricht, nicht giebt und nicht geben kann. Es ist bekannt, dass die Verkürzung des Mutterhalses darauf beruht, dass sein Canal von oben nach unten in die Ausbreitung der Uterinhöhle gezogen wird. Auf diese Weise wird der Mutterhals in die Ausbreitung des untern Gebärmutterabschnitts gezogen, und der eigentliche innere Muttermund verschwindet, ob man gleich eine innere und äussere Oeffnung fühlt, bis jene bei fortschreitender Ausbreitung des Canals von oben nach unten mit diesem, dem äusseren Muttermunde, in eine zusammenfliesst. Es kann also an dem innern Muttermunde eine Knickung nicht mehr stattfinden, wenn die Vergrösserung des Uterus und die Formveränderungen des Mutterhalses begonnen haben und vorgeschritten sind. Ebensowenig kann während und gleich nach der Geburt eine solche Umbiegung stattfinden, und hier nur erst, wenn der Mutterhals sich wieder von oben nach unten bildet. Ist also eine Inflexion des nicht schwangeren Uterus, und diese in einem hohen Grade und schon längere Zeit vorhanden, so wird eine Conception wohl nicht leicht zu Stande kommen, und wenn es geschieht, wird die Beschaffenheit der Knickungsstelle und das Verhältniss des Uterus zu den umgebenden Theilen und dieser zu ihm Abortus bedingen, wie auch die Erfahrung gelehrt hat. In solchen Fällen bleibt die Inflexion nach dem Abortus zurück. Wenn aber die Inflexion nur in einem geringen Grade besteht und Conception erfolgt, so kann mit dem Beginne und dem Fortschreiten der Vergrösserung des Uterus und der organischen Formveränderung des Mutterhalses überhaupt, und besonders seines obern an den Körper grenzenden Theils die Inflexion verschwinden, nach der Geburt verschwunden bleiben, aber auch zurückkehrend am leichtesten im Wochenbette und während der Zurückbildung des Uterus beseitigt werden.

Es giebt aber eine Schiefheit des Uterus, die an dem nicht schwangern Uterus, während der Schwangerschaft und Geburt, gefunden wird, und in einer Einbiegung der vordern oder einer seitlichen Wand besteht. Die Form und Richtung des Mutterhalses nimmt daran nicht Theil, doch kann der Muttermund während der Geburt mehr nach hinten oder nach einer Seite hin gerichtet sein, abhängig von der zugleich bestehenden Richtungsabweichung des Uterus oder von der Lage des Kindes. Zuweilen bildet sich diese Art der Schiefheit erst während der Schwangerschaft in Folge ungleicher Entwicklung der Wände des Uterus, oder auch während der Geburt, bedingt durch krampfhafte oder ungleiche Contractionen des Uterus, und verschwindet gewöhnlich nach der Geburt, während sie bleibt, wenn sie schon vor der Schwangerschaft bestanden hat. Im nicht schwangern Zustande veranlasst sie Menstruationsanomalien, weissen Fluss, hysterische Zustände und häufig eine besondere Empfindlichkeit in den Geschlechtstheilen, so dass der Beischlaf, die vorsichtigste Exploration äusserst schmerzhaft ist. Wigand's dritte und schlimmste Art der Schiefheit des Uterus scheint hierher zu gehören. Es veranlasst diese fehlerhafte Gestalt des Uterus frühzeitige Geburt, mancherlei Beschwerden in der Schwangerschaft; sie kann die Geburt nicht nur erschweren, sondern auch ihre Beendigung für die Natur und Kunst unmöglich machen, das Nachgeburtsgeschäft und das Wochenbette wesentlich stören. Zu den Fällen, welche mitgetheilt werden, und zu welchen wohl auch andere gehören, die für Inflexionen des schwangern Uterus gehalten wurden, fügen wir die Geschichte einer Geburt mit tödtlichem Ausgange für die Mutter, die unentbunden verschied.

Eine Jüdin, 24 Jahre alt, klein, aber regelmässig gebaut, verheirathete sich 1849. Schon in den ersten Wochen ihrer Ehe hatte sie ihrem Arzt geklagt, dass sie bei dem Beischlafe viele Schmerzen habe, auch überhaupt die Geschlechtstheile in einem sehr gereizten Zustande seien. Zu einer Exploration aufgefordert, fanden wir dabei allerdings eine so grosse Empfindlichkeit, dass wir bei der grössten Schonung der Theile doch nur zu unvollständigen Resultaten kamen, und nur ermittelten, dass bei richtiger Stellung des Mutterhalses eine unbedeutende Auftreibung desselben bestand, und der Körper des Uterus an der vordern Wand eine Einbiegung hatte. Die Behandlung wurde vorläufig auf Herabstimmung der überreizten Geschlechtstheile gerichtet, wobei auch Genesung eintrat. Die Anwendung örtlicher Mittel konnte und durfte zur Zeit nicht stattfinden.

Am 6. Febr. 1850 abortirte sie im dritten Monat der Schwangerschaft. Zum zweiten Male schwanger, soll sie in den letzten Monaten der Schwangerschaft viel über Schmerzen in der rechten Seite geklagt, und einen auffallend spitz vorstehenden Leib gehabt haben. Am 13. März d. J. traten am rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft Wehen ein, nachdem die Frau schon einige Nächte wegen periodisch eintretender Schmerzen schlaflos zugebracht hatte. Am Morgen des 14. März wurden wir zu der Kreissenden gerufen. Sie war im Allgemeinen wohl, gefasst, hatte einen ruhigen Puls, eine feuchte Haut, nur während der

---

Objecten-Reichthum. Keine Branche der Naturwissenschaften hat aus natürlichen Gründen durch Systemmacherei und wissenschaftlichen Mysticismus mehr gelitten, als die Medicin, keine bedurfte der Reorganisation im angedeuteten Sinne mehr, als sie. Keineswegs kann Wien auf den Ruhm solcher Thatsachen allein Anspruch machen, allenthalben strebte man in Deutschland nach dem nämlichen Ziel, und unsere Nation mag darin einen Trost dafür finden, dass die beiden Männer, die Wiens Ruhm begründeten, ihr nicht angehören. Skoda und Rokitansky sind Böhmen, der dritte, der ihnen, wenn auch vielleicht nicht an Verdienst, doch beinahe an Ruhm zur Seite steht, Oppolzer, ist ein Deutschböhme. Skoda hatte während seiner Laufbahn mit unendlichen Schwierigkeiten zu kämpfen, die ihn alle das Genie überwinden liess. Arm, aus geringem Stande, brachte er es unter Entbehrungen dahin, sich dem Studium widmen zu können. In dem verkannten und oft verspotteten Schüler, der sich heimlich, oft bei Nacht, in die Krankensäle schlich, ahnte Niemand dessen Zukunft. Als er bereits angestellt war, würdigte man ihn so wenig, dass der damalige Spitaldirector, Edler v. Rosas, einen Bericht an den Minister machte, wonach Skoda seine Stelle als Lehrer nicht auszufüllen im Stande sei. Nur besondere Verwendung konnte ihn vor der Entlassung schützen. Als Skoda seine Lehrstelle antrat, mussten die Kliniken in lateinischer Sprache abgehalten werden. Da er sich schlecht auf diese Sprache verstand, so redete er, trotz aller Chikanen, die man ihm machte, deutsch und begründete so durch sein Beispiel den Uebergang von einer dem Verständniss so schädlichen Lehrmethode zu einer freieren und besseren Richtung. Seine Vergangenheit mag wohl mit Veranlassung zur Entwickelung seines einsamen und abstossenden Charakters geworden sein. Unverheirathet, sparsam, äusserst prunklos und wenig zugänglich, hat er sich durch seine consultative Praxis nur ein mässiges Vermögen erworben, während der weit jüngere Oppolzer bereits reich geworden ist, und in Folge seiner Berufung von Aussen einen weit höheren Gehalt bezieht. Zwischen diesen beiden Klinikern, deren Namen man fast immer zusammen nennen und gegenseitig wägen hört, besteht eine ebenso grosse Eifersucht als Verschiedenheit der Charaktere. Oppolzer ist freundlich, liebenswürdig, zuvorkommend gegen Jeden, aber ob auch zuverlässig? Sein Aeusseres fällt in der früher angedeuteten Weise auf; es wurde mir schwer, zu glauben, dass es Oppolzer sei, der mir zum Erstenmale gezeigt wurde. Als Arzt und Kliniker ist Skoda durchweg Genie, Oppolzer durchweg Talent. Was Skoda spricht, ist selbst erfahren, selbst gedacht, einfach, klar, sicher; was Oppolzer spricht, könnte man vielleicht in einem guten Lehrbuch lesen; ein eifriger Anhänger der Exclusiv-Methode hat er es zu einer Virtuosität in der objectiven Diagnostik gebracht, während Skoda den Gegenstand mehr nach allen und allgemeinen Beziehungen würdigt. Der therapeutische Apparat ist bei beiden einfach, wenig umfangreich, die Behandlungsmethode (mit geringen Ausnahmen), namentlich bei Typhen, Pneumonien u. s. w., durchaus indifferent, negativ; doch hat Oppolzer weit mehr Geschick für die Privatpraxis. Bäder finden eine verhältnissmässig häufige Anwendung. Bei solchen Krankheiten, bei denen gegen die Grundursache nicht angekämpft werden kann, hält man mit Recht auch ein Bekämpfen der Symptome für überflüssig; doch könnte man bisweilen im Interesse der Lernenden anders verfahren. Chemie

Wehen Schmerzen. Die äusserliche Untersuchung liess eine eigenthümliche Gestalt des Bauches, in der Nabelgegend stark hervortretend, sogleich erkennen, und die Ursache in der Configuration des Uterus finden. Er erschien aufgethürmt, mit seinem Grunde gerade nach vorn und etwas nach rechts gerichtet. In dieser kugelartigen, festen Wölbung fühlte man einen Kindestheil, den man für den Kopf hätte halten können. Unter dieser Wölbung trat die Wand des Uterus im Körper etwas zurück. An der hintern Wand des Uterus fühlte man ein Fibroid in der Grösse eines Taubeneies. Der Fötalpuls links, das Placentarstellengeräusch rechts und hinten. An dem Becken war so wenig als an den Extremitäten eine Abweichung zu bemerken. — Bei der inneren Untersuchung stellte sich das Becken in Gestalt und Grösse regelmässig dar, die Geburtswege vorbereitet, der Muttermund auf 1″ erweitert, der Kopf fast in der oberen Apertur und in der zweiten Scheitelbeinslage, sehr wenig Fruchtwasser zwischen ihm und den Eihäuten. So weit die Grösse des Kopfes zu ermitteln war, überschritt sie den gewöhnlichen Umfang nicht. Beruhigende Worte waren bei guten Wehen das einzige indicirte Mittel. Abends 8 Uhr keine weitere Veränderung, nur war der Muttermund mehr erweitert. In der Nacht zum 15. März und bis zum Abend hin erweiterte sich langsam der Muttermund und trat der Kopf tiefer in den Eingang herab. Da bei vollständig erweitertem Muttermunde, einer geringen Menge von Fruchtwasser in der Blase, gutem Stande des Kopfes, aber jetzt schwachen Wehen, gegen Mitternacht die Blase noch nicht gesprungen war, öffnete ich sie. Es stellten sich nun Treibwehen ein, die jedoch nur schwach blieben, den Kopf etwas vorbewegten, der aber nach jeder Wehe zurückwich. Da eine weitere Veränderung nicht eintrat, legte ich um 3 Uhr Nachts die Zange an, nicht um eine Traction zu machen, wozu der Kopf zu hoch stand, sondern um die ungefähre Grösse des immer wieder zurückweichenden, nirgends aufstehenden Kopfes zu ermitteln, und den Uterus von Fruchtwasser zu befreien. Der Kopf war von gewöhnlicher Grösse, und es floss Fruchtwasser reichlich ab. Als ich die Kreissende am Morgen des 16. März wieder besuchte, hatten die kräftigen und von der Kreissenden gut unterstützten Treibwehen den Kopf mit mehr als einem Drittheil in den Eingang vorbewegt, und bei jeder Wehe trat er tiefer herab, wich aber mit dem Nachlasse derselben in seine feste Stellung wieder zurück. Aus mehr als einem Grunde bediente ich mich nun der Zange. Ob nun auch wohl der Kopf bei jeder Traction, durch Wehen und durch die entschlossene Kreissende unterstützt, etwas folgte, so wich er doch unaufhaltsam wieder zurück. Nach einer Pause derselbe Erfolg. Da wir durch diese und die Anstrengung einer gleichzeitig von uns beendigten Entbindung erschöpft waren, nahmen wir die Hülfe eines Collegen in Anspruch. Auch seine Bemühungen hatten keinen bessern Erfolg, nur bemerkte ich dabei, dass bei jedem Zuge mit der Zange der Grund der Gebärmutter folgte, und mit dem Nachlassen desselben sich wieder erhob. Es stand fest, dass zur Zeit die Entbindung mit der Zange nicht zu bewirken, dass weder der Kopf, noch das Becken ein Hinderniss sei, sondern dass die Schultern oder die Verhältnisse des Uterus selbst den Rumpf zurückhalten möchten. Eine genaue und wiederholt angestellte Untersuchung liess im Fötus kein Leben mehr erkennen, weshalb um so mehr von nutzlosen Zangenversuchen abgestanden wurde. Nach ungefähr 2 Stunden ergab die Auscultation dasselbe Resultat, und wir beschlossen, das hinter dem Kopf befindliche Hinderniss aufzusuchen. Perforation und Excerebration waren schnell ausgeführt, und der Kopf dadurch so weit verkleinert, dass wir selbst die linke Hand leicht einbringen, das Becken nochmals untersuchen und bis zu den Schultern vordringen konnten. Da wir hier durchaus kein Hinderniss fanden, auch ein Zug mit den in die Achselhöhle eingelegten Fingern nichts effectuirte, so brachten wir die Hand in den Uterus ein, theils um uns von der Gestaltung des Kindes, theils endlich von der Configuration des Uterus zu überzeugen. Jenes war wohl gestaltet, gut genährt, lag mit dem Rücken nach links und etwas nach hinten, und konnten wir den Rumpf an der vorderen Fläche des Kindes mit der linken Hand bis zu dem Becken, zu dem Kamme des Hüftbeins hin verfolgen. Hier machte der Rumpf eine starke Biegung nach vorn und etwas nach rechts, und war nicht weiter zu verfolgen, indem der Theil der vordern Wand des Uterus in dem Winkel der Einbiegung der Hand den Eingang nicht gestattete. Ein Versuch, den Steiss des Kindes hervorzuziehen, gelang uns so wenig, als unserem Collegen, der sich ebenfalls von dem Verhältnisse überzeugt hatte. Wir beschlossen, die eintretende Fäulniss des Kindes abzuwarten, der Kreissenden ein Dowersches Pulver zu geben, und ihr Ruhe zu gönnen, aber den Uterus zu bewachen, damit bei eintretender Erschlaffung desselben die Extraction sogleich versucht werde. Die Nacht war ruhig verlaufen, und hatte die Kreissende etwas geschlafen. Wir fanden sie aber am Morgen des 18. März erschöpft, den Puls sehr schnell und frequent, die Respiration kurz, bewegt, den Leib aufgetrieben und etwas empfindlich. Da ein wiederholter Versuch auch jetzt missglückte, standen wir von allen weitern Versuchen ab, um die unrettbare Frau nicht nutzlos zu quälen. Sie starb am 19. des Morgens unter Erscheinungen einer Lungenlähmung.

Die Section wurde nach dem Wunsche der jüdischen Familie auf die Eröffnung der Bauch- und Uterushöhle im Beisein des Hausarztes und meines Collegen beschränkt. Die Organe der ersten Höhle waren gesund, und nur der Uterus, frei von jeder Spur der Entzündung, fiel durch Grösse und Gestalt auf. Er hatte nicht die gewöhnliche Länge, und war breiter als sonst in der Schwangerschaft. In der Mitte des Körpers war die vordere Wand eingebogen, stellte sich dünner und kürzer dar, als die hintere, ungewöhnlich gewölbte, und so bog sich der Grund gerade nach vorn und etwas nach unten um, so dass seine sonst obere Fläche ganz nach vorn und unten, die hintere Wand des Uterus etwas nach oben gerichtet war. Das bezeichnete, an der hintern Wand befindliche Fibroid lag nach oben. Der Uterus hatte eine leichte Drehung nach rechts um seine Längenaxe gemacht, wozu wohl die starke Wölbung der hintern Wand geführt haben mochte. (Man findet diese Drehung auch unter gleichen Verhältnissen bei dem nicht schwangern Uterus). In diesem obern nach vorn und unten umgebogenen Theile des Uterus fühlte man den Steiss und die unteren Extremitäten einen runden Körper, einem Kopfe gleich, bilden. Nach der Eröffnung des Uterus in der linken Seite zeigte sich das grosse, gut genährte Kind, mit dem Rücken nach links und etwas nach hinten ge-

---

und Mikroskopie am Krankenbette erfreuen sich einer kaum weniger sachten Behandlungsweise; es kam uns vor, als ob man mehr eine lästige Pflicht damit abzuthun scheine. Wollten wir von den beiden als Schriftstellern reden, so haben wir kaum nöthig, an Skoda's klassisches Werk zu erinnern; Oppolzer hat bis jetzt nur Journalaufsätze geliefert, und es scheint, dass trotz dem Gemunkel und den bedeutungsvollen Gesichtern seiner Freunde und Anhänger nichts erfolgen werde. Die Ursache erklärt sich vielleicht aus dem, was wir an einer andern Stelle über das Schriftstellerthum der österreichischen Lehrer überhaupt zu sagen Gelegenheit haben werden. Die klinischen Säle sind bei Skoda, der ein abgesondertes Hofgebäude inne hat, gut, bei Oppolzer finden wir die Eingangs berührten Uebelstände in vollem Maasse. Wir sahen in diesem unbeständigen Sommer nicht wenige seiner Kranken, die, unter den fast anhaltend geöffneten Fenstern liegend, der Zugluft ausgesetzt waren, von intensiven Rheumatismen, die vom Herzaffectionen gefolgt wurden, ergriffen werden, ohne dass man dies Verhältniss zu ändern suchte. Die beiden Kliniken werden gleichzeitig in den Morgenstunden von $6\frac{1}{2}$—$8\frac{1}{2}$ Uhr abgehalten und enthalten durchschnittlich 24 Männer- und 24 Weiberbetten. Da denselben unbegreiflicherweise nicht eine beliebige Krankenauswahl aus den übrigen Abtheilungen zu Gebote gestellt ist, und da ferner weder Oppolzer noch Skoda, sowie die chirurgischen Professoren, ausser den Kliniken gesonderten Abtheilungen vorstehen, aus denen sie jene ergänzen könnten, so schleppen sich viele klinische Fälle hier weit länger herum, als sie zur Instruction nothwendig sind, und ist dies namentlich für den, einen raschen Wechsel liebenden Fremden lästig. So stellen sich auch hier wieder verrostete Gewohnheiten der Gunst der Verhältnisse hindernd in den Weg. Ein Fehler tritt vielleicht weniger hervor, den bis jetzt die grosse Mehrzahl unserer klinischen Anstalten gemeinsam theilt, und der nur durch eine ganz veränderte klinische Lehrweise gehoben werden könnte, — nämlich der, dass sie statt praktischer Aerzte meist gelehrte Halbwisser erzeugen, die, den Kopf mit lauter grossen Namen angefüllt, ihre Kunst bald an den geringen täglichen Vorkommnissen des Lebens scheitern sehen [1]).

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Die beiden Assistenten Skoda's und Oppelzer's, Kolisko und Bamberger, geben praktische Curse über physikalische Diagnostik, wozu ihnen leider wieder kein anderes Material zu Gebote steht, als das auf den Kliniken gerade anwesende. Bamberger wird sehr vorgezogen; man erblickt bei ihm jederzeit einige ältere Aerzte, welche sich von ihren häuslichen Geschäften losgerissen haben, um die neue Untersuchungsmethode zu erlernen. In der Theorie hält man sich genau an Skoda. Die Percussion geschieht immer mittelst des Plessimeters; die Auscultation der Lungen, wo irgend möglich, durch das direct angelegte Ohr. Skoda selbst percutirt stets mit dem Hammer.

richtet. Es war im Lendentheil mehr in einem spitzen, als rechten Winkel gebogen, und befanden sich Steiss und untere Extremitäten in dem nach vorn und unten umgebogenem oberen Theile des Uterus, so dass die letzteren im Kniegelenk gebogen, so fest anlagen, dass man sie kaum strecken konnte. Bei einem Zuge an dem Rumpfe des Kindes sah man, wie das Kind, einem in die Stelle der Umbeugung des Uterus eingelegten Haken gleich, den Uterus herabzog, ohne selbst dem Zuge zu folgen. Wahrscheinlich in Folge der Contractionen des Uterus und der Züge an dem Kinde während der Geburt hatte der Winkel in der Einbiegung den eingeschlossenen Theil gedrückt, so dass man einen sugillirten Streifen quer auf der vordern Fläche der Unterschenkel und der äusseren Seite des rechten Oberschenkels bemerkte. In diesem Falle würde, wie in dem von Möller mitgetheilten, nach der Geburt der Grund an dem vordern Theil des Muttermundes gelegen haben, und das Wochenbette nicht ohne Gefahr für die Entbundene gewesen sein.

Es kann auch bei einem geringeren Grad der Abweichung Schwangerschaft und Geburt ohne Störung verlaufen; die fehlerhafte Gestalt fehlerhafte Lage des Kindes veranlassen, wie wir selbst in zwei Geburten bei derselben Frau beobachtet haben; Abortus entstehen, und auch nach der Geburt die fehlerhafte Configuration verschwinden. Dies beobachteten wir bei einer Dame, die ihr erstes Kind leicht geboren hatte. Dann folgte eine Molenschwangerschaft, nach welcher sie längere Zeit schwer krank war. In der dritten Schwangerschaft abortirte sie im dritten Monat. Zum vierten Male schwanger, wurden wir zu Rathe gezogen, weil sie Harnbeschwerden, Drängen nach unten, leise Leibschmerzen hatte. Die Untersuchung ergab deutlich eine Einbiegung der hintern Wand am Körper bei gerade gestelltem aber etwas nach vorn gerichtetem Mutterhalse. Sie verstand sich dazu, auf dem Sopha liegen zu bleiben, der Urin wurde täglich wiederholt mit dem Katheter entleert, und geeignete innere Mittel gegeben. Das Ende der Schwangerschaft wurde glücklich erreicht, nachdem die Frau 4 Monate gelegen hatte. Die Geburt eines munteren Mädchens beendete die Natur. Die fünfte Schwangerschaft unaufhaltsam im dritten Monat durch Abortus unterbrochen. In den ersten Tagen nach dieser Fehlgeburt untersuchten wir innerlich, und obwohl der Mutterhals sich noch nicht vollständig zurückgebildet hatte, so fühlten wir doch bei dem tiefen Stande des Uterus den Grund etwas nach hinten geneigt, und an dem Körper eine Einbiegung der hintern schlaffen Wand. Wir liessen die Wöchnerin, die seit der Molenschwangerschaft bei jeder Menstruation Schmerzen hatte und viel Blut verlor, mehrere Wochen lang liegen, und allmälig ohne weiteres Zuthun nahm der Uterus seine gewöhnliche Gestalt an. Wir liessen später ein eisenhaltiges Wasser trinken und Bäder nehmen. Zwei Jahre später gebar sie ein gesundes Mädchen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Beobachtungen aus den Altonaer Militär-Lazarethen über die Augenblennorrhöe, welche in den Jahren 1849 und 1850 in der schleswig-holsteinschen Armee herrschte.

Von
Dr. Gustav Ross in Altona.

(Fortsetzung aus No. 41.)

Symptomatologie.

Die ersten Anfänge eines krankhaften Zustandes zeigten sich bei den ärztlichen Untersuchungen meistens in einer sammetartigen Beschaffenheit der Augenlidbindehaut. Hier waren die mannigfachsten Verschiedenheiten: entweder war nur ein leichtes Schillern, eine punktirte Beschaffenheit der Conjunctiva bemerkbar, oder dieselbe sah wie feiner, kurzgeschorener, oder auch wie grobkörniger Sammet aus; stets ging die feinkörnige Beschaffenheit von den freien Rändern gegen die Orbitalränder der Augenlider und die Umschlagsfalten hin in eine mehr oder minder grobkörnige Textur über, diese villöse oder körnige Beschaffenheit der Conjunctiva verbreitete sich meistens gleichmässig über das ganze Augenlid, kam aber auch wohl nur stellenweis vor; alsdann war die Röthung ebenfalls nur stellenweis; solche Lieblingsstellen fanden sich an beiden Augenlidern gegen den *Canthus externus*, namentlich am oberen. Entweder waren beide Augen afficirt oder nur eins, und hier wieder nur das eine oder andere Augenlid. Die Röthe war meist und im Gegensatz zu den älteren Fällen, eine mehr helle. Die Kranken wussten entweder gar nicht von ihrem Zustande, oder, wenn sie befragt wurden, erinnerten sie sich, nach längerem und angestrengterem Gebrauch ihrer Augen eine Art Müdigkeit und leichten Schmerz in den Augenlidern empfunden zu haben. — Solche Augen Morgens konnten schon selbigen Abends nach einer beschwerlichen Marschtour ausgebildete Granulationen, oder selbst beginnende Blennorrhöe zeigen. Andererseits aber machten Mannschaften den ganzen Sommer- und Herbstfeldzug 1850 mit solchen Augen, ohne eine Verschlimmerung oder Veränderung mit.

Einen höhern Grad der Erkrankung konnte man schon äusserlich erkennen; die Augenlider waren leicht geschwollen, und auch bei dieser leichten Geschwulst schon eine Veränderung in den feinen Contouren und ihrer Zeichnung bemerkbar. Namentlich bildeten sich häufig Granulationen unter dem obern Augenlid gegen den *Canthus externus* hin; dadurch wurde der Contour des oberen Augenlides in seiner äusseren Hälfte ein wenig nach unten ausgebogen; was zugleich der Augenlidspalte ein verändertes Ansehen gab. In höherem Grade waren die äusseren Bedeckungen der Augenlider deutlich ödematös, geröthet; die Augenlidränder geröthet, ein wenig vom Augapfel abstehend, die Cilien leicht verklebt. Wurden solche Augenlider umgeklappt, so gewahrte man eine entschiedene Röthung und Wulstung, eine villöse oder körnige Beschaffenheit der Conjunctiva, namentlich an den Umschlagsfalten. Das Umwenden der Augenlider war schon schmerzhaft für den Kranken und erschwert, oder bei einem höhern Grade der Schwellung nicht mehr möglich. Das Auge thränte leicht; die Thränen, untermischt mit der von der Conjunctiva abgesonderten serös-schleimigen Flüssigkeit, ätzten die Wangen; beim Umklappen der Augenlider fand sich wohl hier und da zwischen den Falten der Conjunctiva ein Schleimflöckchen. In diesem Zustande der villösen oder feinkörnigen Wulstung kamen in sehr vielen Fällen auf den Umschlagsfalten der Conjunctiva grössere, stecknadelkopf- bis hanfkorngrosse halbkugelige oder ovale, fast gestielte grössere Granulationen zur Beobachtung. Diese Granulationen bildeten sich überraschend schnell aus; auf dem beschriebenen geeigneten Boden standen sie nach einer Marschtour, oder, wie dies in den Lazarethen einige Male beobachtet wurde, nach einer Nacht Morgens fertig da. Zu Anfang hatten sie eine grau-gelbliche Farbe, eine halb weiche, halb durchsichtige, sagoartige Beschaffenheit, später wurden sie mehr geröthet, fester, härter. Sie fanden sich nur in den von den freien Rändern der Augenlider entfernteren Partien, hauptsächlich in den Umschlagsfalten, wo sie oft reihenweis, perlschnurartig, mitunter in doppelter Reihe geordnet standen. — *Dabei* waren die Augapfelconjunctiva und die übrigen Augentheile in der Regel ganz unverändert. — Solche Kranke empfanden beim Erwachen in seltenen Fällen eine leichte Verklebung, immer eine unangenehme Schwere der Augenlider, letztere verlor sich erst nach wiederholten Lidschlägen oder Reiben mit der Hand, trat aber neben leicht erregtem Thränenfluss bei jeder Anstrengung des Auges, in trockner, sandiger Atmosphäre, in überfüllten Räumen, z. B. auf Tanzböden, sehr leicht wieder ein, namentlich wurden die Kranken von diesen Symptomen Abends belästigt, wo eine frühzeitige Müdigkeit sie beschlich — durch geringfügige Ursachen konnte das Uebel auf dieser Höhe sich verschlimmern, doch konnte es sich auch wochenlang auf diesem Standpunkt halten.

Die eigentliche Blepharoblennorrhöe bildete sich entweder aus dem vorbeschriebenen Zustande, nachdem derselbe längere Zeit bestanden, auf gegebene Veranlassung in Bälde aus, oder kam als solche zur Behandlung, nachdem die Antecedentien, mitunter der kürzesten Dauer, vom Arzte nicht beobachtet, selbst vom Kranken kaum bemerkt worden waren. Die äusseren Bedeckungen der Augenlider waren nunmehr in höherem Grade ödematös oder phlegmonös geschwollen, geröthet, mitunter bräunlich oder bläulich geröthet, das obere Augenlid fing bereits an über das untere herabzuschwellen, die Cilien zeigten sich von dem Secret der Meibom'schen Drüsen, oder dem aus dem Auge hervorquellenden Schleim verklebt, die Augenlider waren durch die Anschwellung der Conjunctiva leicht nach aussen umgeworfen, so dass die von den Thränenpunkten nicht mehr aufgenommene Thränenflüssigkeit mit einem arrodirenden Schleim untermischt über die Wangen flossen. Der Kranke konnte die Augenlider nur mit Mühe oder gar nicht mehr von einander bringen, von dem Arzte konnten sie nur mit Mühe, unter Schmerzen und kleinen Blutungen, oder gar nicht mehr umgeklappt werden. Die innere Fläche der Lider hatte nunmehr ihr Ansehen verändert, die villöse, körnige Beschaffenheit der Conjunctiva, selbst die grössern Granulationen waren in einer gleichmässigen, glatten, sulzigen, dunkelrothen Wulstung untergegangen, von der ein reichlicher Schleim abgesondert wurde. Die Krankheit war aber auf der innern Lidfläche beschränkt, wurde nur in höhern Graden von Injection und Schwellung der Skleralconjunctiva begleitet, die Hornhaut entweder feuchter, glänzender oder, von einer Schleimschicht überzogen, trüber als im Normalzustande, beides schnell wechselnd und ohne eigentliche Erkrankung der Hornhaut. — In diesem Stadium der Krank-

heit litten die Kranken an einem Gefühl von Spannung und von Schwere, von Brennen und Zucken in den Augenlidern, an geringerer oder stärkerer Lichtscheu, wenn dieselben eröffnet wurden, an denjenigen Sehstörungen, welche durch Besudelung der Hornhäute mit Schleim bedingt wurden. — Wurde diesem Leiden die geeignete Behandlung entgegengesetzt, so verlor sich nach 24—48—72 Stunden die hinzugetretene Wulstung und Schleimabsonderung, aus der sich zurückbildenden Anschwellung tauchten die Granulationen wieder hervor, und bald hatte die Conjunctiva ihre villöse, körnige Beschaffenheit wieder erlangt.

In der Ophthalmoblennorrhöe erreichte die Krankheit ihren gefahrdrohenden Gipfelpunkt. Nachdem die Blepharoblennorrhöe den möglichst höchsten Grad ihrer Entwickelung erreicht hatte, begannen nunmehr rasch die Erscheinungen auf der Skleralbindehaut und der Hornhaut. Erstere schwoll zu einer dunkelrothen Geschwulst mit drüsiger, ebenfalls Schleim absondernder Oberfläche, namentlich am Rande der Hornhaut schwoll die Skleralbindehaut auf zu einem Ringwulst, oder genauer, einem querliegenden Oval; hierdurch so wie durch die Pressung, welche die geschwollenen Augenlider auf die Skleralbindehaut ausübten, kam die Hornhaut wie in die Tiefe eines Hohltrichters zu liegen und war somit anhaltend in Contact mit der daselbst angesammelten schleimig-eitrigen Flüssigkeit. Unter diesen Umständen säumten nicht, sich verschiedene Erscheinungen auf der Hornhaut zu zeigen. Das häufigste und am mindesten bedenklichste Vorkommen wurde durch Mitbetheiligung des Epithelialblättchens der Hornhaut an dem blennorrhoischen Process hervorgebracht, indem dasselbe sich zu einer Menge kleiner, zugespitzter Phlyctänen erhob, welche der Hornhaut das Aussehen gaben, als ob sie fein punktirt oder mit Sand bestreut wäre. Diese Phlyctänen platzten bald und liessen kleine Facetten zurück. Das Sehen war bei diesen Vorgängen sehr gestört; die Kranken klagten über ein Blinkeln vor den Augen und waren nicht im Stande, genau zu sehen, namentlich in einiger Entfernung; die Lichtbrechung musste allein durch diese Facettirung der Hornhaut (fast wie bei den Insectenaugen) ziemlich verändert werden. Diese sehr häufige, auch ganz leichte Fälle begleitende Affection der Hornhaut war von keiner grossen Erheblichkeit, und wurde durch geeignete Behandlung meist binnen wenigen Tagen (durch Regeneration des Epithelialblättchens) gehoben. In die Substanz der Hornhaut eindringende Narben oder Flecke hinterlassende Geschwüre wurden nur einige, ein perforirendes Hornhautgeschwür nur einmal beobachtet. In diesem letzten Fall bildeten die hintern Schichten der Hornhaut oder die Descemet'sche Haut während mehrerer Tage einen Prolapsus in Form einer wasserhellen Perle, an einem Morgen wurde diese Perle geplatzt gefunden; ihre Stelle war von einem *Prolapsus iridis* eingenommen. — Eine totale, mit Gangränescenz, Erweichung und Abblätterung der Hornhaut verbundene Trübung, welche *Rexis corneae* zur Folge hatte, wurde nur an einem Individuum, hier aber auf beiden Augen, beobachtet. — Leichter vasculöser Pannus als vorübergehendes Symptom kam häufig vor und war ein sicheres Zeichen von (nicht zu verhindernden) Diätfehlern. Sehr oberflächliche, unmittelbar unter dem Epithelialblättchen liegende Gefässe überschritten den obern und untern Rand der Hornhaut, oder den obern allein, es erstreckte sich von da auch wohl ein einzelnes Gefäss bis in die Mitte. Diese Erscheinungen wurden durch einige Tage recht streng gehandhabte Behandlung bald beseitigt. Intensivere, mehr in die Tiefe dringende Gefässentwicklung mit Bildung von Fleischwärzchen (*Pannus carnosus*) kam bei zwei Individuen mit sehr bedeutenden und hartnäckigen Granulationen der obern Lider vor. Von diesen beiden Leuten war der eine ein Branntweintrinker und entschieden skrophulös. Das Schicksal dieser Augen blieb unentschieden, als die Altonaer Lazarethe aufgehoben wurden.

Bei den heftigsten Ophthalmoblennorrhöen kamen allerdings bedeutende Schmerzen, Lichtscheu, Fieber, gastrische Störungen vor, doch war diese Theilnahme des Allgemeinbefindens in der Regel selten und wenig intensiv.

Die meisten Formen, welche nach Ausbruch der Feindseligkeiten in die Lazarethe kamen, bestanden in einer subacuten Blepharoblennorrhöe; meist auf beiden Augen. Die Geschwulst, Schleimabsonderung und sonstigen acuten Symptome wurden in der Regel binnen wenigen Tagen gehoben. Alsdann aber begann erst die eigentliche Schwierigkeit der Behandlung, deren Aufgabe war, die Granulationen zur Rückbildung zu bringen und die Augenlidbindehaut auf den Zustand der Integrität zurückzuführen. Hierzu bedurfte es 4—6 Wochen in der Regel, auch wohl mehrere Monate. Da wir es meist mit gesunden, kräftigen und jungen Individuen zu thun hatten, richtete sich der Erfolg der Behandlung meist nur nach zwei Umständen: einmal nach der mehr oder minder grossen Ueberfüllung der Localitäten, dann danach, ob die Kranken unsere Diätvorschriften befolgten oder Gelegenheit fanden, dieselben zu überschreiten, wozu bei den meisten eine entschiedene Neigung obwaltete. Einen gewissen Einfluss übte übrigens die verschiedene Beschaffenheit der Augenlider; waren diese straff und schwer umzuklappen, so liess sich der granulöse Zustand leichter beseitigen als bei grossen und schlaffen Augenlidern. Diese Verschiedenheiten standen übrigens durchaus nicht immer im Zusammenhange mit der allgemeinen Körperbeschaffenheit, wie denn überall ein entschiedener Einfluss dieser auf das Augenleiden nicht nachgewiesen werden konnte, ausser dass bei ausgesprochenem skrophulösem Habitus die örtlichen Symptome sich meist verschleppten. Eine eigene, trachomatöse Dyskrasie anzunehmen, wie sie nach Arlt's Vorgang jetzt von verschiedenen österreichischen Schriftstellern aufgestellt wird, fehlte es bei der vorliegenden Epidemie an allem Grund. — Nach Beseitigung der Geschwulst bildete sich die Hyperämie sehr langsam zurück, die grössern Granulationen erblassten und verkleinerten sich, bis sie allmälig verschwanden; lange blieb dann aber noch eine ebenmässige sammetartige Beschaffenheit der Conjunctiva zurück, welche erst langsam in den normalen geglätteten Zustand überging. So lange dies nicht geschehen war, konnten leicht Recidive eintreten, wurden aber die Reconvalescenten erst dann aus den Lazarethen entlassen, wenn die vollkommen normale Beschaffenheit der Conjunctiva eingetreten war, so waren die Recidive selten, doch ist bei Allen, welche ich später wiedersah, eine gewisse Blödigkeit und Empfindlichkeit der Augen bis jetzt zurückgeblieben.

Alle die mannigfachen Nachkrankheiten in der Form und Stellung der Augenlider, in der Structur der Conjunctiva, in nachfolgender Narbenbildung, Atrophie u. s. w., wie sie von andern Schriftstellern bei andern Epidemien beschrieben werden, kamen bei der unsrigen nicht vor. Hierin, wie in der verschiedenen Reaction gegen die Behandlung, zeigt sich der Unterschied unserer Epidemie vor andern, ein Unterschied, welcher auf der Höhe der Krankheit zurücktrat.

(Schluss folgt.)

Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1. Oct. 1850 bis 30. Sept. 1851.

Von

Dr. F. Heyfelder, o. ö. Prof. d. Med. u. Director des Univ.-Krankenhauses sowie d. chir. Klinik.

und

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt der chirurgischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 45.)

4. Exarticulation des Oberschenkels nebst Resection des Acetabulum und des horizontalen Astes vom Schambein.

Carl Eckstein, 23 Jahre alt, Schneidergeselle, von sehr gracilem Körperbau, litt seit seinem fünften Lebensjahre an Coxarthrocace der linken Seite, welche, vernachlässigt, im Jahre 1846 zur Caries des Schenkelhalses und der Gelenkpfanne führte. Bei seinem Eintritt in die Klinik im November 1847 war die kranke Extremität um mehrere Zoll verkürzt, der Gelenkkopf aus der Pfanne getreten, die Weichtheile aufgetrieben, in ihnen vier Fistelöffnungen, durch welche man mit der Sonde auf ausgebreitete cariöse Rauhigkeiten des Schenkelhalses gelangte. Die Eiterung war profus, der Kranke abgemagert und jeden Abend von Fieber heimgesucht. Anderthalb Jahre lang hatte er damals schon innerlich den Stockfischleberthran und äusserlich Salzbäder gebraucht.

Am 11. Jan. 1848 wurde die Resection des Hüftgelenks durchgeführt, nachdem der Kranke durch Chloroform anästhesirt worden war. Ein 3 Zoll langer Schnitt ward in schiefer Richtung von hinten und oben nach vorn und unten über den Trochanter geführt, ein zweiter um 6 Linien längerer Schnitt in der Mitte des ersteren begonnen, und bis zu einer in der Nähe des Sitzbeins befindlichen Fistel fortgesetzt, so dass er mit dem ersteren einen beinahe rechten Winkel bildete (*T*).

Die weichen Theile wurden zurückgelegt, wodurch es möglich ward, eine ausgebreitete Caries des grossen Trochanter, des Schenkelhalses, der hinteren Hälfte des Schenkelkopfes, der nach vorn hin anchylosirt war, des hinteren Randes der Pfanne und der angrenzenden Darmbeinpartie zu erkennen.

Die Jeffray'sche Kettensäge wurde unterhalb des grossen Trochanter um das Schenkelbein herumgeführt, und so dieser Knochen an der Grenze der Caries im gesunden Gewebe durchsägt.

Die Anchylose des *Os femoris* an einer Stelle erschwerte bedeutend die Entfernung desselben, was dadurch umgangen ward, dass die Kettensäge um den Hals des *Os femoris* dicht am Kopfe herumgeführt und hier der Knochen durchsägt ward, worauf das frei gewordene Knochenstück von den Weichtheilen abgelöst und entfernt werden konnte. Mittelst des Meissels und der Zange wurden sodann alle noch vorhan-

denen, von der Caries ergriffenen Theile des Schenkelkopfes, der Pfanne und des Darmbeins entfernt, dagegen die gesunde Partie des Schenkelkopfes und der damit anchylosirte Theil vom Acetabulum zurückgelassen, der Grund der Knochenwunde mit dem glühenden Eisen cauterisirt, welcher Eingriff auch zur Stillung einer Blutung aus der Tiefe der Wunde nöthig schien.

Die Operation hatte mit Einschluss des Verbandes 70 Minuten gedauert. Die durch Knopfnähte vereinigte Wunde war am 6. Tage vereinigt, und nur die tiefer gelegenen früheren Fistelöffnungen, welche nicht hatten beseitigt werden können, hatten sich nicht geschlossen. Nach 3 Monaten wurde der Operirte in soweit in einem befriedigenden Zustande entlassen, als die Fisteln, bis auf eine, geschlossen waren, und der Operirte mit Hülfe einer Krücke und eines Stockes, das resecirte Glied durch eine Tragbinde unterstützt, in der Stadt herumgehen und seine Geschäfte verrichten konnte.

Nach 10 Monaten suchte er wieder Hülfe in der Klinik. Es hatte sich ein neuer Fistelgang gebildet, aus welchem sich viel Eiter entleerte. Die Extremität war bedeutend verkürzt, im Hüftgelenke eine feste Verwachsung, das Gehen vermittelst zweier Krücken oder vermittelst einer Krücke und eines Stockes leicht, das Befinden im Allgemeinen gut, was namentlich vom Schlafe und von der Verdauungssphäre galt.

Dieser Zustand verschlimmerte sich aber im Verlaufe der folgenden Jahre, die Kräfte sanken, die Eiterung nahm zu, es entstanden neue Fisteln und die eingeführte Sonde führte auf umfangreiche rauhe Stellen in der Hüftbeingegend und des Darmbeins. Dabei hatte der Kranke besonders bei Nacht unerträgliche Schmerzen, profuse Schweisse, Frostanfälle und colliquative Durchfälle. Sein sehnlichster Wunsch ging dahin, das ganze Glied abgetragen zu sehen, wozu man sich um so eher entschliessen konnte, da der Zustand des Kranken so war, dass die Operation wenigstens einige Hoffnung auf einen günstigen Erfolg gewähren konnte.

Die kranke Extremität bot in allen Theilen den Zustand höchster Atrophie. Im Kniegelenke war sie stark contrahirt, die Ferse gegen den Hinterbacken gezogen, dieser nichts als ein hartes Narbengewebe mit zahlreichen Fistelöffnungen durchbohrt, jede Bewegung des Gliedes aufgehoben, und somit das Auffinden anatomischer Anhaltspunkte unmöglich, daher auch für die Absetzung des Gliedes kein bestimmter Operationsplan gemacht werden konnte. Da früher der Schenkelhals und der grosse Trochanter resecirt worden waren, so musste der Schenkelknochen an der Stelle des kleinen Trochanter mit dem Darmbein anchylosirt sein.

Am 20. Mai wurde zur Operation geschritten, und nach herbeigeführter Chloroformanästhesie ein 4 Zoll langer Schnitt von dem oberen Ende des Schenkelknochens auf der äusseren Seite des *Os femoris* durch die weichen Theile gemacht. Nachdem diese vom Knochen abgelöst waren, zeigte sich dieser in seinem ganzen oberen Drittel von Caries angegriffen.

Ein Querschnitt wurde dergestalt über den Anfangspunkt der ersten Incision geführt, dass die Wunde dadurch die Form eines T erhielt. Jetzt gelang es, das obere Drittel des *Os femoris*, welches mit dem Darmbeine eine feste und innige Verbindung eingegangen, sowie auch die von Caries ergriffene Partie der Beckenknochen von den sie bedeckenden Weichtheilen frei zu machen. Der von seinen Weichtheilen vorsichtig und sorgfältig frei präparirte Oberschenkelknochen wurde nun mit der Kettensäge 3 Zoll weit von seinem oberen Ende durchsägt, und die Verbindung dieses Knochens mit dem Darmbein mit Hülfe der Liston'schen schneidenden Zange getrennt. Die Durchschneidung der Weichtheile, mit welcher die Absetzung des Gliedes beendigt war, geschah, während die Schenkelarterie durch die Finger des Assistenten comprimirt wurde, durch den einzeitigen Cirkelschnitt an der Stelle, wo der erste Schnitt endigte, also etwas tiefer, als der Knochen durchsägt worden war.

Nach Unterbindung der Schenkelarterie und mehrerer anderer Gefässe wurde eine sorgfältige Untersuchung der äusseren Beckenpartie vorgenommen, welche ergab, dass nicht allein das Acetabulum, sondern auch der horizontale Ast des Schambeins, und ebenso auch die benachbarten Theile des Darm- und des Sitzbeins von Caries ergriffen waren. Die Pfanne erschien mit Jauche und erweichten Knochenmassen angefüllt, umgeben mit abgelösten Knochenfragmenten, die theils mit der Kornzange, theils mit den Fingern entfernt wurden.

Von dem horizontalen Aste des Schambeins ward ein beinahe 2 Zoll langes, von Caries ergriffenes Stück ebenfalls mit der Liston'schen Zange weggenommen. Einen gleichen operativen Eingriff hätte man auch am Darm- und Sitzbein vornehmen können, nur hielt der Umstand ab, dass die Caries hier mehr eine oberflächliche und secundäre zu sein schien.

Die Wunde in den Weichtheilen gestattete eine genaue Vereinigung, die mit Hülfe einiger Heftpflasterstreifen, eines gefensterten Ceratlappens, zweier Compressen und einer Binde bewerkstelligt wurde.

Obwohl der Kranke während der Operation nicht übermässig viel Blut verloren hatte, so collabirte er doch nach seinem Erwachen aus dem Chloroformschlafe bedeutend, er verdrehte die Augen, schluchzte, hatte einen kaum fühlbaren Puls und eine aussetzende Respiration. Dennoch erholte er sich unter der Anwendung von Belebungsmitteln, nahm die gebotene Fleischbrühe, antwortete auf alle Fragen und äusserte seine Zufriedenheit über die vollbrachte Operation. Zwei Stunden später trat eine neue Ohnmacht ein, und in dieser starb der Operirte ohne weitere erwähnenswerthe Zufälle.

Die Section erwies allgemeine Anämie und Fettarmuth, eine schlaffe und kraftlose Muskulatur, dicke, aber weiche Schädelknochen, grosse Brüchigkeit aller Knochen, nichts Besonderes in der Kopfhöhle, die Lungen sehr collabirt, nach hinten und oben verwachsen, in der Spitze der linken einen erweichten Tuberkel. Das Herz war klein, sonst normal, die Aorta enge und elastisch, die Leber sehr gross, von hellgelber Farbe, blutarm, von fester Consistenz, die Milz um das Dreifache vergrössert.

Die Untersuchung der kranken Beckenpartie zeigte von der Pfanne fast keine Spur mehr, sowie auch von dem horizontalen Aste des Schambeins über 2 Zoll fehlte. Von der Pfanne aus erstreckte sich die Caries nach oben und nach hinten über die ganze Darmbeinfläche. Aber der Hauptsitz der Krankheit schien die Knochenpartie des Beckens gewesen zu sein, wo das Sitzbein, das Darmbein und das Schambein gewissermaassen in einer Y-Form sich vereinigen.

Der abgesetzte Oberschenkelknochen war im Zustande grösster Atrophie, der kleine Trochanter eigentlich nur angedeutet und mit einer runden Oeffnung versehen, die in die Markhöhle des Knochens führte und vielleicht der Sitz eines Knochentuberkels gewesen war. Im Uebrigen war er rauh und am oberen Ende mit zahlreichen Osteophyten besetzt.

5. Schusswunde der linken Hand. Exarticulation des Mittel- und Ringfingers, später Amputation des Vorderarms im obern Drittel durch Lappenschnitt.

Paul Kunstmann, 17 Jahre alt, gesund und kräftig, erhielt durch das Losgehen eines ohne Kugel geladenen Pistols am 18. Mai einen Schuss in die linke Hand, wodurch der Mittel- und Ringfinger dergestalt verletzt waren, dass sie am folgenden Tage, an welchem der Verletzte in die Klinik gebracht worden, abgenommen werden mussten. Die Weichtheile der Mittelhand hatten durch den Schuss verhältnissmässig wenig gelitten, und um einer um sich greifenden Entzündung vorzubeugen, wurden kalte Ueberschläge angewendet. Dennoch blieb diese nicht aus, ja es erfolgte ein brandiges Absterben aller Weichtheile der Hand und der unteren Hälfte des Vorderarmes, welches die Absetzung des Gliedes im oberen Drittel nöthig machte, die am 6. Juni unter Bildung eines Lappens auf der inneren Seite durchgeführt ward. Am 6. Juli konnte der Operirte als geheilt entlassen werden.

6. Totale Resection des rechten Oberkiefer- mit theilweiser Wegnahme des Jochbeins.

Frau Pfarrerin Steffani, 31 Jahre alt, Mutter mehrerer Kinder, von gracilem Körperbau, früher niemals von besonderen Krankheiten heimgesucht, litt seit einem Vierteljahr an heftigen fast nie aussetzenden Schmerzen in der rechten Wange. Zwei schadhafte Zähne wurden als die Ursache dieser Schmerzen angesehen und entfernt, aber der Zustand der Patientin ward dadurch nicht gebessert. Das rechte Oberkieferbein gewann an Umfang nach allen Richtungen hin, und die leiseste Berührung steigerte die Schmerzen. Man vermuthete ein *Empyema antri Highmori*, paracentesirte durch eine Alveola, aber es floss kein Eiter ab.

Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte die Kranke folgenden Zustand: Ein sehr deutliches Missverhältniss zwischen der rechten und linken Wangenhälfte, bedeutende Auftreibung des rechten Oberkieferknochens nach aussen und gegen die Mundhöhle zu, erschwertes Athmen bei horizontaler Lage im Bett, freiere Respiration bei aufsitzender Stellung, starke Salivation und Unmöglichkeit die Kiefer weit von einander zu entfernen. Die Anschwellung war prall, besonders gegen das Jochbein zu, keine Verschieblichkeit, keine Fluctuation, grosse Empfindlichkeit, die zum heftigsten Schmerz wurde, sobald man versuchte, den Unterkiefer vom Oberkiefer zu entfernen, und mit den Fingern die Geschwulst berührte.

Das rechte Oberkieferbein und auch der angrenzende Theil des Jochbeins bildeten den Heerd der Afterbildung, deren Entstehung und rasche Entwickelung, verbunden mit der grossen Schmerzhaftigkeit, einen markschwammigen Charakter vermuthen liessen.

Das Allgemeinbefinden der Patientin war befriedigend, alle Functionen geregelt. Sie unterwarf sich der ihr vorgeschlagenen Resection des Oberkieferbeins und einer Partie vom Jochbein, welche in folgen-

der Weise durchgeführt ward: Sie sass auf einem Stuhle, ihr Kopf wurde durch beide Hände eines hinter dem Stuhle stehenden Gehülfen fixirt, welcher seine Finger gegen den unteren Rand des Unterkiefers fest andrückte, durch welches Verfahren eine bedeutende Blutung aus den bei der Operation durchschnittenen Arterien verhütet wird. Nachdem sie durch Chloroform anästhesirt war, führte ich einen Schnitt vom Beginn des Jochbogens über die Wange in den rechten Mundwinkel, löste sodann die gespannte äussere Haut so ab, dass das Aftergewächs, welches, wie schon bemerkt, das ganze rechte *Os maxillare superior* und einen Theil des *Os zygomaticum* einnahm und sich bis gegen den inneren Augenwinkel hin erstreckte, vollkommen frei vor mir lag. Nachdem ich auch den unteren Orbitalrand bis zur *Fossa infraorbitalis inferior* frei gemacht, führte ich durch die untere Augengrubenspalte die Jeffray'sche Kettensäge, und brachte hier die Lösung der Verbindung in der Art zu Stande, dass alles Krankhafte mit fortgenommen wurde. Die Durchführung der Kettensäge war insofern schwierig, als die gekrümmte Nadel, mit welcher die Durchleitung der Kettensäge geschieht, anfangs in die nach allen Seiten hin sehr ausgebreitete Aftermasse gerieth und hier förmlich stecken blieb.

Es bedurfte keines zweiten Schnittes durch die Weichtheile, um die Verbindung des Oberkieferbeines mit dem Nasenbeine zu trennen.

Nach Ablösung des weichen Gaumensegels vom hinteren Rande des knöchernen Gaumens und nach Durchschneidung der Gaumenhaut auf der Mittellinie führte ich mit Hülfe der Belloq'schen Röhre die Kettensäge durch den unteren Nasenkanal, und vollbrachte auch hier die Trennung dieser festesten Verbindung mit dem andern Oberkieferbeine. Ein mässiger Druck mit Hülfe eines Hebels genügte zur vollständigen weiteren Lösung der noch vorhandenen Adhärenzen.

Die Untersuchung des Champ de bataille zeigte, dass einige Theile der Aftermasse sich von der Geschwulst abgelöst hatten, und namentlich mit der hinteren Wand des Pharynx in Zusammenhang waren. Diese wurden nun theils mit dem Finger, theils mit der Hakenpincette und der Cooper'schen Scheere entfernt. Ein spritzendes Gefäss ward unterbunden, im Uebrigen die Blutung durch kalte Einspritzungen gestillt, hierauf die Wunde in der Wange durch zwölf blutige Nähte (Insectennadeln mit vulkanisirtem Kautschuk nach Rigal) vereinigt, mit einem Ceratlappen bedeckt und kalt fomentirt. Eine Viertelstunde nach der Operation ward der Kranken mit Hülfe einer Spritze Fleischbrühe in den Oesophagus gebracht, und in dieser Weise innerhalb der ersten dreimal 24 Stunden die Ernährung und die Stillung des Durstes bewerkstelligt.

Es erfolgte keine bedeutende Reaction, und bei Entfernung der Nadeln am vierten Tage wurde die Wunde, mit Ausnahme des oberen Endes in einem Umfange von 2 Linien, überall vereinigt angetroffen.

Am zehnten Tage nach der Operation war die Operirte im Stande, ihre ziemlich weite Heimreise anzutreten. Flüssige Nahrungsmittel konnte sie ohne Mühe nehmen, ihre Sprache war noch undeutlich, aber doch mehr verständlich, als in den ersten Tagen nach der Operation; der Mund verzogen.

7. *Carcinoma mandibulae. Exarticulatio partis dextrae mandibulae.*

Veit Lehnert, 25 Jahre alt, aus einer gesunden Familie stammend, und selbst, ausser einigen der gewöhnlichen Kinderkrankheiten, stets gesund, litt im Anfang des Januar an stechenden Schmerzen, die sich vom aufsteigenden Aste des Unterkiefers der rechten Seite bis in's Auge und in das Ohr erstreckten. Nach etwa 3 Tagen bildete sich dicht unter der Schläfengegend eine unbewegliche, umschriebene Geschwulst, welche anfangs nur langsam wuchs, wobei aber die Schmerzen bald in höherem, bald in geringerem Grade, doch ununterbrochen, den Patienten belästigten. Der Sitz der Geschwulst entsprach der oberen Partie des *Ramus ascendens mandibulae;* dabei war sie hart und hinderte die Bewegung des Unterkiefers. In dem übrigen Befinden zeigte sich keinerlei Störung. Wegen des örtlichen Uebels suchte der Kranke Rath bei verschiedenen Aerzten und Nichtärzten, welche es bald mit erweichenden, bald mit ätzenden oder resorptionsbefördernden Mitteln behandelten. Gegen Ende März begann die Geschwulst auffallend schnell zu wachsen, verbreitete sich nach vorn und unten, und gewann eine etwas weichere Beschaffenheit. Bei der Aufnahme des Kranken am 10. April war sein Zustand folgender:

In der Parotidealgegend befand sich eine faustgrosse, gespannte, dem Anschein nach mit dem Unterkiefer zusammenhängende Geschwulst. Der Unterkiefer war etwas nach links gedrängt und konnte nur wenig vom Oberkiefer entfernt werden; trotz der Geschwulst war der horizontale und aufsteigende Ast der Mandibula deutlich zu verfolgen. Die Haut über der Geschwulst war stark gespannt, die Hautvenen erweitert, das Gesicht erdfahl und mager, das Gesammtbefinden gut. Der ganze Befund liess ein an dieser Stelle häufig vorkommendes *Carcinoma mandibulae* annehmen, wogegen die Untersuchung mit dem Trocart explorateur, sowie die in den nächstfolgenden Tagen auffallend schnelle Zunahme der Geschwulst, und besonders das Hervortreten von Fluctuation dafür sprachen, dass der der Untersuchung zugängliche Theil eine mit Blut gefüllte Höhle sei. Dasselbe bewies ein am 21. April gemachter Einschnitt auf der weichsten, spitzesten Stelle der Haut, aus welchem unaufhörlich helles rothes Blut, jedoch ohne allen mit den Herzbewegungen übereinstimmenden Rhythmus herausfloss, und durch welche untersuchend man eine geräumige, bluterfüllte Höhle mit weichen, ungleichen Wandungen und eine wohl entblösste, aber nicht rauhe Partie des *Ramus ascendens mandibulae* fand. Durch Compression, welche Patient gut vertrug, stand die Blutung wieder, und die Oeffnung schloss sich binnen wenigen Tagen. Die Geschwulst nahm sichtbar von Tag zu Tag zu, besonders nach unten und vorn, legte sich um den Unterkiefer herum, der jetzt gar nicht mehr durchzufühlen war, verdrängte ihn immer mehr nach links, und drängte sich, da dies nicht weiter möglich war, zwischen die Zähne der beiden Kiefer hinein, woselbst sie durch ihre ungleiche Gestalt und die Verletzungen, denen sie fortwährend durch die Zähne ausgesetzt war, wie mit Wucherungen übersäet erschien.

Da das Gefühl der Spannung den Kranken in hohem Grade quälte und von Tag zu Tag zunahm, zuweilen sich heftige Schmerzen einstellten, das Kauen und Geniessen jeder Nahrung immer schwieriger wurde, und bei der fortwährenden Zunahme der Geschwulst eine Perforation nach aussen oder innen über kurz oder lang zu erwarten stand, so konnte man sich für hinlänglich autorisirt halten, dem dringenden Wunsch des Patienten nachgebend, eine Operation vorzunehmen. Die Ursache der sicher nachgewiesenen Blutergiessung konnte mit Bestimmtheit nicht angegeben werden. Periostitis, in Folge derselben Nekrose und Anbohrung einer Arterie durch einen scharfen Knochenrand, war die eine, Carcinom der Mandibula mit Cystenbildung die andere Annahme, welche beide mit Wahrscheinlichkeit, keine mit Gewissheit gemacht werden konnten.

Am 10. Mai wurde zur Operation geschritten, und diese, bei Abwesenheit des klinischen Vorstandes, in Gegenwart von Prof. Dr. Dittrich und Prosector Dr. Herz durch den Assistenzarzt Dr. Heyfelder ausgeführt.

Nachdem der Kranke in Chloroformschlaf versetzt war, wurde ein 3 Zoll langer Schnitt über die untere Partie der Geschwulst, parallel dem horizontalen Ast des Unterkiefers, geführt. Nach Durchschneidung der oberen Haut erschien die *Fascia parotideo-masseterica* prall gespannt, von Blut ausgefüllt. Nachdem auch diese in gleichem Umfang wie die obere Haut getrennt worden, entleerte sich eine ziemliche Menge theils flüssigen, theils coagulirten Blutes, und man fand den *Ramus horizontalis* blossliegend, am *Angulus mandibulae* sogar fracturirt, an seinem grösseren Umfang rauh; zugleich konnten vermittelst des Fingers carcinomatöse, an demselben aufsitzende Massen abgetrennt werden. Da die Resection der angegriffenen Partien des Unterkiefers somit als nöthig erkannt wurde, so ward ein dem aufsteigenden Ast entsprechender zweiter Schnitt senkrecht auf den ersten geführt, und diesem parallel ein dritter, welcher gerade auf den vorderen Endpunkt des ersten traf. Nach Ablösung der Weichtheile ward der zweite Backenzahn, bis zu welchem hin der Unterkiefer gesund war, extrahirt und hier der Knochen mit der Kettensäge durchsägt, worauf er sich ohne weitere Hülfe von Instrumenten ablösen liess, indem er in der Mitte des aufsteigenden Astes fracturirt war. Ebenso wurden die oberen Partien in einzelnen erweichten, mit carcinomatöser Masse zusammenhängenden Stücken, unter diesen der Gelenkkopf, herausgenommen, wobei der Kranke verhältnissmässig wenig Blut verlor. Nachdem auf diese Weise der Unterkiefer, soweit er eben noch vorhanden gewesen war, entfernt worden, fand sich der *Processus styloideus*, der untere Winkel des *Os temporale* und sein *Processus zygomaticus* ebenfalls von der carcinomatösen Entartung ergriffen, rauh und stellenweis porös erweicht, daher von einer weiteren Exstirpation abgestanden werden musste, indem wir, einerseits nun an der *Basis cranii* angekommen, bei Verletzung eines der vorliegenden Knochen einen *Prolapsus cerebri* besorgen mussten, andererseits hinter dem *Velum palatinum* die *Carotis cerebralis* nur von wenigen Weichtheilen bedeckt pulsiren sahen, und ihre Verletzung zu befürchten war.

Die Weichtheile wurden daher durch 11 umschlungene und mehrere Knopfnähte vereinigt und über die ganze Gesichtshälfte kalte Ueberschläge gemacht. Während die Schmerzen nicht bedeutend waren, stellte sich eine Angina ein, welche durch Geschwulst und Schlingbeschwerden den Operirten quälte, jedoch schon am dritten Tage verschwand. Als am 13. April die Nähte entfernt wurden, fand sich die Wunde in ihrem ganzen Umfange per primam intentionem vereinigt; die Eitersecretion mässig und gut aussehend. Die Reinigung des Mundes wurde durch Einspritzung lauen Wassers bewerkstelligt. Wenige Tage darauf wünschten die Verwandten den Kranken nach Hause abholen zu

dürfen, was man seinem Allgemeinbefinden nach gestatten konnte. Zu Hause befand er sich eine Zeit lang wohl, dann aber kehrte die Geschwulst, und zwar etwas höher in der Schläfengegend, wieder. Seine Kräfte nahmen täglich mehr ab, die Schmerzen wurden in den letzten Tagen des Mai fast unerträglich; am 30. Mai trat eine heftige Blutung aus Nase und Ohr ein. Am Abend desselben Tages brach eine kleine Oeffnung in der Narbe an der Wange auf und entleerte ebenfalls viel Blut. In der nächsten Nacht erfolgte der Tod.

Ein zweiter Fall von *Resectio mandibulae* ist in der Deutschen Klinik vom 26. April d. J. S. 180 beschrieben.

Bezüglich der partiellen Resection einer Rippe bei einem 38 Jahre alten Landmann wegen Caries, in Folge von Empyem mit Perforation der Brustwandungen, verweisen wir auf unsere Mittheilung über die Versuche mit dem *Aether muriaticus transchloratus* in der Deutschen Klinik vom 16. Aug. d. J. S. 354.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus dem Deutschen Hospital zu London.

Von

Dr. Hermann Weber,

dirigir. Arzt desselben.

Hartnäckige Verstopfung mit Kothbrechen durch Intussusception. Naturheilung durch brandige Abstossung eines Stückes des Darmkanals.

Der Gegenstand der Beobachtung ist Doris Schmidt aus Hamburg, 42 Jahre alt; Aeltern noch lebend, Familie gesund; sie selbst ist von etwas mehr als mittlerer Statur, hager, ziemlich muskulös, Haut und Haare von heller Farbe; seit längerer Zeit Wittwe, hat mehrere kräftige Kinder, war stets wohl; die Functionen des Darmkanals im Besonderen waren ganz regelmässig bis zu ihrer Ankunft in England vor 10 Wochen, von welcher Zeit an sie meist nur alle zwei Tage einmal mässig consistenten Stuhlgang hatte [1]). Von Ende August bis zum 6. Septbr. litt sie häufig an Leibweh, mit Mangel an Appetit und belegter Zunge, wobei der Stuhlgang ziemlich regelmässig; vom 6. bis zum 12. Sept. fühlte sie sich ganz wohl, ihr Appetit war gut, sie hatte täglich oder doch an jedem zweiten Tage breiige Oeffnung; ihre monatliche Reinigung war am 5. zur rechten Zeit eingetreten, etwas starker als gewöhnlich. Am 12. ass sie mit grosser Begierde des Mittags einen Teller voll Gurkensalat mit Fleisch, des Abends eine ungewohnte Menge gerösteter Kartoffeln mit Zwiebeln und Speck, gleich darauf wurde es ihr sehr unbehaglich, sie empfand einen tiefsitzenden, dumpfen Schmerz in der rechten Seite des Unterleibes, dem Hüftbeinkamme entsprechend [2]). Am 14. war sie schon sehr unwohl; seit 3 Tagen keine Oeffnung, Schmerz über den ganzen Unterleib verbreitet, mehrmaliges Erbrechen. Am 15. und 16. nahm das Leiden zu, sie trat in die Behandlung zweier englischer Aerzte, welche ihr nach Angabe des Sohnes (ich habe die Aerzte selbst wegen der grossen Entfernung nicht gesprochen) blaue Pillen gaben und mehrere Pinten lauwarmes Wasser einspritzten, mit welchem nach einiger Zeit eine mässige Menge harter Fäcalmassen entleert wurde. Es wurde jedoch hierdurch in den Symptomen durchaus nichts geändert; der Schmerz dauerte in derselben Weise fort, starkes Poltern im Unterleibe mit fühlbarer lebhafter Bewegung des Darmkanals, anfallsweise sehr vermehrt, dann meist in Erbrechen endend; das Erbrechen wurde allmälig dem Kothe in Geruch und Farbe immer ähnlicher, der Geschmack für die Kranke unerträglich. Dieser Zustand dauerte mit geringer Veränderung bis zum 22. Sept. fort, während welcher Zeit Aderlass, Blutegel, lauwarme Bäder, grosse Einspritzungen von Wasser, *Ol. ricini* mit *Ol. crotonis*, Mercurpillen mit und ohne drastische Mittel, mit und ohne Narcotica angewandt wurden; eben so wenig brachte Electricität Erleichterung; alle Arzneimittel wurden ausgebrochen, nur *Ol. ricini* ℥ij, *Ol. croton.* gtt. iv, *Tinct. opii s.* ʒβ wurden während mehrerer Stunden vom Magen zurückgehalten, allein die Qual der Kranken wurde dadurch vermehrt.

Am 22. Abends wurde sie in das Deutsche Hospital aufgenommen als Kranke von Dr. Swaine, in dessen Abwesenheit sie in meine Behandlung kam.

Hoher Grad von Abmagerung und Erschöpfung, Haut blass und kühl, mit wässrigem Schweisse bedeckt, Puls 140, sehr klein, etwas härtlich, Zunge weissgelb belegt, fast trocken; klagt über heftigen Schmerz im ganzen Unterleibe, der in Zwischenräumen von einer Viertel- bis zu einer halben Stunde während 5—8 Minuten so sehr gesteigert ist, dass sie dringend um Eröffnung der Bauchhöhle oder den Tod fleht. Der Unterleib ist sehr angeschwollen, mit durchaus hell tympanitischem Percussionston; sowohl durch das Gesicht als durch das Gefühl lassen sich leicht die einzelnen Windungen des Dünndarms erkennen, die in lebhafter Bewegung unter kollerndem Geräusch fortwährend ihre Lage verändern; während der Anfälle wird das Gepolter vermehrt, die Hand fühlt einzelne Windungen, armsdick, in grosser Schnelligkeit sich hoch erheben, dann wieder hinabsinken und anderen Platz machen; zuletzt erfolgt Aufstossen von Gas, das ganz den Geruch von Schwefel- und Kohlenwasserstoff hat, und nicht selten Erbrechen einer dunkelgrünen, breiigen, etwas sauer reagirenden Masse mit Fäcalgeruch. Von unten entweicht auch bei der grössten Anstrengung kein Gas. Selbst auf den Abgang der Klystiere hat die heftigste Bewegung im oberen Theil des Darmkanals nicht den geringsten Einfluss. Weder durch die äussere Untersuchung, noch durch die des Rectum und der Vagina lässt sich ein Bruch oder eine ähnliche Ursache erkennen.

Nach diesen Erscheinungen und dem angegebenen Verlauf glaubte ich auf ein mechanisches, plötzlich entstandenes Hinderniss schliessen zu müssen, als dessen wahrscheinlichen Sitz ich die Gegend des Ueberganges vom Dünn- in den Dickdarm hielt. Für die Annahme einer Anhäufung von Fäcalmasse oder eines Concrementes konnte ich mich nicht entschliessen, da selbst bei der verschiedensten Lageveränderung der Kranken sich keine Geschwulst fühlen liess, da in den letzten der Krankheit vorausgehenden Tagen der Stuhlgang regelmässig, nicht fest war, da die Frau niemals früher an ähnlichen, minder heftigen Zufällen gelitten hatte. Ich dachte deshalb vorzüglich an einen Volvulus oder an eine Intussusception, oder Einschnürung einer Darmschlinge durch den *Processus vermiformis*, oder einen ähnlichen Zustand.

Aber wie zu helfen? Warme Bäder und Einspritzungen waren mehrmals vergebens angewandt, an weitere Blutentziehung konnte durchaus nicht gedacht werden; auf dem gewöhnlichen Wege, d. h. mit drastischen Mitteln, fortzuschreiten, schien auch durchaus verwerflich, eben so wenig konnte ich mich zu irgend etwas Anderem entschliessen, wodurch die Thätigkeit des Darmkanals angespornt werden sollte (Electricität u. s. w.); die Thätigkeit hatte ja ohnedies schon einen ausserordentlichen Grad erreicht, wie die gewaltsame Bewegung es deutlich zeigte: unter solchen Bedingungen noch mehr zu thun, kann nur die Entzündung steigern, durch Ueberreizung, Schmerz u. s. w. die Kräfte aufreiben und die letzten Stunden des Lebens mit Qual sättigen. Ich dachte wohl an *Hydrarg. vivum*, allein immer klang mir der alte Spruch in den Ohren, den mein alter Lehrer Nasse mir so oft wiederholt hatte: „*primum est, non nocere*", und wohl fürchtete ich die Möglichkeit des Schadens, da, wenn Intussusception, nach 11tägiger Dauer des Zustandes und so gewaltiger Bewegung von oben, leicht schon eine Neigung zu Brand, eine Erweichung der Theile an der krankhaften Stelle vorhanden sein, und bei dem Gewichte des Metalls Riss und Austritt des Inhalts in die Bauchfellhöhle statthaben konnte. Ich entschloss mich deshalb, den Gang der Natur abzuwarten und zu unterstützen. Deshalb: *Morph. acet.* gr. β als erste Gabe, dann ⅓ gr. alle 3 Stunden; 3 Mal täglich ein Klystier, bestehend aus 10 Unzen starkem Beef-tea, 2 Eidottern, 1 Scrupel *Tinct. op. spl.* und 10 Tropfen *Acid. hydrochlor.*; ferner mehrmals Speckeinreibung. Feuchtwarme narkotisch-aromatische Umschläge (*Herb. hyoscyami, Capita papaver, Flor. chamom.* ãã, mit rothem Wein angefeuchtet).

Nach drei Gaben Morphium war der Schmerz beträchtlich vermindert, die Anfälle seltener und gelinder, die ungestüme Bewegung des Darmkanals hatte fast aufgehört, die ernährenden Klystiere wurden zurückgehalten; nach der vierten Gabe Morphium folgte ruhiger Schlaf, aus welchem die Kranke nach mehreren Stunden zwar durch wieder beginnenden Schmerz erweckt wurde, aber gestärkt und glücklich, mit der Versicherung, dass sie gern sterben wolle, wenn sie nur so ruhig hinüberscheiden könne und nicht mehr von jenen schrecklichen Qualen befallen werde. Sie sah ihre Angehörigen und sprach in froher Stimmung ihre letzten Wünsche aus.

23. Sept. Das Erbrechen seltener, Puls 125, kräftiger und weicher, Haut mässig feucht und warm, Durst vermindert; Schmerz unbedeutend, zuweilen einige Stunden Schlaf. — Behandlung wie gestern.

24. Sept. Zustand nicht geändert. Ich lud Dr. Cobb (Consulting Physician des Deutschen Hospitals und Sen. Physic. des London Hospitals) zur Consultation ein, der auch Dr. Straube, Mr. Adams und Dr. Owen Evans beiwohnten (Dr. Swaine und Dr. Sutro waren abwesend). Dr. Cobb stimmte mit der Behandlung überein, hatte je-

[1]) Störung in der Thätigkeit der Verdauungsorgane ist ganz allgemein während der ersten Zeit nach der Ankunft vom Continent; meist grosse Neigung zu Verstopfung; nur in einem Theil von August und September war ausnahmsweise auch Durchfall mit und ohne Fieber nicht selten. Die Verstopfung ist wohl leicht zu erklären aus dem hauptsächlichen Genuss von Fleischspeisen und Thee, ohne Gemüse, ohne Roggenbrod, ohne die gewohnte Bewegung.

[2]) So die Erzählung der Kranken; ich will deshalb nicht gerade ausdrucken, dass übermässiger Genuss jener Speisen den krankhaften Zustand hervorgerufen habe, obwohl ich dies nicht für unmöglich halte, besonders da die Kranke während längerer Zeit wenig gegessen und das letzte Mahl mit grosser Begierde verzehrte.

doch grosses Vertrauen in ein Mittel, das ich noch nicht angewandt hatte, und das möglicher Weise Heil bringen konnte. In mehreren Fällen von sehr hartnäckiger Verstopfung mit wahrscheinlicher Intussusception oder ähnlicher Ursache hatte er günstigen Erfolg gesehen von grossen Klystieren in umgekehrter Stellung des Körpers, so dass die Beine senkrecht nach der Decke, der Kopf auf dem Boden. Bei dieser Lage des Körpers spritzten wir durch eine 11 Zoll tief eingeführte elastische Röhre etwas über ein Quart lauwarmer Flüssigkeit ein; die Patientin erbrach während der Operation sehr viel kothige Masse, behielt aber das Eingespritzte bei sich, und erst allmälig im Lauf mehrerer Stunden ging es zum Theil ab, nur mit einzelnen Theilen der eingespritzten Eidotter vermischt.

An der elastischen Röhre war etwas gelblich-graue Masse hängen geblieben, die das Aussehen von Eiter oder von der Absonderung von Krebsgeschwüren hatte, wofür es auch von Einigen gehalten wurde; doch zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass es aus Theilen der nährenden Klystiere bestand. Nach diesem fruchtlosen Versuche, und zum Theil gestützt auf das äussere Ansehen der an der Röhre gefundenen Masse, wurde dringend der Rath zur Bildung eines künstlichen Afters gegeben. Doch stimmte Dr. **Cobb**, sowohl wegen des Resultates der mikroskopischen Untersuchung, als auch wegen des ganzen Verlaufs des Zustandes, mit mir überein, in der begonnenen Behandlung fortzufahren.

25. Sept. Schmerz unbedeutend, Kräfte dagegen vermindert, mehr Schweiss, Füsse leicht kalt, Puls wieder 136 Schläge, sehr klein.

Behandlung wie früher, dazu zwei Mal eine Unze Portwein.

Gegen Abend plötzlich wieder vermehrter Schmerz in der rechten Seite, gleich darauf Abgang von Gas durch den After mit dünner grauschwarzer, sehr übelriechender Flüssigkeit, Ohnmacht. Als ich das Zimmer betrat, wurde ich sogleich von einem auffallenden Geruch berührt, der durchaus nicht an Fäces erinnerte, sondern mir lebhaft einen Kranken in's Gedächtniss zurückrief, dessen Oberschenkel in Folge einer Wunde brandig geworden war. Es war kein Puls zu fühlen, der Herzschlag kaum mit dem Stethoskop wahrzunehmen (45 Contractionen), die Oberfläche des Körpers kalt mit Schweiss bedeckt, die Sinne scheinen ebenfalls unthätig, wenigstens konnte die Kranke auf die an sie gerichteten Fragen nicht antworten. Portwein mit ***Aeth. acetic.*** innerlich, ***Spir. ammon. aromat.*** mit Aether etc. äusserlich, brachten allmälig Reaction hervor, doch musste ihre Anwendung während 16 Stunden fortwährend gehandhabt werden, da bei kurzem Weglassen sogleich wieder Ohnmacht eintrat. (Während dieser 16 Stunden nahm die Frau 15 Unzen Portwein, 1 Unze starken Branntwein mit 3 Drachmen ***Aeth. acet.*** innerlich.) Dabei folgte eine flüssige Stuhlentleerung schnell der andern, so dass in kurzer Zeit fast 2 Quart jener jauchigen Flüssigkeit entleert wurden. Die Reaction war schwach alkalisch. Die mikroskopische Untersuchung zeigte einzelne Fasern (nicht quergestreifte), wenige Zellen ähnlich den Schleimzellen, Körnerkugeln, einige unregelmässig sternförmige Körperchen ($^1/_{300}$ — $^1/_{100}$'''), Körnchen von verschiedener Grösse ($^1/_{500}$ — $^1/_{400}$''') und Krystalle von phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia. Keine festen Fäcalmassen wurden entleert, kein grösseres Stück einer Membran oder einer Röhre, sondern nur drei häutige Massen von der Grösse eines Fünfsilbergroschenstücks, unregelmässig geformt, so weich, dass sie selbst bei vorsichtigem Anfassen mit der Pincette zerrissen; unter dem Mikroskop zeigen sich diese Stückchen aus Fasern gebildet von $^1/_{600}$''' Breite und schmäler, durch verdünnte Essigsäure werden die meisten blass, einige lassen dann einen länglichen Kern erkennen.

26. Sept. Allgemeinzustand besser, Puls 145, sehr klein, zuweilen noch Ohnmachten, tiefsitzender Schmerz in der rechten Seite unterhalb der ***Spina ilei anter. super.***, durch Druck sehr vermehrt, häufig noch Abgang von Jauche.

Behandlung: Zweistündlich 1 Unze Portwein; dreistündlich 2 Gr. ***Plumb. acet.*** mit $^1/_4$ Gr. ***Morph. acet.***; Eigelb mit Beef tea.

27. Sept. Fortschreitende Besserung. Schmerz vermindert, Stühle weniger häufig, heller gefärbt, ohne brandigen Geruch, mit viel Schleim und etwas Eiter vermischt.

29. Sept. Seit 20 Stunden kein Stuhlgang, Schmerz sehr vermindert, die alte Stelle gegen Druck nicht so empfindlich; Appetit kehrt wieder, doch nach jeglichem Genuss von Speisen oder Getränken heftiger Magenschmerz.

Behandlung: ***Plumb. acetic.*** und ***Morph.*** ausgesetzt, dafür dreistündlich $^1/_4$ Gr. ***Extr. Belladonn.*** in ***Aq. laurocer.*** Wein wie früher; 4 Mal täglich ein Eigelb mit Beef-tea.

2. Oct. Allgemeinzustand täglich besser, Kräfte vermehrt, Puls 118, weniger klein, Magenschmerz nachgelassen; Stuhlgang etwas hart, vor und nach dessen Entleerung ziehender Schmerz in der rechten Seite.

Behandlung: 2 Drachm. ***Ol. ricini.*** Abends $^1/_4$ Gr. ***Morph. acet.*** Wein wie früher, ebenso Eigelb weiter, dazu 2 Unzen zartes Hühnerfleisch.

5. Oct. Während der Nacht ohne Vorboten heftiger Schüttelfrost während einer halben Stunde, darauf Hitze und Schweiss wie beim kalten Fieber. Nach mehrstündigem ruhigem Schlafe erwachte die Kranke gestärkt, ohne dass andere üble Erscheinungen gefolgt wären.

Behandlung: ***Liq. Chinae, Tinct. ferr. sesquichl.*** āā gtt. v, 3 Mal täglich [1]). Wein wie bisher, Fleischspeise vermehrt.

9. Oct. Keine Wiederholung des Frostanfalls. Kräfte vermehrt, Puls 110, Appetit gut, Stuhlgang fast regelmässig, sonst durch einige Drachmen Ricinusöl leicht zu bewirken. Die tympanitische Anschwellung des Unterleibes noch nicht geschwunden, jedoch sehr vermindert. Eintritt der monatlichen Reinigung in mässigem Grade.

13. Oct. Nur noch unbedeutender Schmerz an der alten Stelle bei tiefem Druck und bei der jedesmaligen Stuhlentleerung, Zunge rein, Appetit gut, Kräfte vermehrt, Puls 95, immer noch sehr klein; Aussehen blass, Farbe der Lippen sehr oligämisch.

Die Frau wird von ihren Kindern bewogen, nach ihrer eigenen Wohnung (3 Stunden von hier) zurückzukehren, da sie sonst durch eine unglückliche Streitigkeit ihr ganzes kleines Vermögen verliere.

Die einzige Nachricht, welche ich von der Patientin habe, ist vom 19. Oct.; damals ging es sehr gut, sie nahm die verordnete Arznei mit der doppelten Menge der ***Tinct. ferr. sesquichl.*** weiter und versprach im Anfang des nächsten Monats selbst zu kommen.

Was nun die Diagnose dieses interessanten Falles betrifft, so würde es zu weit führen, das Für und Wider ausführlich zu besprechen; ich bin jedoch noch ganz der Meinung, dass ich es mit einem der bei Empfang der Kranken vermutheten Zustände zu thun hatte. Die Beschaffenheit der Ausleerungen scheint mir auf brandige Abstossung eines vielleicht kleinen Theils des Darmkanals hinzuweisen, wenngleich nicht, wie in einigen anderen Beobachtungen, ein ganzer Theil des Rohres aufgefunden worden ist.

Die frühere Kur der Kranken vor ihrer Aufnahme in's Hospital will ich keiner Kritik unterwerfen; was meine eigene Behandlungsweise betrifft, so sehe ich wohl ein, dass daran Manches ausgesetzt werden, und dass mein Zurückhalten von heftigen Eingriffen, mein Warten auf Naturhülfe als tadelnswerth erscheinen kann; dessen ungeachtet aber wüsste ich in einem neuen ähnlichen Falle nicht anders zu handeln. Die Lage des Arztes in einem solchen Falle ist eine in hohem Grade beängstigende; vollkommene Sicherheit der Diagnose kann nur in äusserst wenigen Fällen gegeben werden, der Erfolg der Mittel lässt sich hier weniger wie irgend sonst vorausbestimmen, wir sehen die Kräfte des Kranken mit jeder Stunde mehr schwinden, der Kranke selbst, die Angehörigen drängen, sie verlangen energisches Einschreiten, und doch wird ohne Zweifel gerade durch dieses energische Einschreiten in solchen Fällen manches Leben geopfert, oder doch früher und qualvoll beendet. Wenn es möglich, so möchte ich unter ähnlichen Verhältnissen die Verantwortung stets mit einem Andern theilen, dessen gewissenhaft benutzte Erfahrung der meinigen überlegen ist. Es war mir deshalb eine grosse Beruhigung, dass Dr. **Cobb**, dessen lange Hospitalpraxis ihn mit ähnlichen Fällen öfters in Berührung gebracht hatte, im Wesentlichen mit mir übereinstimmte.

Wenn der Sitz des Uebels genau bekannt und im Rectum oder doch im unteren Theil des Colon gewesen wäre, so würde ich entschieden für die von einem trefflichen Chirurgen in der Consultation vorgeschlagene Operation gestimmt haben, allein unter den beschriebenen Verhältnissen scheint mir die Indication keine hinreichende gewesen zu sein.

Der Arzt, welcher im Beginn eines solchen Zustandes gerufen wird, hat natürlich andere Indicationen, als ich hier, nach 11tägiger Dauer und 10tägiger fruchtloser Anwendung einer Reihe verschiedener Mittel, auffinden konnte. Die Narcotica sind es, und vor allen Morphium oder Opium, welche mir fast allein empfehlenswerth und dringend nothwendig erscheinen; durch sie wird nicht allein der Schmerz und die Aufregung vermindert, sondern auch die Entzündung und das Fieber werden bekämpft, der Stoffwechsel wird herabgesetzt, die Kräfte werden gespart, die bei dem etwaigen günstigen Ausgang der Kranke so dringend bedarf; wir werden wenigstens das Leben verlängern um Tage, ja selbst um Wochen verlängern (besonders wenn wir nährende Klystiere und Speckeinreibung zu Hülfe nehmen), wir können die letzten Stunden nicht allein für den Leidenden selbst erträglich machen, sondern geben ihm zugleich Gelegenheit, sich vorzubereiten auf den möglichen grossen Wechsel, seine entfernten Verwandten und Freunde noch einmal zu sehen, ihnen seine Wünsche mitzutheilen, überhaupt seine inneren und äusseren Angelegenheiten zu ordnen. Und eine solche Rücksicht ist, meinem Gefühle nach, jedes Arztes heilige Pflicht.

Ueber das Maass der Reizmittel, welche bei dem Ausgang in Brand nöthig sind, lässt sich wohl nichts Allgemeines bestimmen; der Arzt darf ihre Anwendung keinem Unerfahrenen überlassen, er darf sich selbst kaum vom Krankenbett entfernen; der Puls, und vor Allem der

[1]) Fünf Tropfen des ***Liquor Chinae*** enthalten 1 Gran ***Chin. sulph.***

Herzschlag müssen ihn leiten; äussere Mittel müssen mit den inneren vereint werden, denn das Schlingvermögen ist manchmal fast verschwunden.

M i s c e l l e n.

Amtliche Verfügung.

(In Betreff der Ausübung der kleinen Chirurgie.)

Bereits vor Aufhebung der medicinisch-chirurgischen Lehr-Anstalten ist in Folge der abnehmenden Zahl der Wundärzte zweiter Klasse nach localem Bedürfniss auf den besondern Antrag der betreffenden Königlichen Regierungen die Erlaubniss zur Ausübung der sogenannten kleinen Chirurgie an einzelne Personen ertheilt worden, welche über ihre Befähigung zu den in Rede stehenden Verrichtungen auf eine befriedigende Art sich auszuweisen im Stande waren.

Voraussichtlich wird dieses Bedürfniss sich noch dringender herausstellen, nachdem eine weitere Ausbildung von Wundärzten erster und zweiter Klasse nicht stattfindet. Deshalb finde ich den Vorschlag der Königl. Regierung zu Münster in dem Berichte vom 24. Juni d. J. — N. 432. I. M. —, in den Krankenhäusern des dortigen Departements geeignete Individuen in den kleineren chirurgischen Verrichtungen und Hülfsleistungen der Krankenwartung praktisch ausbilden zu lassen, und nach gewonnener Ueberzeugung von ihrer Befähigung mit einer Concession zu versehen, ganz angemessen. Die Vereinigung der gedachten Functionen mit einem verwandten Gewerbe ist zur Sicherung des Bestehens dieser Personen nothwendig, und es erscheint für die männliche Hälfte dieses Hülfspersonals das Barbiergeschäft wohl am geeignetsten, wie von der andern Seite durch den Umstand, dass auch die Hebeammen schon bisher in der kleinen Chirurgie unterrichtet wurden, den Bedürfnissen des weiblichen Publicums genügt wird. Nach Analogie der Hebeammen-Approbationen kann die Concessionirung dieses Personals füglich nicht von mir, sondern von der Königl. Regierung ausgehen, welcher es überlassen bleibt, sich die Ueberzeugung der praktischen Befähigung entweder durch ihren Medicinal-Rath, oder dem Vorschlage in dem vorliegenden Berichte gemäss, durch den Kreis-Physikus zu verschaffen. Nähere Bestimmungen hierüber behalte ich mir bis zum Erlass des neuen Prüfungs-Reglements vor, ohne jedoch hierdurch den thatsächlichen Anfang nach Maassgabe des provinziellen Bedürfnisses aufhalten zu wollen.

Den zunächst nur für ihren zeitigen Wohnort und widerruflich zu concessionirenden Individuen ist zur Bedingung zu machen, dass sie die kleinen chirurgischen Operationen nur auf jedesmalige Anordnung eines approbirten Arztes unternehmen, und dabei zu eröffnen, dass eine Ueberschreitung der Gränzen des bezeichneten Wirkungskreises die Zurücknahme der Concession und unter Umständen eine gerichtliche Verfolgung zur Folge haben werde. — Um jedoch dem Institute einen festeren Bestand zu gewähren, ist, falls zur Realisirung des Vorbehalts des Widerrufs begründeter Anlass gegeben sein sollte, das in der allgemeinen Gewerbe-Ordn. vom 17. Jan. 1845. §. 71 ff. vorgeschriebene Verfahren analogisch zur Anwendung zu bringen.

An die Königl. Regierung zu Münster.

Abschrift vorstehender Verfügung theile ich der Königl. Regierung zur Kenntnissnahme und Nachachtung mit.

Berlin, den 13. Oct. 1851.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- u. Medicinal-Angelegenheiten.

An sämmtliche Königl. Regierungen.

3193. M.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

I. C h i r u r g i e.

(Fortsetzung aus No. 45.)

Depotter, Eingeklemmter Schenkelbruch, Operation, Tod. Press med. 28.
Die chirurgischen Instrumente auf der Gewerbe-Ausstellung aller Völker. Deutsche Klinik 41. 43. 45.
Dittel, Das frische Präparat eines *Pes equinus*. Wien. Ztschr., Juni.
Elliott, Traumatischer Tetanus in Folge eines Splitters. Lond. Gaz., April.
Ellis, Fall von einem eingeklemmten Femoralbruch. Dubl. Press 650.
Esmarch, Ueber Resectionen nach Schusswunden. Kiel, 1851.
Fano, Bemerkungen über einige Fälle aus der praktischen Chirurgie. L'Union 68. 71. 74.
Fergusson, Acuter Abscess, eine *Retentio urinae* simulirend. Lancet, Febr.
— Klinische Vorlesungen über Chirurgie. Med. Times, März, April.
Forster, *Fistula ani* bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde. Lancet, Febr.
Foucher, Ueber die traumatische Luxation des *Os sacrum*. Rev. méd.-chir., Juni.
Fürstenberg, Die Fettgeschwülste und ihre Metamorphose. Berlin, 1851.
Gerdy's Chirurgie pratique complète. — Première monographie: Pathologie générale medico-chirurgicale, avec recherches particulières sur la nature, la symptomatologie, les terminaisons générales des maladies, sur leur influence et leurs causes, sur le diagnostic etc. Paris, 1851. In-8vo de 644 pages. Prix 7 Fr.
Gonne, Aneurysma in der linken Kniekehle. Presse méd. 24.
Gorham, Fall von Epiplocele; Einfluss der Furcht auf die Reposition von Hernien. Lancet, April.
Grantham, Ueber Abscess im Cellulargewebe. Lond. Gaz., April.
Guthrie, Ueber Wunden und Verletzungen des Abdomen. Lancet, Febr.
— Vorlesungen über einige wichtige Punkte der Chirurgie. Ib., Febr., Juni.
Haller, Ueber Froschgeschwulst. Deutsche Klinik 25. 27. 28.
Hawkins, Klinische Vorlesungen über Chirurgie.
Heine, Ein Beitrag zur Würdigung der Chirurgie in Russland und Frankreich. Med. Ztg. Russl. 15.
Hester, Ueber angeborene Contraction der Finger und eine neue Art sie zu beseitigen. Med. Times, März.
Heyfelder, Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1. Octbr. 1849 bis 30. Septbr. 1850. Prager Vierteljahrs-Schrift III.
— Ueber die Exarticulation im Tibio-Tarsalgelenk. Deutsche Klinik 41.
Heyfelder, O., Heilung einer Kniecontractur durch Extension forcée. Ibid. 39.
— Bericht aus der chirurgischen Klinik zu Erlangen. (Radical-Bruchoperationen.) Ibid. 28.
Holt, Fälle von bösartigen chirurgischen Krankheiten, mit Berücksichtigung der Frage über das chirurgische Einschreiten dabei. Lancet, März.
Hoppe, Neue Behandlungsweise für die leichteren Grade der Plattfüsse. Rhein. Mon.-Schr., Mai.
Hughes, Klinische Vorlesungen über Chirurgie. Dublin Press 648.
Huguier, Osteosarcom des Unterkiefers. Gaz. des Hôp. 65.
Husband, Ueber den Gebrauch der Haarröhrchen bei der Impfung. Monthly Journ., Sept.

(Fortsetzung folgt.)

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Sonnabend, № 47. 22. November 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Beobachtungen aus den Altonaer Militär-Lazarethen über die Augenblennorrhöe, welche in den Jahren 1849 und 1850 in der schleswig-holsteinschen Armee herrschte.

Von

Dr. Gustav Ross in Altona.

(Schluss aus No. 46.)

Was nämlich die Behandlung betrifft, so war es natürlich, dass zu Anfang Verschiedenes versucht wurde, bis das unter den besondern gegebenen Umständen Zweckentsprechende gefunden und zur Normalbehandlung erhoben worden war, ferner, dass auch noch nachher das von andern Schriftstellern Anempfohlene unter passenden Umständen wieder und wieder versucht wurde. Dabei sind wir auf Verschiedenheiten gestossen, welche gewiss nur in einer Verschiedenheit der Epidemien ihre Begründung finden.

In unserer Epidemie konnten wir nur dann darauf rechnen, die Kranken in Zeit von 4—6 Wochen herzustellen, wenn wir sie eine sehr strenge Diät befolgen liessen, mit Calomel abführten und mit einer Höllensteinlösung touchirten.

Was zunächst die Räumlichkeiten anlangt, so wurden den Augenkranken in drei verschiedenen Lazarethen Zimmer angewiesen, und zwar kleinere Zimmer für die frischen Fälle, mittelgrosse und endlich grosse Reconvalescentensäle. Es stellte sich nämlich bald heraus, dass, wenn frische Fälle unter die alten, bereits längere Zeit behandelten gelegt wurden, bei den nächsten Bettnachbaren die Krankheit recrudescirte. Bei den eingeführten Vorsichtsmaassregeln und namentlich bei der ängstlichen Zurückhaltung, welche die ältern Kranken selbst den neuaufgenommenen gegenüber beobachteten, war der Gedanke an eine unmittelbare Uebertragung ausgeschlossen, und musste eine Wirkung in distans angenommen werden, eine Wirkung allerdings nur auf bereits erkrankte und deshalb disponirte Augen, denn auf die Augen der grossentheils unter den Kranken schlafenden Wärter wurde eine solche Wirkung nicht wahrgenommen. Dass jeder Kranke seinen eignen Waschschwamm, Handtuch, Waschbecken u. s. w. hatte, dass die Betten gehörig weit von einander entfernt gehalten, mit einem Wort, dass die gewöhnlichen Vorsichtsmaassregeln beobachtet wurden, um die direkte Uebertragung des Secretes zu verhindern, braucht nur angedeutet zu werden. Im Ganzen waren die Krankenzimmer gut und wurden auch nicht übermässig überfüllt. Sobald die Witterung es erlaubte, wurde den Kranken der Genuss der freien Luft in den Höfen gestattet, und wurden sie abtheilungsweise unter Aufsicht der Inspectionsunterofficiere ausserhalb der Stadt spatzieren geführt. Das Rauchen war den Kranken ausserhalb den eigentlichen Krankenzimmern gestattet. Bei feuchtem, regnerischem Wetter machten die kranken Augen weniger gute Fortschritte; ich wusste aber nicht zu unterscheiden, ob dies direkt an dem feuchten Wetter oder daran lag, dass alsdann die Kranken ausschliesslich auf ihre Zimmer angewiesen waren.

Eine sehr grosse Wichtigkeit wurde der eigentlichen Diät zugeschrieben. So lange die acuten Symptome anhielten, musste die strengste Fieberdiät inne gehalten werden, auch später bekamen die Kranken eine sehr schmale Kost, Fleischspeisen erst kurz vor der Entlassung aus dem Lazareth. Manchen Kranken wurde 6—8 Wochen lang das Fleisch entzogen. Wenn andere Schriftsteller bei andern Epidemien Anderes lehren, so wird dies sicher in der Verschiedenheit der Individuen begründet sein. Wir hatten es, wie gesagt, meist mit sehr kräftigen und wohlgenährten Individuen zu thun, bei denen eine andauernde Kostentziehung durchaus nothwendig war. Bei dem Mangel an Aufsichtspersonal wurden allerdings unsere Diätvorschriften von Einzelnen häufig überschritten, aber gerade diese Ueberschreitungen lieferten uns den Beweis für die Richtigkeit unserer Ansichten über

Feuilleton.

Die 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Fortsetzung aus No. 45.)

Die zweite allgemeine Versammlung, welche durch Gegenwart Sr. Hoheit des regierenden Herrn Herzogs beehrt und verherrlicht ward, begann mit der vorschriftsmässigen Wahl des Orts für die nächste Zusammenkunft. Von dem zweiten Geschäftsführer ward ein Schreiben des Magistrates zu Wiesbaden an die versammelten Naturforscher vorgelesen, in welchem derselbe in so freundlicher und zuvorkommender Weise zur Wahl Wiesbadens aufforderte, dass die Versammlung fast einstimmig und ohne weitere Debatte sich für diesen Ort entschied. Als Geschäftsführer für die nächste Zusammenkunft wurden bestimmt, und zwar zum ersten Hr. Prof. Fresenius, zum zweiten Hr. Dr. Braun, beide in Wiesbaden. Der letztere, der in der Versammlung gegenwärtig war, erklärte sich sowohl in seinem als auch seines Collegen Namen zur Uebernahme jener Aemter geneigt.

Demnächst trat Hr. Prof. Dr. Heyfelder von Erlangen auf und beantragte mit folgenden Worten eine weitere Ausführung des Okenschen Denkmals:

„Unsere Hrn. Collegen Kieser, Huschke und Theile haben auf ein Denkmal für Oken angetragen; die Versammlung hat die wärmste Theilnahme documentirt. Ein ehernes Standbild auf dem Marktplatz zu Jena wird den spätesten Zeiten sagen: hier hat er gelebt und hier konnte er nicht bleiben, der kühne philosophische Mann! Zürich nahm ihn auf, Zürich begrub mit ihm eine herrliche Zierde seiner Universität, eine Zierde des deutschen Vaterlandes, ja eine Zierde der ganzen civilisirten Welt. Es ist Oken ein ehernes Denkmal von Ihnen votirt worden, erlauben Sie uns ein lebendes Denkmal für ihn vorzuschlagen, ein Denkmal in Jena, aus dessen Munde er fortspricht zur spätesten Nachwelt. Verlängern wir die Bahn der Subscription, indem wir uns zu jährlichen Beiträgen verpflichten; schaffen und begründen wir so der deutschen Akademie, die die Kaiserlich Leopoldinisch-Carolinische der Naturforscher heisst, ein selbstständiges Dasein und sprechen wir aus: Diese durch deutsche Naturforscher getragene Akademie soll fortan in Oken's Geiste zu Jena ihren Sitz haben, zu Jena ihre ferneren Blüthen entfalten. Dann lebt fürwahr unser Oken durch die deutsche Akademie in Jena für ewige Zeiten. Und die Grossen, die Reichen, die Männer des deutschen Volkes, die der Wissenschaft wohlwollen, werden darum ihre Beihülfe zum weiteren Gedeihen dieses Institutes nicht zurückziehen, sie werden vielmehr dazu neu angeregt sich fühlen müssen. — So, meine Herren, lautete die Proposition, die ich im Auftrag meiner Collegen zu Erlangen, Kastner und Will (Adjuncten der Leopoldinisch-Carolinischen Akademie) zu machen habe und die ich zu wohlwollender Aufnahme empfehle."

Nach mehrfachen Debatten, in welchen der Geh. Hofrath Kieser

die Kostentziehung, denn eben bei diesen Ungehorsamen stellte sich gar bald vasculöser Pannus, oder wenigstens Stillstand in der Rückbildung der Granulationen ein, kamen dann diese Ungehorsamen in die Strafzellen, oder wurden sie gar ausserdem noch zu Wasser und Brod condamnirt, so war dies die grösste Wohlthat, welche ihren Augen erwiesen werden konnte. Nach der Errichtung eines neuen Lazareths für Augenkranke wurden von den dort behandelnden Aerzten meine Vorschriften in Bezug auf die Kost nicht stricte befolgt, ausserdem wurden die Kranken, anstatt mit Calomel mit Bittersalz abgeführt; ich wurde angehalten, diesen Kranken meine specielle Aufmerksamkeit zu widmen. Als ich nach nicht völlig 14 Tagen diese Krankenabtheilung inspicirte, fand ich bei allen Kranken den oben beschriebenen leichten Pannus; es wurde nun für stricte Ausführung der getroffenen Anordnungen gesorgt und damit das Ungewöhnliche in Bälde beseitigt. Noch ein Beispiel für die Wichtigkeit der verschiedenen Anordnungen und namentlich der strengen Kostentziehung: auf Befehl des Generalcommando's wurden zu Anfang des Feldzugs 1850 aus den Altonaer Lazarethen die in der Besserung am meisten vorgeschrittenen Reconvalescenten ausgesucht und aus ihnen ein kleines Commando gebildet, um die Ueberwachung der Landesgefängnisse in Glückstadt zu übernehmen. Hier befanden sich diese Reconvalescenten in allen andern Beziehungen unter günstigeren Verhältnissen, nur konnte die wirkliche Durchführung der ärztlichen Anordnungen natürlich nicht überwacht werden, und die Diät war jeder Controlle entzogen. Trotz der „freien Luft" und dem „Nichtzuvielthun", worauf von mancher Seite so viel Gewicht gelegt wird, verschlimmerten sich diese Kranken und befanden sich noch in diesem Zustand der Verschlimmerung, als ihre Coätanen längst geheilt zur Armee entlassen waren.

Ferner überzeugten wir uns von dem schnellen Verschwinden der Blennorrhöe und Lidgeschwulst, wenn während der ganzen Dauer der acuten Symptome die Kranken strenge im Bett gehalten wurden.

Wir haben auch mit strenger Ruhe im Bett, Regulirung der Diät, Abführungen, ja sogar Aderlässen allein die Krankheit bekämpfen wollen. Das Resultat war, dass mit diesen Mitteln (ohne Anwendung der Adstringentien) allein, die acute Periode langsamer, die Granulationen gar nicht zurückgebildet wurden.

Bei einigermaassen bedeutender Lidgeschwulst wurde gleich bei der Aufnahme die Behandlung mit einer Venäsection von 10—16 Unzen eröffnet, die in einzelnen (seltenen) Fällen auch wohl am andern Tage wiederholt wurde. Wir sind durch gleichzeitige, genau controllirte Beobachtungen zu dem Resultat gekommen, dass durch die zu Anfang angestellte Venäsection die Geschwulst und Absonderung *caeteris paribus* früher beseitigt wurden. Oertliche Blutentziehungen, sowie Ableitungen durch Hautreize dagegen wurden bald aufgegeben, weil sie sich wirkungslos erwiesen.

Abführungen mit Calomel und Jalappe zeigten sich entschieden wirksamer, vom Auge abzuleiten, als Abführungen mit Salzen. Deshalb wurde es bald Sitte, den Kranken sogleich ein abführendes Pulver aus Calomel und Jalappe zu reichen, und dies während der ganzen Behandlung einmal oder zweimal wöchentlich zu wiederholen. Um uns zu vergewissern, dass diese Pulver wirklich genommen wurden, musste dies während der Visite geschehen.

Andere innere Mittel wurden nicht gegeben, ausser dass einige skrophelkranke Individuen in spätern Stadien des Augenübels mit bittern Mitteln behandelt wurden. Von der Nutzlosigkeit kleiner Gaben Calomel bis zur Salivation für die Beseitigung der Granulationen hatte ich mich schon im Jahre 1848 überzeugt. Mit der Anwendung des Quecksilbers in der acuten Periode in kleinen Gaben um Speichelfluss zu erregen, muss man, glaube ich, vorsichtig sein; wenigstens habe ich mehrere Male acute Augenübel mit dem Eintritt der Salivation sich verschlimmern sehen. Uebrigens lässt sich das Eintreten der Salivation, wenn man dies nicht geradezu wünscht, beim Quecksilbergebrauch fast immer vermeiden, wenn man nur dafür sorgt, dass die Zähne gehörig gereinigt werden. Hierauf wird von manchen Praktikern entschieden zu wenig Gewicht gelegt.

Zwei Mittel wurden noch innerlich versuchsweise gegeben, nämlich Jodkali und Bromkali, ersteres wegen seiner bekannten häufig eintretenden Beziehung zur Augenlidbindehaut, letzteres, weil es die Lidbindehaut (wie die Schleimhaut des harten Gaumens) unempfindlich machen soll, und demnach auch ebenfalls eine specifische Beziehung auf das betroffene Gewebe zu haben schien. Beide Mittel wurden innerlich allein, oder zugleich örtlich angewendet — ohne allen Erfolg.

Was die örtliche Behandlung anlangt, so wurden locale Blutentziehungen durch Blutegel, oder Sarificationen der Bindehaut bald verlassen, weil sie sich unnütz erwiesen, namentlich haben die Sarificationen mir nie eine besondere Blutentleerung geliefert. Excisionen aus der acut geschwollenen Bindehaut sind nicht gemacht worden, weil sie wegen der nachfolgenden Narbenbildung bei einigermassen ergiebiger Anwendung mir contraindicirt erschienen. Auch zur Excision besonders hartnäckiger Granulationen oder Excrescenzen lag eine Nöthigung nie vor.

Es lag zu nahe und wird von zu vielen Seiten empfohlen, als dass wir nicht von vorn herein Ueberschläge mit Eisläppchen, oder mit Wasser von verschiedenen niedrigen Temperaturgraden vielfältig in Anwendung gezogen hätten. Wir haben davon jedoch stets Nutzlosigkeit, oft sogar schädliche Einwirkung gesehen. Allerdings zu Anfang war das kalte Wasser den Patienten angenehm, bald aber vermehrten sich unter seiner Anwendung die subjectiven Symptome und zögerte die Rückbildung der accessorischen acuten Erscheinungen; auch glaubten wir bei solchen Patienten, die zu Anfang mit kalten Ueberschlägen behandelt worden waren, eine grössere Hartnäckigkeit in dem Fortbestehen der Granulationen wahrzunehmen. Auch hierin glaube ich eine Eigenthümlichkeit unserer Epidemie wahrzunehmen.

Ueber den Nutzen, respective die Unentbehrlichkeit der ätzend-adstringirenden, oder bloss adstringirenden Mittel ist jetzt ziemlich allseitig nur eine Stimme, auch kommt man von der rohen Ansicht, dass die Granulationen durch das Aetzmittel zu zerstören seien, immer mehr zurück, betrachtet vielmehr dessen stimulirende und adstringirende Wirkung nur in soweit heilsam, als dadurch die Rückbildung der Geschwulst und Resorption der conjunctivalen oder subconjunctivalen Exsudate befördert wird.

Eine ganze Reihe von Mitteln stand uns hier zu Gebot; wir haben viele versucht und gefunden, dass man mit mehreren mehr oder weniger langsam zum Ziele gelangte. Am Ende haben wir uns für die (gewöhnlich tägliche) Anwendung einer Solution von 10 Gr. salpetersauren Silbers auf eine Unze Wasser entschieden. Wir haben diese

---

ausführte, dass die Subscription für das Oken'sche Denkmal für sich bestehe, und durch den gemachten Vorschlag die Freiheit der Kaiserl. Leopold.-Carolin. Akademie in keiner Weise beeinträchtigt werden dürfe, ward von der Versammlung beschlossen, dass Hr. Geh. Hofrath Kieser zu Jena mit dem Hrn. Antragsteller (beide Adjuncten der gedachten Akademie) zu einer Commission zusammentreten, ein drittes Mitglied zu sich hinzuwählen, dann über die weitere Ausführung des Vorschlages die geeigneten Vorarbeiten ausführen und bei der nächsten Zusammenkunft deutscher Naturforscher und Aerzte mit bestimmten Vorschlägen vor die Versammlung treten möchten. Da die zu Commissairen ernannten beiden Herren sich hiermit einverstanden erklärten, so ward der Gegenstand damit als beseitigt angesehen und zur Tagesordnung übergegangen.

In Folge der Letzteren betrat Hr. Prof. Cotta die Rednerbühne und sprach „über den Einfluss des Bodenbaues auf das Leben." Auf ihn folgte Hr. Dr. Reklam mit einem Vortrage „über den Instinkt der Thiere." Die medicinische Wissenschaft hatte mit dem Contingent, den sie in Vorträgen für die allgemeine Versammlung stellte, entschiedenes Missgeschick. War in der ersten Versammlung der Vortrag des Dr. Kissel vollständig nicht an seinem Platze gewesen, so hörte der des Dr. Reklam da auf, wo die wissenschaftliche Seite beginnen sollte. Ueber den Instinkt der Thiere etwas Neues, Eingehendes, Erklärendes zu hören, war man gespannt, und fand die Wahl eines solchen Thema angemessen, gegenüber einem aus Männern von Fach und Laien zusammengesetzten Publikum. In der Erwartung der Dinge, die da kommen sollten, sahen die ersteren über die sehr gedehnte Einleitung, in welcher eine lange Reihe von grösstentheils bekannten Anekdoten über Gelehrigkeit, Gewohnheitstrieb etc. von Hunden, Papageien etc. vorgeführt wurden, hinweg, aber sie hatten ihre Geduld umsonst beschwichtigt. Am Ende der Einleitung erklärte der Redner die Zeit für abgelaufen und mit den erwarteten wissenschaftlichen Aufklärungen über den Instinkt, war es — nichts. Wir glauben nicht, dass solche mit Pomp angekündigte, dann in Wasser verrinnende Vorträge, dem Geist der Naturforscherversammlungen entsprechen, ihrer Würde nützen, und auch von den in Gotha versammelten Naturforschern und Aerzten seufzten wohl die meisten nach Beendigung des Reklam'schen Anekdotenschatzes „*O si tacuisses*" etc.

Der zweite Geschäftsführer machte darauf der Versammlung noch einige Eröffnungen, die theils mehrere an erstere gerichtete Eingänge namhaft machten, theils das Arrangement der auf morgen festgesetzten Vergnügungspartien nach Reinhardsbrunn und dem Inselsberge betrafen, theils einige andere Puncte der gemeinschaftlichen Vergnügungen zum Gegenstande hatten.

Zum Schlusse richtete Hr. Hofrath Ewald von hier nochmals die Aufmerksamkeit der Versammlung auf die Benutzung der einzelnen Merkwürdigkeiten, welche die hiesigen wissenschaftlichen und Kunstsammlungen darbieten, und deren nähere Betrachtung für die Mitglieder der Versammlung von Interesse sein könnte.

örtliche Anwendung neben der geschilderten anderweitigen Behandlung von Anfang bis zu Ende der Cur gemacht und sind zu dem Resultate gekommen, dass weder der Höllenstein allein, noch die andern Mittel allein, wohl aber beide in ihrer Vereinigung zum Ziele führten. Im Gegensatz zu manchen entgegenstehenden Meinungen haben wir uns nicht gescheut, den Höllenstein von Anfang an, selbst bei den acutesten Fällen, anzuwenden. Ich hatte schon von früher her, von der Anwendung des Höllensteins bei acuten gonorrhoischen Augenblennorrhöen, mir eine Vorliebe für dessen zeitige Anwendung erworben, stiess aber öfter auf Zaghaftigkeit der behandelnden Aerzte, und so fand sich denn Gelegenheit, uns alle zu überzeugen, dass heftige Lidgeschwulst und Blennorrhöe, welche einer alleinigen, wenn gleich energischen Anwendung der Antiphlogose nicht weichen wollten, nach Anwendung der Höllensteinsolution ein rasches Ende nahmen. Unmittelbar nach der Anwendung vermehren sich allerdings die Schmerzen, aber schon in der Zeit von 1—2 Stunden vermindern sie sich und collabirt die Geschwulst. Dass neben der sofortigen Höllensteinanwendung ein kräftiges antiphlogistisches Verfahren, ein unablässiges Ausspritzen und Reinigen der Augen einhergehen muss, braucht kaum gesagt zu werden. Das Verfahren anderer Aerzte beweist, dass auch ohne sofortige Anwendung des Höllensteins acute Blennorrhöen geheilt werden können, aber ich glaube, dass, wenn man hier zählen könnte, die Zahl der geretteten Augen auf Seite des Höllensteins bei Weitem die grössere sein würde. Bemerken muss ich dabei noch, dass bei den beiden einzigen Fällen (unter den circa 1000, welche zur Behandlung kamen), in welchen eine direkte Zerstörung der Augen eintrat, dass gerade bei diesen beiden Fällen die Anwendung des Höllensteins durch Zufälligkeiten verspätet wurde. So lange die Geschwulst eine Umklappung der Lider nicht erlaubt, muss eine Einträpfelung oder Einspritzung der Solution gemacht werden, können die Lider erst umgeklappt werden, so ist es zweckmässiger, die Solution vermittelst eines kleinen Pinsels aufzustreichen. Die Fähigkeit, das obere Augenlid bloss vermittelst des Daumens und Zeigefingers umzuklappen und somit das zeitraubende Umklappen mit Hülfe der Sonde zu vermeiden, erwirbt man bald; mit dem letzten Pinselstrich kann man zugleich das Augenlid in seine Stellung zurückbringen: dadurch wird die ganze Procedur dem Kranken weniger lästig. Durch pannöse oder geschwürige Erkrankung der Hornhaut haben wir uns nicht abhalten lassen von der täglichen Anwendung der Höllensteinsolution, vielmehr haben wir in ihr das beste Mittel gefunden, die Erkrankung der Hornhaut zu beseitigen. Diese Einstreichung der Höllensteinsolution wurde, wie gesagt, bis zum Ende der Kur täglich einmal wiederholt; nur kurz vor der Entlassung wurde sie seltener angewendet, gewissermaassen um zu versuchen, ob die Augen bereits ohne Höllenstein existiren könnten. Unter ihrer Anwendung sahen wir die Granulationen erblassen und sich zurückbilden. — Eine schwächere Solution fanden wir nicht so wirksam, eine stärkere bloss schmerzhafter, nicht wirksamer. Uebrigens wirkt eine Solution von der doppelten Stärke noch nicht ätzend. Die Empfindlichkeit bei der Anwendung der Solution war sehr verschieden, mitunter gar keine, mitunter so heftig, dass die Touchirten wie Rasende umhersprangen. Meistens hält der Schmerz 1—2 Stunden an.

Ein wirkliches Aetzen mit dem Silbersalpeter in Substanz habe ich bald aufgegeben, weil ich es für eine unnöthige Barbarei halte, weil ich Narbenbildungen danach gesehen habe, weil bei aller Vorsicht es mir doch einmal passirt ist, durch das zurückfallende, mit nicht neutralisirtem Höllenstein bedeckte obere Augenlid die Cornea anzuätzen, endlich weil ich finde, dass mit dieser martervollen und gefährlichen Operation das Uebel um nichts früher beseitigt wird. Es hat immer das Bestreichen mit einem Aetzmittel in Substanz den Nachtheil, dass es ungleichmässig und unvollkommen ausfällt, deshalb auch haben wir die mildern Aetzmittel, wie *Cuprum sulphuric.* oder *Argent. nitric.*, mit gleichen oder doppelten, drei- bis vierfachen Theilen Salpeter in Formen gegossen, womit wir einige Zeit experimentirten, den Solutionen von entsprechender Stärke hintenangesetzt.

Nächst dem Silbersalpeter war das schwefelsaure Kupfer in verschiedenen Lösungsverhältnissen das am meisten von uns angewendete Mittel, doch stand nach unserem Dafürhalten letzteres Mittel dem erstgenannten an Wirksamkeit nach. Nur mitunter, wenn der Höllenstein längere Zeit angewendet worden war, schien die Bindehaut gegen seine Einwirkung indolent geworden zu sein; alsdann war es von Nutzen, für einige Zeit das Kupfer zu interponiren.

Von der nutzlosen örtlichen Anwendung des Jod- und Bromkaliums ist schon gesprochen worden. Auch Jodtinctur, verdünnt mit 4 Theilen Wasser, haben wir eingestrichen, haben aber die Mittel, wegen der enormen, dadurch hervorgerufenen Schmerzen bald wieder aufgegeben.

Das Bestreichen der umgeklappten und mit einer weichen Leinwand abgetrockneten Lider mit Bleiessig gefiel uns eine Zeitlang sehr, wurde aber wieder aufgegeben, weil sich davon Niederschläge in der Bindehaut bildeten.

Dieser eben genannte Nachtheil galt in viel höherem Grade von der Behandlung mit dem neutralen essigsauren Blei nach der Methode von Buys. Wir waren erstaunt, dies Mittel von den belgischen Aerzten so sehr gerühmt zu finden, da es doch bei uns stets die übelsten Folgen hatte. Ich kenne Individuen, welche nun bereits seit einem Jahre bedeutende und sie sehr belästigende Bleiniederschläge in den Augenlidern tragen.

Mit dem Alaun wurden zu wenig Versuche gemacht, um über dessen Zweckmässigkeit ein Urtheil fällen zu können.

Mit der Opiumtinctur in einfacher, zwei- und dreifacher Verdünnung wurden ebenfalls Versuche gemacht; es schien mitunter, als ob dies Mittel passend einige Tage interponirt werden konnte; für sich allein erwies es sich unwirksam, die Granulationen zur Rückbildung zu bringen.

Wenn während der Nacht die Augenlider verklebten, wurde Abends eine schwache Salbe aus rothem Quecksilberpräcipitat angewendet.

II. Section für Physik, Chemie und Pharmacie.

Sitzung vom 19. September.

Hr. Prof. Ohm aus München übernahm das Präsidium. Hierauf begann derselbe einen Vortrag über eine neue, von ihm beobachtete Interferenzerscheinung. Zwei unter 45° gegen die Axe geschnittene Kalkspathplatten lassen nämlich, wenn beide so über einander gelegt werden, dass ihre Hauptschnitte in Einer Ebene und ihre Axen nach verschiedenen Seiten liegen, ein System von Ellipsen bemerken, sobald homogenes Licht durch sie hindurchgeht. Derselbe Versuch mit Platten von Bergkrystall wiederholt, giebt einen ähnlichen Erfolg, jedoch mit der Abänderung, dass gerade dunkle Linien die Ellipsen durchschneiden.

Hr. Dr. v. Babo aus Freiburg machte der Versammlung eine Mittheilung über die Anwendung der Centrifugalkraft bei analytischen Versuchen. Sowie nämlich schon bei der Trennung der Melasse und des Zuckers die Absonderung der ersteren dadurch bewirkt wird, dass das Gemenge beider in einen um seine Axe drehbaren durchlöcherten Cylinder gebracht, und dieser in möglichst schnelle rotirende Bewegung gebracht wird, so hat der Referent einen kleinen Apparat in ähnlicher Weise construirt, um mittelst desselben feste Körper, besonders organische, von ihrer Mutterlauge zu trennen.

Derselbe theilte dann seine Untersuchungen über das aus dem fein gepulverten, durch Abpressen von Oel befreiten, weissen Senf durch Extraction mit Alkohol darstellbare Sinapin mit. Als Resultat von etwa 10—12 Analysen ergab sich die Zusammensetzung desselben in folgender Weise: $C^{34}H^{25}N^{2}O^{10}S^{2}$.

Es zeigte sich, dass eine bei der Behandlung mit Baryt entstehende Säure die Formel

$$C^{22}H^{12}O^{10}$$

hat und sich in ihren Salzen sehr geschwind zersetzt, und dass diese in dem Sinapin mit einem doppelbasischen Alkoloid

$$C^{10}H^{15}NO^{2},\ C^{2}NS^{2}$$

verbunden ist, welches im Moment der Ausscheidung in $C^{2}NS^{2}$ und ein neues Alkaloid zerfällt und alle Eigenschaften des Kali besitzt, nur dass es mit Platin ein lösliches Salz bildet und zerfliessliche Salze giebt. Es ergiebt sich daraus, dass das Sinapin nur eine Verbindung der Säure mit dem Doppelalkaloid und Schwefelcyan.

$$C^{34}H^{25}N^{2}S^{2}O^{10} = C^{2}NS^{2} + C^{10}H^{15}NO^{2} + C^{20}H^{10}O^{8}$$

ist.

Hr. Prof. O. Schmidt aus Jena zeigte, dass das Silicat im Meteoreisen von Atakama wahrer Olivin sei.

Derselbe theilte ferner die Analyse eines ausgezeichneten Ilmenitkrystalles mit, woraus hervorgeht, dass das Meteoreisen von Miask ebenso verschieden gemischt sei, als dasjenige verschiedener Fundorte.

Zuletzt legte er ein Mineral von Ilmenau vor, ein Eisenoxydhydrat von ungewöhnlicher Zusammensetzung — $Fe_{2} + \ddot{F}e\,\dot{H}^{3}$ — und schlug dafür den Namen Xanthosiderit vor.

Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1. Oct. 1850 bis 30. Sept. 1851.

Von

Dr. F. Heyfelder, o. ö. Prof. d. Med. u. Director des Univ.-Krankenhauses sowie d. chir. Klinik, und Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt der chirurgischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 46.)

8. *Carcinoma recti; exstirpatio.*

Margarethe Nahr, 45 Jahre alt, eine ziemlich kräftig gebaute, früher stets gesunde Bauernfrau, bemerkte im vorigen Herbst bei jeder Stuhlentleerung ein Hervortreten des Mastdarms, welcher indessen von selbst zurückging, sobald sie den Abtritt verliess. Gegen Weihnachten wiederholte sich dies seltener und hörte endlich ganz auf, wogegen sich ein jauchiger Ausfluss aus dem After einstellte und der Stuhlgang mit geringen Schmerzen verbunden war. Nachdem diese Erscheinungen mehrere Monate unverändert bestanden, nahm die Frau im Frühjahr einen harten Knoten auf der rechten Seite des Afters wahr, der sich schnell vergrösserte. Dabei vermehrte sich der Ausfluss und die Schmerzhaftigkeit bei den jetzt sehr erschwerten Stuhlentleerungen, welche letztere die Frau durch Purganzen zu erleichtern suchte. Bei der Aufnahme der Kranken am 15. Juli fand sich eine Aftermasse auf der rechten Seite des Anus von der Grösse eines Hühnereies, von ungleicher knolliger Form, harter Consistenz, geschwüriger Oberfläche und blaurother Farbe. Die Exploration per anum zeigte, dass diese Aftermasse sich nach innen über 2 Zoll weit über den Mastdarm erstreckte, aber vollkommen begrenzt war. Das Secret war copiös, ätzend, und, wie bei allen Krebsgeschwüren, stinkend. Im Uebrigen fühlte die Frau sich vollkommen wohl; auch vermochte die physikalische Exploration an der Brust und am Unterleibe nichts Anomales nachzuweisen.

Es wurde etwas von der Aftermasse fortgenommen und mikroskopisch untersucht, und hierbei ergab sich, dass wir einen Epithelialkrebs vor uns hatten, dessen Exstirpation nach seinem so eben angegebenen Sitze und Umfange keine zu grosse Schwierigkeit zu bieten schien. Ueberdies forderte schon der erschwerte Stuhlgang und der damit verbundene heftige Schmerz, die durch die ausfliessende Jauche verursachte Verunreinigung, die Möglichkeit einer Resorption dieser Jauche, Entfernung des als Epithelialkrebs diagnosticirten krankhaften Gebildes.

Es schien angemessen, nicht sofort zur Operation zu schreiten, sondern die Patientin durch eine angemessene Diät vorzubereiten, die darin bestand, dass sie nur durch Fleischbrühe genährt wurde und täglich zwei Klystiere aus Oel und Wasser erhielt, um so den unteren Theil des Darmkanals möglichst von allen fäculenten Stoffen frei zu machen. Nach einer solchen achttägigen Vorkur, unter gleichzeitiger Anwendung warmer Bäder, ward am 24. Juli zur Operation geschritten. Am Morgen erhielt die Kranke, um Stuhlverstopfung hervorzurufen, eine Dosis Opium, und nachdem sie mittelst Chloroform anästhesirt worden, ward sie so gelagert, dass der Oberkörper und der Bauch auf dem Operationstisch ruhten, während ihre herabhängenden Schenkel auf zwei etwas entfernt von einander stehenden Stühlen fixirt gehalten wurden, zwischen welchen der Operateur stand. Nachdem dieser vermittelst des eingeführten Zeige- und Mittelfingers der linken Hand die ganze krankhafte Masse vor die Afteröffnung gedrängt hatte, schälte er dieselbe mittelst des Messers heraus. Die Blutung war nicht sehr bedeutend, und stand, nachdem eine Arterie unterbunden war, unter der Anwendung von kaltem Wasser. Nach Einführung zweier Schwämme in den Mastdarm und eines dritten in die Scheide, ward die Operirte in ihr Bett getragen, wo sie sich nach einigen Stunden von der Mattigkeit, dem einzigen auf die Operation folgenden Symptom, erholt hatte. Die früher eingeführte Diät ward beibehalten.

Nach zweimal 24 Stunden wurden die Schwämme aus dem Mastdarm entfernt und die Wunde durch Einspritzen lauen Wassers gereinigt. Oeffnung erfolgte erst am sechsten Tage, und zwar auf ein Clysma. Von diesem Tage (30. Juli) ab erfolgten die Stuhlentleerungen spontan, und die Operirte war ausser Stande, sie zurückzuhalten, was offenbar die Folge der stattgehabten Durchneidung des *Sphincter ani* war. Die Patientin behielt daher Tag und Nacht eine Bettpfanne unter sich, und es wurde für fleissige Reinigung der Theile durch Sitz- und allgemeine Bäder Sorge getragen.

Schon nach 14 Tagen wurden die spontanen Entleerungen seltener, und gegen Ende August's wurde die Operirte durch diese nicht mehr überrascht, sondern sie konnte recht gut sie so lange zurückhalten, bis sie aus dem Zimmer zum Abtritt gelangt war. Vollkommen geheilt verliess sie am 31. August das Hospital.

Die genaue mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Aftergebildes bestätigte die frühere, es war Epithelialkrebs, und in sofern dürfen wir hoffen, dass kein Recidiv eintreten werde. —

Ein Fall von *Carcinoma palpebrae super.* und die Exstirpation einer Krebsgeschwulst an der Nase wurden in der Deutschen Klinik No. 17. S. 180 beschrieben.

Bei einem 25 Jahre alten Knecht mit einer Krebsgeschwulst der Thränenkarunkel und des unteren Augenlides auf der rechten Seite, war die Exstirpation der ersteren und die Amputation des letzteren mit Erfolg durchgeführt, und die mikroskopische Untersuchung der abgetragenen Gebilde bestätigte die Krebsnatur.

9. Absetzung des männlichen Gliedes wegen Krebs.

Fall I. J. v. Weeg, 54 Jahre alt, von mittlerer Grösse, mässig kräftiger Statur, der früher im Felde gedient und sich bisher einer vortrefflichen Gesundheit erfreut hatte, bemerkte im Herbste des vorigen Jahres einen kleinen harten Knoten an der Eichel, welcher sich unter durchfahrenden Schmerzen rasch ausbreitete, so dass er nach Verlauf von 4 Wochen schon die Hälfte der Eichel einnahm. Zu gleicher Zeit bildete sich auf der Stelle seiner stärksten Wölbung ein nässendes Geschwür. Nach und nach erstreckte sich das Uebel auch von der Eichel aufwärts gegen die Schambeinfuge hin, so dass der ganze Penis von einer ungleichen, harten Aftermasse eingenommen und durch dieselbe verdickt wurde. Am 12. Aug. suchte der Kranke Hülfe in der chirurgischen Klinik dahier. Der ganze Penis bis 1 Zoll vor dem Schambogen war in eine harte, unförmliche Masse verwandelt; das Geschwür an der Eichel von $1\frac{1}{4}$ Zoll Durchmesser ging sehr in die Tiefe und sonderte eine übel riechende Jauche in ziemlicher Menge ab. Die Schmerzen waren bedeutend: der Urin ging in einem Strahl ab. Das Leiden war unverkennbar *Carcinoma penis*, und somit die Amputation desselben angezeigt.

Hr. Prof. Böttger aus Frankfurt sprach über das Verhalten des Quecksilberchlorids zu verschiedenen elektropositiven Metallen und die Darstellung eines Eisenamalgams durch Behandeln des Gemenges von gleichen Gewichtsmengen Quecksilberchlorid und der *Limatura ferri* mit der doppelten Gewichtsmenge Wasser und etwas Quecksilber.

Ferner machte er der Section einige Mittheilungen über das Verhalten gewisser Kohlen gegen Jodkalium und über eine damit in Verbindung stehende Erfindung, Kupfer- und Stahlstiche auf Papier zu copiren. Wenn man nämlich einen solchen in 100fach verdünnte Schwefelsäure eintaucht und ein Stück Schreibpapier mit 72fach verdünntem Jodkalium überpinselt, so erhält man einen Abdruck des Stiches auf dem Papier, wenn man beide über einander legt und etwa 10 Minuten mässig presst. Noch fehlt ihm jedoch das Mittel, jene Abdrücke zu fixiren. Dies Verfahren ist aber nicht anwendbar für Letterndruck und für Lithographien, für welche Dr. Böttger aber auch ein von ihm als Geheimniss reservirtes Verfahren erfunden hat.

IV. Section für Botanik, Ackerbau- und Forstwissenschaft.

Vormittagssitzung vom 19. September.

Gemäss der Tagesordnung sprach zuerst Hr. Röse über die Moose Thüringens, besonders einige neuentdeckte. Zuerst hob derselbe die Verdienste Bridel's und Plaubel's hervor, bemerkte aber dabei, dass dessenungeachtet die Schätze des Thüringer Waldes noch wenig bekannt seien, und legte als Zeugniss eine Sammlung neuentdeckter, von früheren Forschern nicht erwähnter Laubmoose vor. Nebenbei macht er aufmerksam auf mehrere in Thüringen gefundene, früher nur anderen Floren zugewiesene Phanerogamen, z. B. Stellaria Frieseana Ser. bei Paulinzella, Epigonium Gmelini Rich. bei Cabarz, Potamogeton trichoides Cham et Schlecht. bei Schnepfenthal, Pot. marinus L. ebendaselbst, Senecio vernalis W. K. bei Arnstadt, und legt Exemplare dieser Pflanzen vor. — Rücksichtlich der Moose macht Hr. Röse besonders aufmerksam auf den Reichthum des Gebirges an Kryptogamen, wie dieser sich namentlich zeigt in der Gegend um den Inselsberg, Beerberg, Schneekopf und an den Saalbergen. Er beweiset durch das Vorkommen von Anomodon striatus Tourn., Bryum alpinum L., Dicranum rupestre Brid., montanum Hedw., Grimmia Douniana Sm., Hypnum atrovirens reflexum Starke, Trichostomum flexicaule Br. u. s. w., dass unser Thüringer Wald den Charakter der höhern Berg- und subalpinen Region trage; selbst einige Repräsentanten der alpinen Region werden vorgezeigt, so z. B. Weisia serrulata Funck, Seligeria tristicha Br. et Sch., Grimmia patens Br. et Sch., Hypnum molle Dicks. u. s. w. Das Verhältniss der Thüringer Moosvegetation zu der von ganz Deutschland stellt sich demnach wie 291 : 490, welche Vergleichung auf die einzelnen Familien ausgedehnt wurde; von Lebermoosen lässt sich kaum eine Uebersicht aufstellen, da das Gebiet in dieser Hinsicht noch zu wenig durchforscht ist. — Als neuentdeckte Moose wurden vorgelegt: Hypnum Roeseanum Hampe, Hypn. cupressiforme var. vernicosum Hampe, Hypnum molluscosum var. Hampeanum Roese u. s. w. Schliesslich

Nachdem W. vermittelst Chloroform innerhalb 10 Minuten anästhesirt worden, ward ein starker Seidenfaden durch den gesunden Theil des Penis gezogen, um den kleinen zurückbleibenden Theil auf diese Weise hervorziehen zu können; hierauf amputirte Dr. O. Heyfelder den Penis mit einem Zuge dicht an der Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe, also etwa 1 Zoll vor dem Schambogen. Die *Arteria dorsalis* wurde unterbunden, die übrigen blutenden Gefässe durch Anspritzen mit kaltem Wasser zum Stehen gebracht, ein elastischer Katheter in die Harnröhre eingeführt und nach oben befestigt. Eine am Abend eintretende leichte Blutung hörte nach der Anwendung kalter Ueberschläge sogleich auf. Das Allgemeinbefinden des Operirten war befriedigend, das Fieber wie der Schmerz in der Wunde unbedeutend.

Vom 16. an, wo der Katheter aus der Harnröhre entfernt wurde, erhielt W. täglich ein allgemeines Bad, um in demselben den Urin schmerzlos und ohne Reizung der Wunde lassen zu können. Wegen der etwas bedeutenden Eiterung wurde am 17. der durch den Rest des Penis gezogene Faden herausgenommen. Indem sich in den folgenden Tagen die Wunde zusammenzog und die Eiterung bedeutend nachliess, so konnte der Operirte bei seinem übrigen Wohlbefinden am 26. entlassen werden.

Die Untersuchung des abgesetzten Gliedes zeigte das Geschwür weit in die Tiefe dringend, die Eichel ganz zerklüftet, den übrigen Penis sowohl mit harten als Eiter enthaltenden Krebsmassen durchzogen, wobei nur zu verwundern ist, dass die Harnröhre weder durch die Krebsjauche corrodirt, noch durch die Krebsknollen an irgend einer Stelle verengert oder unwegsam gemacht wurde.

Die mikroskopische Untersuchung der Aftermasse erwies Epithelialkrebs.

Die chemische Untersuchung durch Freiherrn v. Bibra gab folgendes Resultat:

100,00 trockene Substanz ergaben Asche = 7,82 pCt.

Diese enthielt:

Chlornatrium	7,35
Schwefelsaures Alkali	8,39
Phosphorsaures Natron	56,96
Phosphorsaure Erden und Eisen	25,30
Kohlensäure	2,00

Fall II. Johann B., 49 Jahre alt, kräftig organisirt und von gesundem Aussehen, litt an *Cancer penis*, der vor einem halben Jahre aus einem kleinen Knoten auf dem Rücken der Eichel sich zu entwickeln angefangen hatte, und beim Eintritt des Kranken in's Hospital am 8. Sept. das ganze männliche Glied so total einnahm, dass dieses bei der Operation gewissermaassen enucleirt werden musste. Auch hier erfolgte die Heilung sehr schnell, und ebenfalls erwies die mikroskopische Untersuchung Epithelialkrebs.

Die chemische Analyse des Afterprodukts durch Frhrn. v. Bibra ergab:

100,00 trockene Substanz ergaben Asche = 6,39 pCt.

Diese enthielt in 100,00 Theilen:

Chlornatrium	10,14
Schwefelsaures Alkali	4,22
Phosphorsaures Natron	55,58
Phosphorsaure Erden und Eisen	26,99
Kohlensäure	3,07

Ein dritter Fall von Krebs des männlichen Gliedes bei einem 71jährigen Manne ist an einem andern Orte („Ueber das *Delirium nervosum* nach Operationen und Verwundungen" in Vierordt's Archiv für phys. Heilkunde X. 3. S. 462) besprochen worden.

In allen diesen Fällen hatten die früheren Aerzte das Uebel für Syphilis gehalten, und durch dieser Ansicht entsprechende Kuren Heilung versucht. In ähnlicher Weise war es bei einer Frau mit Krebs der Clitoris und der grossen und kleinen Schamlippen geschehen. Hier ward operative Hülfe erst nachgesucht, als das Uebel auch über die Vagina sich ausgebreitet hatte, und der allgemeine Zustand der Frau eine Operation contraindicirte.

10. Exstirpation vergrösserter Achseldrüsen.

Anna Müller, 30 Jahre alt, ein gesundes Bauermädchen, und jedenfalls ohne Merkmale überstandener Skrophelsucht, bemerkte im Herbste 1850, dass in der rechten Achselgrube eine Geschwulst sich bilde, welche, ohne gerade zu schmerzen, sie doch bei der Arbeit hinderte, was sie endlich bestimmte, am 31. März d. J. in hiesiger Klinik Hülfe zu suchen.

Die Geschwulst hatte jetzt den Umfang eines Enteneies und füllte die Achselhöhle vollständig aus, dabei war sie beweglich, unschmerzhaft, und verbarg gewissermaassen eine andere tiefer sitzende Geschwulst von gleicher Grösse und Beschaffenheit.

Die Ausschälung der Geschwulst geschah am 1. April, nachdem das Mädchen durch Chloroform-Inhalation anästhesirt worden war. Die oberflächlich liegende Geschwulst war bald entfernt, nachdem sie durch einen über ihren grösseren Durchmesser geführten Schnitt zugänglich gemacht worden war. Nicht so leicht gelang die Ausschälung der zweiten, unter der ersten gelegenen, wobei wir uns besonders des Hornmessers bedienten. Jetzt zeigten sich aber noch zwei andere Geschwülste von dem Umfange eines Hühnereies, von welchen die eine bis unter die Clavicula, die zweite dagegen bis zur Scapula reichte. Auch zu ihrer Entfernung bedienten wir uns mehr des Hornmessers und der Finger, als der Cooper'schen Scheere, und dennoch wurden hier zwei kleine Gefässe verletzt, deren Unterbindung wegen ihrer tiefen Lage nicht leicht gemacht werden konnte.

Die Hautwunde wurde durch 6 Knopfnähte vereinigt und heilte binnen 14 Tagen vollständig.

Die exstirpirten Geschwülste waren vergrösserte Drüsen; die mikroskopische Untersuchung zeigte dicht an einander gelagerte Eiterkörperchen.

Die Diagnose der Geschwülste bietet ungeachtet der neuen diagnostischen Hülfsmittel nicht selten grosse Schwierigkeit, wie namentlich der nachfolgende Fall beweisen mag.

Georg Lang, ein 33 Jahr alter, kräftig gebauter Landmann, hatte sich stets einer trefflichen Gesundheit erfreut, und nur in seinem dreiundzwanzigsten Jahre während seiner militärischen Dienstzeit eine heftige Lungenentzündung überstanden. In der Mitte des Januar l. J. gewahrte er über seiner linken Brustwarze auf dem Zwischenraume zweier Rippen eine Geschwulst von der Grösse einer Bohne, welche etwas beweglich war, ohne Schmerzen allmälig an Umfang zunahm, und in 5 Wochen die Grösse eines Hühnereies erreichte. Ende Fe-

---

ward noch der Wunsch ausgesprochen, dass sich die Thüringer Botaniker mehr der Kryptogamenkunde zuwenden möchten, um mit vereinten Kräften dahin zu wirken, die Thüringer Flora in dieser Hinsicht mehr aufzuschliessen und zur Anerkennung zu bringen.

Hierauf hielt Hr. Sanitätsrath Dr. Metsch einen überaus interessanten Vortrag über das Vorkommen von weniger bekannten Pflanzen-Varietäten in den Umgebungen der Stadt Suhl und legte eine Sammlung höchst instructiver Exemplare getrockneter Pflanzen vor. So sah man z. B. Milium effusum mit auf der einen Seite braungefärbten Aehrchen, bei Schmiedefeld gefunden; Alopecurus nigricans der deutschen Floristen erklärte er für eine blosse Modification von Al. pratensis. Alopec. pratensis var. vivipara ward aufgezeigt. Avena pubescens β) alpina Rchb. ward aufgezeigt und die Unterscheidungsmerkmale aufgewiesen; ebenso sahen wir A. flavescens β) major und γ) variegata auctorum, Polygonum Hydropiper β) hybridum. Blitum Bonus Henricus β) denudatum; Lysimachia suaveolens Schönheit erklärt der Redner für eine blosse Modification von L. Nummularia L.; bei Anagallis coerulea Schreb. wird gewöhnlich gesagt: Raro variat floribus albis, Metsch meint noch hinzufügen zu müssen et violaceis. — Verbascum Schraderi Meyer ward in den beiden Formen densifolium und laxifolium aufgezeigt. — Von Galeopsis pubescens Bess hatte die Sammlung die Formen glandulifera und mollis. — Sonst waren noch äusserst interessant: Galeopsis versicolor β) parviflora, Ajuga reptans β) alpina, Galeobdolon vulgare, Gentiana campestris β) mixta (G. chloraefolia Nees ab Esenb.), Gentiana germanica β) humilis, G. spathulata der Flora Henneb. Nachgewiesen wurde, dass G. pyramidalis Nees nur eine etwas mehr verästelte und mit spitzern Kronengipfeln versehene Modification von G. obtusifolia Willd. sei. — An Vaccinium Myrtillus, berichtet Hr. Dr. Metsch, finde sich auf dem Thüringer Walde bisweilen, wenn auch selten, eine weisse, wachsartige Frucht. Eine wunderbare Bildung der Jasione montana L., Phyteuma spicatum β) coerulescens Rchb., Hypochoeris maculata β) phyllocaulus Flor. Henneb., Scorzonera humilis β) plantaginea, Crepis tectorum β) linearis, Hieracium murorum β) serotinum, γ) villosum Fröl., Hieracium rigidum Fries und H. tridentatum Fr. wurden vorgelegt. Eine ganze Reihe von Varietäten der Knautia arvensis, Valeriana officinalis β) minor Koch, Pimpinella magna β) rosea auct., Angelica montana Schleich., Ranunculus aquatilis δ) capillaceus der Fl. Henneb., mehrere Alsineen, Onagrieen, Rosaceen, Capuliferen erfreuten die Versammlung. Leider drängte die vorgeschrittene Zeit zu sehr, als dass man der Ansicht der Sammlung und dem anziehenden Vortrage des Redners die erwünschte Ausdehnung hätte gewähren können.

Von den in der vorberathenden Sitzung angemeldeten Vorträgen wurden No. 3. und No. 5. auf die Tagesordnung für Montag früh gesetzt, zugleich erfreute Hr. Dr. Schacht die Versammelten durch das Versprechen eines Vortrags.

(Fortsetzung folgt.)

brusrs empfand er von Zeit zu Zeit Schmerzen in der Geschwulst, und von dieser Zeit wuchs sie zusehends, so dass sie am 21. März, wo der Patient Hülfe in der chirurgischen Klinik nachsuchte, den Umfang einer starkentwickelten Weiberbrust hatte, von der dritten bis zur sechsten Rippe und vom linken Rande des Brustbeins bis fast zur Achselhöhle sich erstreckte. Beweglichkeit zeigte sie jetzt nicht mehr, ihre Form war die runde, ihr Querdurchmesser etwas grösser als ihr Längendurchmesser, ihre Consistenz gleichmässig fest, die äussere Haut über ihr gespannt, sonst von natürlicher Beschaffenheit, nirgends ein Gefühl von Schmerz, nirgends eine Spur von Fluctuation und Pulsation, überall dieselbe Consistenz.

Der Kranke war zuerst in der medicinischen Poliklinik gewesen, von wo er von dem poliklinischen Assistenten in die chirurgische Klinik geführt und hier als mit einem Fibroid von ungewöhnlichem Umfange behaftet vorgestellt wurde. Das Aftergebilde schien in festem Zusammenhange mit den Rippen zu sein, der Percussionston war überall normal, überall vesiculäres Athmen vernehmbar, der Herzstoss an der natürlichen Stelle sichtbar, die Herztöne waren deutlich vernehmbar, die Vibrationen der Stimme durch die Geschwulst nicht zu fühlen. Die Respiration und die Herzthätigkeit waren so wenig jetzt als früher in irgend einer Weise beeinträchtigt, und auch an dem auf- und an dem absteigenden Aste der Aorta konnte nichts vom Gesundheitsgemässen Abweichendes ermittelt werden. Esslust, Schlaf und Befinden waren bisher gut gewesen.

Eine *Punctio exploratoria* der Geschwulst mit Hülfe des Troisquart explorateur verursachte dem Kranken so zu sagen keinen Schmerz und entleerte nur wenige Tropfen Blut. Beim Einführen des Troisquart explorateur hatte ich das Gefühl, als wenn ich Anfangs in eine festere Corticalsubstanz und dann in eine weichere Masse eindränge. In der folgenden Nacht hatte der Kranke bedeutende, den Schlaf verscheuchende Schmerzen in der Geschwulst, welche gegen die Achselhöhle zu an Umfang etwas zugenommen zu haben schien.

Von welcher Natur war dieses Aftergebilde? Seine rasche Entstehung, sein Entwickelungsgang und seine übrige äussere Beschaffenheit sprechen gegen die Annahme eines Fibroids, eines Steatoms, eines Lipoms und einer Balggeschwulst. Eine traumatische Einwirkung hatte nicht stattgefunden und war der Entstehung der Geschwulst nicht vorangegangen. Die Möglichkeit eines Aneurysma wurde aufgeworfen, aber niemals waren, weder vom Patienten, noch von dem anwesenden Arzte, welcher den Kranken von Anfang an beobachtet und ihn der Klinik zugeführt, Pulsationen oder Erscheinungen wahrgenommen worden, die sonst aneurysmatischen Geschwülsten eigen zu sein und sie zu charakterisiren pflegen. Am wahrscheinlichsten schien ein Markschwamm im vorliegenden Falle zu sein, welcher ja bei Individuen jeden Alters und von jeder Constitution angetroffen wird, oft sehr schnell sich entwickelt, Anfangs ohne Schmerzen und plötzlich von den heftigsten Schmerzen begleitet ist, gerade wie es hier der Fall war. Auch die *Punctio exploratoria* und dabei das Gefühl, als wenn man erst eine mehr consistente, nachher eine weichere Masse, durchdringe, sprechen gewissermaassen für eine markschwammige Natur der Geschwulst.

Die Schmerzen in derselben nahmen seit der *Punctio exploratoria* stündlich zu und bestimmten den Patienten, in eine Operation zu willigen, die ich in der Voraussetzung unternahm, ein Aftergebilde vor mir zu haben, das entweder von den Rippen, oder von ihrem Periost, oder auch selbst von der Pleura ausgegangen war, daher zur Beseitigung der Aftermasse vielleicht selbst eine partielle Resection einzelner Rippen nöthig werden könnte.

Zu dieser Operation wurde am 25. März in der Klinik in Gegenwart der HH. Prof. DD. Dittrich und Gerlach, Dr. Wintrich und einer grossen Zahl von Studirenden der Medicin geschritten, nachdem der Kranke noch einmal genau untersucht und dann in Chloroformanästhesie versetzt worden war.

Durch einen fünf Zoll langen, halbmondförmigen Schnitt längst dem untern Rande der Geschwulst in der Richtung vom Brustbein zur Achselgrube trennte ich die Haut, das subcutane Zellgewebe und die hier befindlichen, stark angespannten Bündel des *M. pectoralis.* Ich kam nun auf eine pralle, mit einer dünnen Haut überzogene Geschwulst von ungleicher Oberfläche und von dunkeler, ins Bläuliche spielender Farbe. Die Geschwulst sass mit sehr breiter Basis auf der Brustwand, so dass ihre Gränzen sich nicht genau ermitteln liessen, das Palpiren derselben rief keine Fluctuation hervor. Indem ich die Schichten, welche die Geschwulst bedeckten, theils auf der Hohlsonde, theils unter Aufheben mit der Pincette mit flach geführten Messerschnitten trennte, erhielt die Geschwulst selbst eine kleine Oeffnung, durch welche ich das Innere derselben mit einer Sonde untersuchen konnte. Die Peripherie bildete eine feste, ziemlich compacte Masse, dann folgte ein dünnflüssiges Contentum, und durch dieses gelangte ich auf die blossliegende, rauh erscheinende Rippe. Beim Zurückziehen der Sonde traten einige Tropfen einer blutähnlichen Flüssigkeit aus der Oeffnung, welche bei der sogleich vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung sich als wirkliches Blut erwiesen.

Die peripherischen Schichten der Geschwulst zeigten sich an der Stelle, wo die Untersuchung mit der Sonde geschehen, so wenig resistent, dass sie unter einem mässigen Druck mit dem Finger auseinander wichen, wodurch es möglich wurde, mit dem kleinen Finger in das Innere der Geschwulst einzugehen und die Höhle derselben genauer zu untersuchen. Die äussere Schicht war 9 Linien dick und von fibrinartiger Beschaffenheit, und umschloss ein dünnflüssiges, blutähnliches Fluidum, in welchem einige kleine losgetrennte Knochenstückchen sich befanden, das Sternalende der vierten Rippe war in einem Umfange von circa 2 Zoll von Weichtheilen entblösst und rauh, also wahrscheinlich cariös. Eine Perforation der Brustwand und eine Communication mit dem *Cavum thoracis* war nicht zu entdecken.

Somit stand so viel jetzt fest, dass wir keinen Markschwamm und auch kein anderes analoges Aftergebilde vor uns hatten. Nach dem bisherigen Befunde musste von einem arteriellen Gefässe die Geschwulst herrühren. Von welcher Arterie dies ausgehe, und in welchem Umfang das Gefäss krankhaft ergriffen sei, liess sich in diesem Augenblicke nicht wohl ermitteln, da es ja bekannt ist, welche Veränderungen alle organischen Gebilde im kranken Zustande in Bezug auf Lage und Umfang erfahren, so dass alle anatomischen Anhaltspunkte nichtig werden können.

Der Entwickelungsgang des Uebels hatte, wie wir gesehen, in keiner Weise Erscheinungen herbeigeführt, die auf ein Aneurysma oder überhaupt auf ein Leiden der Arterien der Brust hingedeutet. Ein traumatischer Einfluss hatte nicht stattgefunden und kein ätiologisches Moment war zu eruiren gewesen, welches irgend einen Aufschluss über die Natur des Uebels hätte geben können.

Unter solchen Umständen (wo die Diagnose des Uebels insofern nicht feststand, dass über den Sitz und den Umfang desselben es unmöglich war, Gewissheit zu bekommen) die Operation fortsetzen zu wollen, wäre ein blindes Wagstück gewesen, welches die unangenehmsten Folgen hätte haben können. Somit stand ich von jedem weitern operativen Eingriffe ab, und hierin stimmten mir alle anwesenden Collegen bei, an welche ich die Aufforderung ausgesprochen, ihre Ansicht und ihren Rath mir nicht vorenthalten zu wollen.

Die Wunde wurde durch neunzehn Knopfnähte vereinigt, darüber ein gefensterter Ceratlappen gelegt und sodann kalte Ueberschläge gemacht, innerlich Haller'sches Sauer mit Himbeersyrup unter Wasser als Getränk, ausserdem eine strenge Diät und eine stete Rückenlage angeordnet. Die ersten Tage verliefen gut, der Operirte hatte einen mässig beschleunigten Puls, einen ruhigen Schlaf, wenig Durst, guten Appetit und täglichen Stuhlgang. Bei der ersten Erneuerung des Verbandes am 28. März, an welchem Tage sämmtliche Knopfnähte entfernt wurden, war fast die ganze Wunde *per primam intentionem* geheilt, nur an dem abschüssigsten Theile und an dem Ende derselben unter der Achsel fehlte die Vereinigung, und an diesen Stellen waren einige Tropfen Eiter. Die Geschwulst selbst erschien weniger umfangreich, im Uebrigen unverändert, und auch bei vorsichtiger Compression erfolgte kein Ausfluss aus den noch nicht vereinigten Stellen.

Am 29. März hatte der Operirte mehr Hitze und mehr Durst, auch hatte sich ein leichter Hustenreiz eingestellt, daher eine Salpetersolution mit Bilsenkrautextract innerlich gereicht ward. Beim Verbinden floss etwas mehr Eiter aus, was besonders bei einer milden Compression der Fall war, sowie auch dann, wenn der Operirte hustete. Dabei war die Geschwulst im Vergleiche zum Tage zuvor etwas kleiner geworden.

Am 30. März zeigte der Puls eine grössere Frequenz und einige Härte, die Eiterabsonderung war mehr copiöse, der Eiter selbst mehr dünn und mit Blut gemischt. Dabei hatte der Kranke Esslust, einen guten Schlaf, wenig Husten, und klagte weder über Brust- noch andere Beschwerden. Die acustische Exploration liess nichts Abnormes auffinden. Der Husten war von einem geringen, zuweilen mit Blut etwas tingirtem Auswurfe begleitet.

In der Nacht vom 1. auf den 2. April hatte der Kranke einen halbstündigen Schüttelfrost mit nachfolgender starker Hitze, ermattendem Schweisse und grossem Durste. Am Abende fühlte er sich überaus kraftlos, sein Puls war klein. Nachdem 3 Tage keine Veränderung im Befinden des Kranken eingetreten, hustete derselbe ohne besondere Veranlassung viel am 5. April. Dazu kamen zwei starke Frostanfälle mit darauf folgender Hitze, ermattenden Schweissen und quälendem Durste, die Gesichtszüge verfielen, die Wundsecretion veränderte sich in qualitativer und in quantitativer Beziehung, indem sie sehr copiös, missfarbig und übelriechend ward.

Am 6. April trat beim Verbinden der Wunde eine ziemlich schwer zu stillende Blutung ein, die am nächsten Tage sich zweimal wiederholte. Dabei sank der Puls und ward sehr frequent, die Haut kühl und mit klebrigem Schweisse bedeckt, die Respiration mühsamer und

schneller, das Auge matt, die Nase spitz, nach der Meinung des Patienten das Befinden nicht schlecht. Am 7. April gegen Mitternacht erfolgte der Tod.

Die Section wurde nach 34 Stunden (nach meinem Wunsche durch Prof. Dr. Dittrich) gemacht und ergab Folgendes:

Die an der linken Brusthälfte befindliche Operationswunde war mit einer dünnflüssigen, schmutzigbraunen, jaucheartigen Flüssigkeit bedeckt, welche sich über die ganze Geschwulst erstreckte, die den Umfang eines Kinderkopfes hatte. Ebenso war das subcutane und interstitielle Zellgewebe auf der ganzen vorderen Brustpartie bis zum Brustbeine, bis zum Schlüsselbeine und bis zur Achselhöhle brandig abgestorben und in eine bräunliche, filzige, stinkende, weiche, pulpöse Masse umgewandelt. In dem die Geschwulst umgebenden Jaucheheerde waren auch der grosse und kleine Brustmuskel, welche jedoch noch ihre äussere Form und Beschaffenheit erhalten hatten. Die Geschwulst selbst bestand aus einem dichtfaserigen Sacke, welcher eine bräunliche coagulirte Blut- und Fibrinmasse umschloss. Die Basis dieses Sackes bildete die vordere Fläche der vollkommen freiliegenden und von allen Weichtheilen entblössten vierten Rippe, deren Oberfläche rauh, uneben und mit vereinzelten, unregelmässigen, stacheligen Osteophyten besetzt war. Das Gewebe der Rippe war bis in den Markkanal hinein hie und da groblöcherig, an andern Stellen fein porös. An dem Uebergangspunkte der Rippe in dem Rippenknorpel war die Continuität aufgehoben. Die dritte und die fünfte Rippe waren von Weichtheilen bedeckt. In dem zersetzten Blutcoagulum, welches die vierte Rippe umspülte, fanden sich rauhe, zackige, abgestossene und daher freiliegende Knochenstücke von der Grösse einer Linie bis zu 4 Linien (ohne Zweifel abgelöste Osteophyten der in einen Entzündungsprocess gezogenen Rippe). In ähnlicher Weise, als sich zwischen der vierten Rippe und den weichen Brustbedeckungen eine Geschwulst gebildet, fand sich auch eine von der inneren Fläche dieser Rippe ausgehende Geschwulst von dem Umfange einer Mannsfaust in der Brusthöhle, und zwar speciell gegen den linken Pleurasack zu. Der Sack dieser nach innen gehenden Geschwulst war dünner, als der auf der äussern Brustwand vorgefundenen Geschwulst, und an einigen Stellen, besonders am Grunde, von der durch neue, in der Organisation begriffene Exsudate verdickten Pleura gebildet, an manchen Punkten kaum $\frac{1}{4}$ Linie dick. Die Form dieser Geschwulst war abgerundet und gegen die Pleura zu leicht abgeplattet, ihr Inhalt, wie der in der äussern Geschwulst, ihre Basis die hintere Fläche der von Weichtheilen entblössten, isolirt liegenden vierten Rippe, so dass man aus der äussern Geschwulst bequem durch die über und unter der vierten Rippe befindlichen Intercostalräume in den innern Sack gelangen konnte. Den gegen die vierte Rippe hin gewandten Theil der dritten und fünften Rippe fand man überall von Weichtheilen bedeckt, jedoch konnte man an den der Geschwulst zugekehrten Partien in einer Ausdehnung von 2 Zoll einen harten, dickleistigen Knochenrand fühlen, welcher einer Neubildung von Knochenmasse unter dem Perioste dieser Rippenränder wahrscheinlich verdankt und im Zusammenhange mit den zuvor erwähnten nekrotisch abgestossenen Osteophyten der vierten Rippe andeutet, dass sich der stattgehabte Entzündungsprocess auf diese nicht allein beschränkt hatte. An einer abgerundeten Stelle von dem Umfange einer flachen Hand hing dieser gegen den Pleurasack sich erstreckende Sack mit der vordern Fläche des obern Lappens der linken Lunge zusammen. Bei der Ablösung des Lungenlappens von diesem Sacke konnte man sich überzeugen, dass nicht allein der sehr dünne Sack, sondern auch die Pleura an dieser Stelle zerstört, und dass eine Schichte des hier angrenzenden, etwas comprimirten Lungengewebes auf eine Tiefe von 1—3 Linien durch die Verjauchung angegriffen war. Das unmittelbar angrenzende Lungengewebe war missfärbig grau, wenig lufthaltig, gleichsam comprimirt, doch ohne Spur eines Reactionsprocesses. Der obere Lappen der linken Lunge erschien blutarm, der untere dagegen bot ein dichtes, schaumiges Oedem und zahlreiche, linsen- bis haselnussgrosse, runde und keilförmig in die Tiefe gehende metastatische Ablagerungen, welche theils weich und faserstoff-eiterig, theils eiterig-jauchiger Art waren. Die rechte Lunge war ebenfalls blutarm im obern Lappen, blutreich und gleichfalls schaumig ödematös im untern Lappen, der überdies auch zahlreiche, oberflächlich gelegene und selbst an einigen Stellen die Pleura emporhebende eitrige Ablagerungen enthielt.

In den Bronchien beider Lungenlappen fand sich eine schaumige, röthliche Flüssigkeit. Die Jugularvenen waren fast blutleer, auch das schlaffe und welke Herz enthält wenig flüssiges Blut. Die Aorta war eng, ihre Wände dünn und zart, die Leber blutarm, die Gallenblase mit einer dicken, dunkelbraunen Galle angefüllt, die Milz auffallend gross, ihre Kapsel gespannt und dünn, die Nieren bleich, in der Harnblase viel trockener, flockiger Harn. Der Magen und der Darmkanal boten nichts Abnormes. —

Nach diesem Befunde dürfen wir folgern, dass die Geschwulst durch eine Entzündung der vierten Rippe oder ihres Periosts bedingt wurde, welche mit Caries endigte, in Folge dessen die entsprechende Intercostalarterie eine Zusammenhangstrennung erlitt, woraus eine Blutergiessung sowohl gegen die Brusthöhle, als auch unter den äussern Bedeckungen der Brust hervorgehen musste.

Somit bestand hier also ein sogenanntes *Aneurysma spurium*, dessen Ursprung wir nur von einer höchst latent verlaufenden Ostitis oder Periostitis in der vierten Rippe herleiten können. Dieselbe muss sehr latent aufgetreten und verlaufen sein, da der Patient niemals sich unwohl gefühlt und erst nach ärztlicher Hülfe sich umsah, als eine Geschwulst auf dem Zwischenrippenraume sich bildete, und als überdies der Arzt, welcher den Kranken damals beobachtete, keine verdächtigen Symptome wahrnahm, ohne welche eine solche Affection kaum gedacht werden kann. Auch beim Eintritt des Patienten ins Hospital, wo die Geschwulst einen bedeutenden Umfang schon erreicht hatte, fühlte derselbe sich vollkommen wohl, alle Functionen waren geregelt, keine Störung irgend einer Art wahrzunehmen. Weder die Percussion, noch die Auscultation, die von mir und von anderen im Gebrauche der acustischen Explorationsmethoden wohl Geübten vorgenommen wurden, wiesen irgend eine Abweichung vom Gesundheitsgemässen in den Respirations- und Circulationsorganen nach, und das darf wohl einigermaassen befremden, als doch unbezweifelt bei der Ankunft des Kranken im Hospital nicht allein der Erguss zwischen der Rippe und den äussern Bedeckungen, sondern auch im Innern der Brusthöhle bestanden haben muss.

Die Existenz eines solchen Uebels hatte ich nicht geahndet und konnte es auch nicht nach dem Ergebniss einer genauen, sorgfältigen Untersuchung ahnden, sonst hätte ich eine Operation nicht unternommen. Meine Diagnose war auf ein von den Rippen, oder von ihrem Perinst, oder auch von dem Brustfell ausgehendes Aftergebilde gestellt gewesen, und ein solches zu entfernen, wäre nicht ausser dem Bereiche der Kunst gewesen.

Eine andere Frage bleibt noch, ob ich Recht hatte, die Operation zu unterbrechen und nicht zu Ende zu führen? und das glaube ich auch jetzt noch bejahend beantworten zu müssen. Nachdem ich einen Eingang zum Innern der Geschwulst gewonnen, wobei ich über den diagnostischen Irrthum aufgeklärt und zugleich inne ward, dass es sich hier nicht allein um einer Caries der Rippe, sondern von einem bedeutenden arteriellen Blutergusse handelte, dessen Ursprung zu erklären weder ich, noch meine anwesenden Collegen im Stande waren, so stand zu besorgen, dass durch ein kühnes Fortoperiren ein Blutverlust herbeigeführt werde, dessen Herr zu werden ausser dem Bereiche des Wundarztes gelegen, daher der Patient auf dem Operationstische hätte endigen können. Das würde freilich in dem vorliegenden Falle nicht stattgefunden haben, wenigstens nach dem Ergebniss der Section zu urtheilen, aber eben dieses, namentlich die Beschaffenheit der Lunge da, wo sie von der Geschwulst, soweit diese sich ins Innere der Brusthöhle erstreckte, berührt ward, dürfte auch zur Genüge darthun, dass weitere operative Eingriffe, namentlich eine Resection des kranken Rippentheils, von keinem günstigen Erfolge gekrönt gewesen sein würden.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 25. August 1851.

Vorsitzender Hr. Schütz. Schriftführer Krieger.

Das Protokoll wird verlesen und angenommen.

Hr. Posner stellt den Antrag, die von den Vortragenden selbst eingereichten Vorträge künftig nicht mehr zu verlesen; die Versammlung tritt dem insofern bei, als sich dieses nur auf diejenigen Abhandlungen beziehen soll, an welche keine Discussion geknüpft worden ist.

Hr. Schütz theilt ein Schreiben des Hrn. Hacker mit, in welchem dieser seinen Dank für die Ernennung zum correspondirenden Mitgliede ausspricht. — Ferner legt der Vorsitzende eine eingesandte Schrift vor: Chemische Untersuchung der Schwefelquellen Aachens von Prof. Justus v. Liebig. Aachen u. Leipzig, 1851. 8. III u. 44 S.

Hr. Posner spricht, anschliessend an Küchenmeister's Arbeit über Antiscabiosa (cfr. Deutsche Klinik 1851, No. 34) über das Anisöl, welches als ein die Krätzmilbe tödtendes Medicament aufgeführt ist. Versuche, die Hr. Posner mit dem Anisöl gegen Morpiones angestellt hat, brachten ein so heftiges Brennen auf der Haut hervor, dass der Kranke 24 Stunden lang keine Ruhe finden konnte; trotzdem waren die Parasiten nicht getödtet; auch die Krätzmilbe wird von dem Anisöl nicht getödtet. Dieselben negativen Resultate haben Hr. Schütz gegen

Morpiones, Hr. C. Hoffmann gegen Krätze beobachtet. Beide bestätigen den heftigen Hautreiz, welchen das Mittel erzeugt.

Hr. Parow, welcher kürzlich eine Badekur in Rehme gebraucht hat, berichtet über diesen noch so wenig gekannten Badeort:

„Das Bad Oeynhausen [1]) ist an der Köln-Mindener Eisenbahn, ¼ Meile von dem Dorfe Rehme, an der Weser, 1½ Meile von der Porta westphalica, in einem weiten, bügeligen Thale gelegen, welches gegen Norden vom Wesergebirge, gegen Süden vom Osning und den Lippischen Bergen umkränzt wird. Die Quelle, einem der tiefsten der bis jetzt bekannten Bohrlöcher von 2219 Fuss entspringend, gehört zur Klasse der Soolthermen, und hat, abgesehen von ihrer Temperatur und ihrem Kohlensäuregehalt, in ihrer chemischen Constitution unter den bekannten Soolen am meisten Verwandtschaft mit Kösen, während sie in der Gesammtheit derjenigen Qualitäten, welche sie vor allen anderen Quellen auszeichnen, nur mit dem Soolsprudel zu Nauheim [2]), an der Kassel-Frankfurter Eisenbahn, bei Friedberg in Kurhessen, 6 Meilen von Frankfurt a. M. gelegen, verglichen werden kann. Ein Vergleich der chemischen Analysen dieser beiden Quellen, denen sich, der vergleichenden Uebersicht wegen, die der Kösener und der berühmten Kreuznacher Quellen zugesellen mögen, ergiebt in 16 Unzen:

	Oeynhausen, nach Bischoff.	Nauheim, Soolsprudel nach Bunsen.	Kösen, nach Herrmann.	Kreuznach, Carlshaller Brunnen nach Osann	Eisenquelle nach Lowig.
Chlornatrium . . .	256,396	207,780	315,630	56,665	72,883
Chlorkalium . . .	—	—	0,940	0,407	0,624
Chlortalcium . . .	8,281	2,828	5,570	0,679	4,071
Chlorcalcium . . .	—	17,341	—	2,561	13,389
Chlorlithion . . .	—	—	—	0,056	0,613
Chlormangan . . .	—	—	—	0,654	—
Natronsulphat . . .	—	—	21,105	—	—
Kalisulphat	0,361	—	0,315	—	—
Kalksulphat . . .	22,999	0,538	31,630	—	—
Talksulphat	19,997	—	0,315	—	—
Kalkcarbonat . . .	6,670	16,996	4,725	0,613	1,693
Talkcarbonat . . .	3,850	—	—	0,475	0,106
Eisenoxydulcarbonat .	0,513	0,100	0,315	0,364	0,154
Manganoxydulcarbonat	0,010	—	—	—	—
Barytcarbonat . . .	—	—	—	—	0,017
Jodnatrium	—	—	—	0,044	—
Jodtalcium	—	—	—	—	0,035
Bromtalcium . . .	—	—	—	6,602	0,278
Thonerdechlorat . .	—	—	—	0,432	—
Thonerdephosphat . .	—	—	—	—	0,025
Kieselsäure	0,357	0,015	—	0,031	0,129
Quellsatzsäure . . .	—	—	—	1,472	—
Erdharz	—	—	0,650	—	—
	313,440	245,621	380,750	75,422	94,023

Die chemische Constitution Oeynhausens zeichnet sich daher besonders durch reichen Gehalt an Chlornatrium, Vorherrschaft von Kalk und Talksalzen und von Sulphaten, sowie durch reichen Eisengehalt aus, und steht in diesen Beziehungen Kösen am nächsten, während Nauheim durch das Zurückstehen des Gehalts an Sulphaten und Talkverbindungen, und durch den Gehalt an Chlorcalcium von Oeynhausen unterschieden ist, und Kreuznach bei geringerem Gehalt an festen Bestandtheilen überhaupt und Abwesenheit aller Sulphate vorzüglich durch seinen Jod- und Bromgehalt charakterisirt wird.

Die hauptsächlichsten Eigenthümlichkeiten, welche Oeynhausen auszeichnen, bestehen aber: 1) in dem Reichthum an Kohlensäure, wovon das Bohrloch 46,14 C.-F., einschliesslich der an die Carbonate gebundenen, in der Minute liefert, gleichzeitig mit einer Beimischung von 6,24 pCt. fremder Gase, die aber bei dieser Rechnung schon abgezogen sind; 2) der Temperatur von 26,5° R.; 3) der Druckhöhe von 14', womit die Soole dem Bohrloch entströmt; 4) dem Soolreichthum von 52—60 C.-F. in der Minute, den man durch Erweiterung des Bohrlochs auf 100 C.-F. und darüber zu vermehren hofft, während gegenwärtig durch das, für diese Arbeiten im Bohrloch befindliche Gestänge der Soolzufluss auf 52 C.-F. beschränkt ist.

[1]) Vergl.: Das Königl. Soolbad Oeynhausen bei Neusalzwerk unweit Preuss. Minden in seinen medicinischen Wirkungen dargestellt von Dr. F. W. v. Mölter, nebst einigen allgemeinen einleitenden Bemerkungen von C. v. Oeynhausen. 2. Auflage. Berlin, 1849. Nicolai'sche Buchhandlung. — Ferner: Bad Oeynhausen bei Rehme, mit vorzüglicher Rucksicht auf die Methode kurz dargestellt von Dr. F. W. v. Mölter. Berlin, 1850. A. Hirschwald.

[2]) Nauheim, seine natürlich warmen Soolquellen und deren Wirkung, nebst einer kurzen Nachricht über den Schwalheimer Mineralbrunnen von Dr. Fr. Bode. Kassel, 1845. Th. Fischer.

Das vermittelnde Moment für die volle Nutzbarkeit aller dieser Qualitäten bildet die Temperatur, vermöge welcher die Soole unmittelbar, so wie sie dem Bohrloch entquillt, zum Bade verwandt werden kann, denn hierdurch allein kommt der gesammte Kohlensäurereichthum zur Anwendung, kann die Druckhöhe der ganzen Soolmasse zweckentsprechend benutzt werden und wird eine vielseitige methodische Gestaltung der Bäder ermöglicht. Wir finden daher für sämmtliche 67 vorhandene Badewannen solche Vorrichtungen, welche eine abwechselnde Benutzung verschiedener Formen der Anwendungsweise des Bades bedingen, und haben dem entsprechend zu unterscheiden:

1) Das ruhige Bad, dem gewöhnlichen Bade anderer Soolen analog, mit geringer Entwicklung der Kohlensäure, die den Körper des Badenden in Bläschenform bedeckt.

2) Das durchfliessende Bad mit stetem Zufluss von unten und Abfluss von oben, wodurch das Wasser in strömende Bewegung versetzt wird, und eine stärkere Entwicklung bei steter Erneuerung des Zuflusses der Kohlensäure bedingt wird.

3) Das Wellen- und Schaumbad, das man bereitet, indem man das am Zuleitungshahn angebrachte, den Boden der Wanne fast erreichende Füllungsrohr abschraubt, und so den zufliessenden Wasserstrahl senkrecht auf den Wasserspiegel stürzen lässt, wodurch eine wirbelnde, wellenförmige Bewegung des Wassers entsteht, und die Kohlensäure in dichten Schaummassen sich auf dem Wasserspiegel entwickelt.

4) Das Bad mit Leitung des concentrirten oder zertheilten Wasserstrahls, mittelst der soliden oder flexiblen Doucheröhre oder des Brausekopfs auf beliebige Körpertheile.

Abgesondert von den übrigen Bädern:

5) Das Sooldunstbad, eine eigenthümliche Badevorrichtung, welche darin besteht, dass die nicht zu den Bädern verwandte Soole innerhalb eines besonderen Baderaums aus einem Steigerohr von 13 Fuss Höhe, das sich auf einem Boden von 8 Fuss Durchmesser erhebt, in Form eines Fallschirms herabstürzt und auf unten angebrachte, incrustirte Dornmassen zerstiebend den ganzen Baderaum mit Sooldunst von 22 bis 24° R. erfüllt, den der Badende mit der atmosphärischen Luft einathmet, und auf die theilweise oder gänzlich entblösste Haut einwirken lässt.

Andere Kurmittel Oeynhausens sind: ein schwacher Bitterbrunnen; der Beilombrunnen, eine schwächere Soolquelle, die ebenso, wie die Soole des Bohrlochs, meist verdünnt getrunken wird; Anwendung der Kohlensäure in Form einer Gasdouche, einer Kaltwasserdouche; die Luft an den Gradirwerken; eine Anstalt für versandte natürliche und künstliche Mineralwässer, und die Mutterlauge der chemischen Fabrik, bestehend aus:

Chlornatrium	. . .	261,120
Chlortalcium	. . .	4874,496
Natronsulphat	. . .	620,525
Talksulphat	. . .	172,800
Bromnatrium } Bromtalcium }	. .	230,400
Jodnatrium } Jodtalcium }	. . .	19,200

welche zuweilen als Zusatz zu den Bädern benutzt wird.

Die unmittelbare Einwirkung des Wannenbades ist höchst angenehm und erfrischend, und macht das Bad beim Einsteigen eher einen kühlen als warmen Eindruck, der aber bald einer behaglichen, prickelnden Wärmeempfindung in der Haut Platz macht; je mehr man sich der bewegten Badeformen bedient, desto mehr tritt die erregende Wirkung des Bades hervor, und tritt in der Regel nach einer Anzahl von 12—20 Bädern die sogenannte Sättigung mit Steigerung der ursprünglichen Krankheitserscheinungen, Mattigkeit und Zerschlagenheit in den Gliedern, Schwindel u. s. w. ein, und fordert zum zeitweisen Aussetzen des Bades, oder wenigstens vorsichtigem Weitergebrauch, auch wohl zu anderweitigen therapeutischen Eingriffen auf. Selten darf eine Kur über 28—30 Bäder ausgedehnt werden. Die Gesammtwirkung des Bades, soweit sie sich nach den bisherigen Beobachtungen ermessen lässt, giebt sich wesentlich als eine allgemein tonisirende, den Stoffwechsel und die Ernährung fördernde kund; v. Möller bezeichnet sie in seiner oben citirten neuesten Schrift S. 39 als bestehend in: „Beschleunigung des Stoffwechsels mit gleichmässiger Ausscheidung nach allen typischen Richtungen, und vorzugsweise Integration der Muskeln und übrigen contractilen Gewebe und der Nervensubstanz, besonders der Centralorgane.“ Ob und wieweit die Soole resorbirt wird, und welchen Einfluss hierbei die beregten Anwendungsformen des Bades haben, ist noch unentschieden. Dr. Alfter, der sich seit der letzten Saison in Oeynhausen niedergelassen, wird sich die Beantwortung dieser Frage zur Aufgabe machen, und hat nach einer, mir neuerlich gemachten brieflichen Mittheilung wenigstens das Eisen, nach dem Gebrauch der Bäder bei verschiedenen Individuen im Harn wiedergefunden.

Die Krankheitszustände, gegen welche Oeynhausen vorzugsweise

angewandt worden, und gegen die es sich erfolgreich gezeigt hat, gehören vorzugsweise der Klasse der Skrophulosen, Arthritiden und Nervenkrankheiten an; unter ersterer Gruppe waren es ganz besonders Knochenkrankheiten, Arthrocaceen in allen Formen und Stadien, bei denen sich ein überaus glänzender Erfolg gezeigt hat, unter letzterer: Paralysen, Anästhesien und Hyperästhesien. Ganz besonders günstige Resultate haben sich ferner bei Zuständen allgemein oder lokal gehemmter Entwicklung gezeigt.

Die Wirkung des Sooldunstbades berechtigt nach den bisherigen, freilich noch geringen Erfahrungen (es ist erst seit der vorletzten Saison zweckentsprechend hergerichtet) zu bedeutenden Erwartungen, da mehrere Beobachtungen vorliegen, wo es nicht bloss in veralteten Bronchialkatarrhen, selbst mit Emphysem der Lungen, sondern selbst in entschieden ausgesprochener, schon mit hektischem Fieber verbundener *Tuberculosis pulmonum* und *laryngis* sehr bemerkenswerthen Erfolg bewirkte. Auch bei eingewurzelter Schwerhörigkeit, mit Verdickung des Trommelfells (Dr. Alfter theilte mir einen solchen Fall von 9jährigem Bestehen mit) und skrophulösen Augenlidern hat es sehr günstige Resultate geliefert.

Nauheim besitzt kein Sooldunstbad, dagegen ein kohlensaures Gasbad. Der Soolsprudel Nauheims liefert 17,36 C.-F. Soole von 27° R. mit 14,9 C.-F. reiner Kohlensäure in der Minute. Die Badeverwaltung ist, wohl genöthigt durch den verhältnissmässig geringen Soolzufluss, weniger freigebig in der ungehinderten Verwendung der Soole, und sind daher die Vorrichtungen zu den, in Deynhausen für jedes Bad zugänglichen verschiedenen Anwendungsformen, dort nur für einzelne Zellen vorhanden."

Auf die Bemerkung des Hrn. Parow, dass Rehme das einzige Sooldunstbad besitze, entgegnet Hr. Reimer, dass dasselbe bei allen Salinen stattfinde, worauf indessen Hr. Parow erwidert, in den Salinen verdunste das Salzwasser auf den Gradirwerken in freier Luft; in Ischl, welches ein Sooldampfbad besitze, werde die Soole gekocht und verdunstet, während hier das natürlich warm hervorquellende Wasser in einem verschlossenen Raume auf Steine aufprallend verdunste, und eine mit Salz geschwängerte Atmosphäre von 22—24° R. erzeuge.

Hr. Schütz fragt, ob Hr. P. nicht nachtheilige Wirkungen von der Kohlensäure gesehen habe; deren hat derselbe aber nicht beobachtet; das Abschrauben des Rohres lasse zwar eine grosse Menge Kohlensäure entweichen, indessen schliesse man das Rohr, sobald man sich dadurch belästigt fühle. Hr. Reimer vermuthet, dass Abzugslöcher für das Gas angebracht sein werden, ähnlich wie dies in Kissingen geschehen sei, was Hr. Parow in Abrede stellt, indem dort die Kohlensäure nur auf demselben Wege entweiche, wie das Wasser, welches von oben seinen Abfluss habe. Hr. Lohde berichtet aus den Mittheilungen des zweiten Badearztes in Rehme, Dr. Schober, die Aufregung, welche die Kohlensäure erzeuge, sei so stark, dass Blutentziehungen dort an der Tagesordnung seien, und dass Plethora durchaus eine Contraindication gegen den Gebrauch des Bades abgebe. Hr. Parow bestätigt dieses in sofern, als er selbst zur Zeit der Sättigung, die, wie er vorher erwähnt, bei jedem Kurgaste nach einigen Wochen eintritt, Schwindel, Kopfcongestion u. s. w. an sich wahrgenommen habe; und dass man sich aus diesem Grunde häufig zu Blutentziehungen genöthigt sehe.

Schluss der Sitzung 9 Uhr.

Der Secretär der Gesellschaft: Krieger.

Berliner Gesundheitspflege-Verein.

Dritter Bericht.

Zweites Quartal 1851.

A. Bericht des ärztlichen Comité's.

Gegenwärtiger dritter Bericht schliesst sich in seiner Anordnung vollständig dem vorigen Berichte an; wir beziehen uns deshalb auf die in demselben gegebenen allgemeinen Erläuterungen. Die Erweiterungen, mit denen wir nach Maassgabe der Erfahrung, welche die Wirksamkeit innerhalb des Vereins gewährt, stets fortzufahren gedenken, betreffen diesmal den epidemischen Bericht in der III., sowie die genauere Angabe des grössten Theils aller Krankheitsarten nach ihrem Vorkommen in den einzelnen Gewerksgenossenschaften in der IV. Rubrik. Der Absicht, die in diesen beiden Rubriken enthaltenen Data durch grössere Vollständigkeit, wie durch genauere Unterscheidung, sowohl für die allgemeine medicinische als auch für die Gewerbestatistik fruchtreicher zu machen, stehen mancherlei Schwierigkeiten entgegen. Die Ueberwindung derselben werden hoffentlich spätere Berichte nachweisen; für diese wird jetzt ausserdem eine medicinische Wohnungsstatistik unserer Kranken vorbereitet. — Eine sonst wohl wünschenswerthe speciellere Mittheilung über die vorgekommenen Todesfälle ist deshalb vorläufig unterblieben, da zu Ende dieses Jahres auf Grund mehrjähriger Erfahrungen eine genauere Mortalitätsstatistik unseres Vereins veröffentlicht werden soll. — Ueber den Erfolg des seit Mitte Mai d. J. in die Vereinsthätigkeit aufgenommenen Impfgeschäfts, welches sich sowohl auf Kinder als Erwachsene erstreckt, wird später berichtet werden. — Auf den Wunsch mehrerer Leser dieser Berichte ausserhalb des ärztlichen Kreises, sind zur Bezeichnung der Krankheiten vorzugsweise deutsche Namen gebraucht worden. Da dies, aus wissenschaftlichen Gründen, nicht überall angemessen erschien, so bitten wir für die dadurch entstandene Ungleichheit um Entschuldigung.

I. *a*) Die Zahl der Genussberechtigten hat betragen:

im April	9,485
im Mai	9,951
im Juni	10,056

d. h. durchschnittlich im Quartal 9,831.

Die erhebliche Vermehrung der Genussberechtigten gegen das vorige Quartal war bedingt durch die gesteigerte Theilnahme der Mitglieder der Gesammtkrankenkasse der Maschinenbau-Arbeiter an dem Gesundheitspflegeverein, sowie durch den Anschluss des Krankenvereins im 101. Stadtbezirk. S. den Vorstandsbericht.

b) Die Krankenzahl hat betragen:

Im Monat:	Durch Bestand vom vorigen Quartal:	Durch Zugang an neuen Kranken:	Also Kranke überhaupt:
April	263	649	—
Mai	—	692	—
Juni	—	753	—
Summe im Quartal . .	263	2094	2357

Eine Vergleichung der Zahl der Genussberechtigten mit der Krankenzahl ergiebt folgende Uebersicht der Procentsätze:

im April neue Erkrankungen	6,84
im Mai „ „	6,96
im Juni „ „	7,50
Krankheitsfälle während des Quartals .	23,97

II. Von den 2357 Kranken sind im Ganzen 2106 entlassen worden, und zwar als:

Geheilt:	Gebessert:	Ungeheilt i. e. invalide:	Weggeblieben:	In ein Spital:	Gestorben:	Summa:
1865	97	2	60	69	13	2106

so dass pro 1. Juli 1851 ein Bestand von 251 verbleibt.

Die Gebesserten waren notirt an: Tuberculosis 30, chron. Bronchialkatarrh 9, *Emphys. pulm.* 2, Herzfehler 7, chron. Rheumatismus 3, chron. Hautkrankheit 4, Epilepsie 4, Neuritis 1, Hypochondrie 3, Melancholie 1, Ischias 1, chron. Nervenleiden 1, Hämorrhoiden 7, chron. Unterleibsleiden 10, *Catarrh. meat. aud. ext.* 1, Drüsengeschwülste 2, Knochenkrankheiten 2, Unterschenkelgeschwüre 2, Hornhauttrübung 1, *Strictura urethrae* 1, Samenflüsse 2, *Diagnosis incerta* 3 = 97.

Als invalide sind entlassen: 1 verheiratheter 43jähriger Schneider in Folge chron. Gehirnkrankheit, 14 Monate arbeitsunfähig, 12 Monate in Vereinsbehandlung — 1 verheiratheter 51jähriger Droschkenkutscher, in Folge von *Emphys. pulm.* mit chron. Bronchialkatarrh, 14 Monate arbeitsunfähig und 12 Monate in Behandlung des Vereins = 2.

Von den Weggebliebenen gingen in die Behandlung anderer Vereinsärzte über 28, verzogen aus Berlin 7, über das Verbleiben der übrigen 25 ist nichts bekannt = 60.

Die nach einem Spital Geschafften waren notirt an: Krätze 20, primäre Syphilis 1, venerischer Bubo 1, blennorrhagische Augenentzündung 1, Pocken 4, Scharlach 1, Alkohol-Intoxication 1, Tuberculosis 8, *Haemoptoë e causa incerta* 1, chron. Krankheiten der Athmungsorgane 6, Rheumatismen 7, chron. Magenkatarrh 1, Cholerine 1, gastrische Fieber 3, Wechselfieber 2, Gehirncongestion 1, chron. Gehirnleiden 1, Hypochondrie 1, Rückenmarkskrankheiten 2, Herzfehler 1, chron. Leberleiden 2, Augenentzündung 1, Fussgeschwür 1, Geisteskrankheit 1 = 69. — Von diesen 69, welche der Spitalpflege bedurften, waren Schneider 27, Schuhmacher 14, Seidenwirker 4, Droschkenkutscher 1, Buchbinder 3, Buchdrucker 2, Posamentierer 1, Handschuhmacher 4, Vergolder 2, Goldschmidt'sche Fabrikarbeiter 1, Maschinenbauer 9, 101. Krankenverein 1 = 69.

Die Todesfälle waren bedingt:

9 durch Tuberculosis (3 Schneider, 2 Maschinenbauer, 1 Maler, 1 Steinmetz, 1 Steinsetzer, 1 Kattundrucker).
1 durch Lungenentzündung bei Herzfehler (1 Maschinenbauer-Schmied).
1 durch *Apoplexia sanguinea cerebri in scorbutico* (1 Schuhmacher).
1 durch Ascites nach chron. Rheumatismus (1 Steinmetz).
1 durch Krebs der Halsdrüsen (1 Maschinenbauer-Schmied).
Section der 4 letzteren wurde verweigert.

III. Bei Unterscheidung der Krankheitsarten an den während des Quartals notirten Krankheitsfällen ergaben sich folgende Data:

	Namen der Krankheit:	Bestand.	Zugang.	Summe.
1.	Primäre Syphilis	6	27	33
2.	Constitutionelle Syphilis	10	13	23
3.	Venerische Blennorrhagien	13	104	117
4.	Krätze	1	22	23
5.	Pocken	2	17	19
6.	Alkohol-Intoxication	—	13	13
7.	Mineralische Intoxication	2	5	7
8.	Schwere Verletzung	15	39	54
9.	Leichte Verletzung	18	201	219
10.	Magen- und Darmüberladung	—	86	86
11.	Entzündung der Respirationsorgane	12	79	91
12.	Katarrh der Athmungsorgane	17	171	188
13.	Katarrh des Nahrungskanals	10	209	219
14.	Angina	3	38	41
15.	Rheumatismus	23	217	240
16.	Idiopathische Drüsenanschwellung	7	29	36
17.	Acute Hautkrankheit	—	12	12
18.	Ruhr	—	14	14
19.	Typhus	—	2	2
20.	Gastrisches Fieber	1	17	18
21.	Wechselfieber	8	201	209
22.	Tuberculosis	49	65	114
23.	Scorbut	—	1	1
24.	Chronisches Gehirnleiden	2	—	2
25.	Chronisches Rückenmarksleiden	—	3	3
26.	Gehirncongestion	—	31	31
27.	*Apoplexia sanguinea (cerebri)*	1	—	1
28.	Herzfehler	4	19	23
29.	Chronische Krankheit der Luftwege	4	22	26
30.	Chronisches Magenleiden	3	7	10
31.	Chronisches Milz- und Leberleiden	3	19	22
32.	(Acute) Gelbsucht	1	7	8
33.	Bandwurm	—	1	1
34.	Hämorrhoidal-Beschwerden	3	77	80
35.	Krankheit der Harnorgane	—	2	2
36.	Krankheit der männl. Geschlechtsorgane	2	9	11
37.	Krankheit der weibl. Geschlechtsorgane	1	3	4
38.	Chronische Krankheit der Sinnesorgane	1	8	9
39.	Augen- und Augenlidentzündung	3	109	112
40.	Chronische Hautkrankheit	8	52	60
41.	Zellhautgeschwür	8	30	38
42.	Blutschwäre und andere Zellhautleiden	—	65	65
43.	Knochenkrankheit	1	3	4
44.	Nervenkrankheit	4	30	34
45.	Krankheit der Lymphgefässe	1	1	2
46.	Zuckerharnruhr	—	1	1
47.	*Marasmus senilis*	—	3	3
48.	Geisteskrankheit	2	2	4
49.	*Diagnosis incerta*	2	5	7
50.	Simulation	—	2	2

Als einen Beitrag zur genaueren statistischen Bestimmung der Krankheits- und Witterungs-Constitution geben wir folgende (diesmal auf 8 Rubriken erweiterte) Uebersicht derjenigen Krankheitsarten nach ihrem Vorkommen in den einzelnen Monaten, welche als im ursächlichen Zusammenhang mit jener Constitution stehend angesehen zu werden pflegen. Dass die Aufnahme einer solchen Krankheitsart nicht von der Anzahl der vorgekommenen Fälle abhängig gemacht wird, bedarf wohl keiner Erörterung; aus dem Vergleiche der in den fortlaufenden Berichten enthaltenen Angaben für die einzelnen Monate muss es sich ergeben, ob es sich um den allmäligen Verlauf einer Epidemie, oder um sporadisch vorgekommene Fälle handelt. Zu den 2 Scarlatinafällen sei bemerkt, dass im Verein Kinder nicht behandelt werden.

Zugang an neuen Kranken	April. 649	Mai. 692	Juni. 753	Summe. 2094
Pocken	9	5	3	17
Scharlach	2	—	—	2
Angina	16	13	9	38
Grippe	2	—	—	2
Ruhr	6	8	—	14
Typhus	1	1	—	2
Gastrisches Fieber	4	5	8	17
Wechselfieber[1])	42	80	44	166

Im achten Bezirk (Oranienburger Vorstadt) waren unter 378 Kranken 92 Fälle von Wechselfieber (und zwar Bestand 3, Zugang 89) notirt: 83 dreitägige, von welchen während der Recidive 4 viertägig wurden, und 9 tägliche. Die Wohnungen dieser 92 Kranken sind der Mehrzahl nach als trocken bezeichnet. — In demselben Bezirk sind 12 Ruhrfälle notirt, und zwar im Monat April als intensive. — In Moabit waren von 131 Kranken 36 vom kalten Fieber befallen: 1 Bestand, 35 Zugang. — Während Wechselfieber in sämmtlichen 12 Bezirken vorkamen (in zweien massenweise) sind gastrische Fieber nur in 5 gewesen. — Die 17 Pockenkranken sind geimpft, aber nicht revaccinirt gewesen.

Bruchbänder (48) und Brillen (63) sind im Ganzen an 109 Personen vertheilt worden; diese sind in der allgemeinen Krankenzahl nicht enthalten. Cfr. folgende Rubrik.

In der Consultationsstunde sind im Ganzen 40 neue Fälle vorgestellt worden. Bei 8 derselben handelte es sich um Erklärung von Arbeitsunfähigkeit, Beschaffung nach einem Krankenhause und ähnliche Verwaltungsrücksichten.

IV. Die Unterscheidung der Zahl der Krankheitsfälle, sowie der Krankheitsarten nach den einzelnen Gewerksgenossenschaften ergiebt folgende Data:

Die Genossenschaft der	Zahl der Krankheitsfälle im Quartal	Procentsatz der Krankheitsfälle	Davon fallen auf: Primäre Syphilis.	Constitutionelle Syph.	Vener. Blennorrhagien.	Krätze.	Schwere Verletzungen.	Leichte Verletzungen.	Entzünd. d. Athm.-Org.	Katarrh der Athm.-Org.	Rheumatismen.	Tuberculosis.	Herzfehler.	Augenentzündung.	Chron. Hautkrankh.	Alkohol-Intoxication.	Mineral-Intoxication.
1. Schneider	379	24,05	8	3	45	10	—	9	10	37	27	31	6	30	15	—	—
2. Schuhmacher	177	18,10	5	3	13	5	1	10	7	7	11	11	3	13	6	—	—
3. Seidenwirker	151	17,40	1	1	2	—	1	7	6	13	15	8	4	6	7	—	—
4. Droschken-K.	33	9,09	—	—	—	1	1	—	5	1	10	1	—	1	1	—	—
5. Buchbinder	63	21,70	5	2	3	—	—	3	3	7	4	4	—	3	1	—	—
6. Kattundrucker	42	19,01	1	1	1	—	—	—	1	8	6	1	—	3	1	—	—
7. Buchdrucker	56	23,47	1	1	4	—	—	1	1	7	8	5	1	3	—	—	2
8. Goldarbeiter	29	15,59	—	—	2	—	1	3	3	2	—	—	—	3	2	—	—
9. Posamentiere	23	17,13	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	4	1	—	—
10. Handschuhm.	26	23,85	—	—	1	3	—	1	—	2	1	2	1	3	—	—	—
11. Messerschm.	15	18,99	—	—	2	—	—	—	1	2	—	—	1	—	2	—	—
12. Maler	11	18,65	—	—	1	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—
13. [illegible]	20	11,95	—	—	2	—	—	1	1	1	3	1	—	—	—	—	3
14. [illegible]	11	27,50	—	1	1	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—
15. Steinsetzer	9	20,00	—	—	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
16. Steinmetze	12	27,27	—	—	1	—	—	—	1	2	—	2	—	1	—	—	—
17. Mechaniker	5	9,80	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Vergolder	13	23,21	—	1	3	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
19. Uhrmacher	8	18,18	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Schriftgiesser	9	36,00	—	—	—	—	1	—	—	1	—	3	—	—	1	—	—
21. Friseure	3	7,90	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
22. [illegible] F.	9	30,00	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	1	—	—	1
23. [illegible] F.	13	32,50	—	—	—	1	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
24. Seidenknopfm.	6	15,00	—	—	2	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
25. Cigarrenarb.	25	33,78	—	1	7	—	—	1	2	5	1	1	—	2	1	—	—
26. [illegible] Mann.	33	26,61	—	—	2	—	—	3	1	4	3	1	1	1	1	—	—
27. [illegible] Frauen	17	10,53	—	—	—	—	—	—	3	3	3	—	1	—	—	—	—
28. Engel's Fabrik	6	18,18	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—
29. Maschinenb.	1104	30,64	12	7	17	2	47	173	43	67	137	36	5	31	22	12	1
30. Krankenkasse d. Bezirks 1-4	26	16,15	—		—	—	1	2	1	2	4	2	—	3	—	—	—
Summa	2357	23,98	33	23	117	23	54	219	91	188	240	114	23	112	60	13	7

Von den schweren Verletzungen waren 42 specificirt, und zwar als: Quetschung der Brust 2; der Hand 3 (2 mit Zerreissung der Weichgebilde, 1 mit Erysipelas und Caries); der Finger 10 (je 3 mit Verlust des Nagels und der Phalangen, 3 mit Verletzung der Knochen, 1 mit Sehnenzerreissung); des Knies 1; des Schenkels 1; des Fusses 10 (5 mit Knochenverletzung, 2 mit Verlust an Phalangen, 3 mit Sehnenentzündung); Erschütterung des Rückenmarks 2; Bruch des Unterkiefers 1; der Rippen 1;

[1]) Bei den 35 in Moabit vorgekommenen Wechselfiebern war eine Vertheilung nach Monaten nicht notirt.

des Schenkels 1; der Zehen 1; Einknickung der Rippen 1; schwere Wunden 4; Verrenkung der Hand 2; des Fusses 2.

Unter den mineralischen Vergiftungen war eine bei einem Neusilberarbeiter durch Arsenik, die übrigen durch Blei bedingt.

Vergl. No. 24, 25, 27, 30, 31, 44, 48, 49. Die Vertheilung derselben nach den Gewerksgenossenschaften ergiebt Folgendes:

Chronische Gehirnleiden (1 Schneider, 1 Droschkenkutscher).

Chronische Rückenmarksleiden (2 Maschinenbauer, 1 Krankenverein 101).

Apoplexia sang. cer. (1 Maschinenbauer).

Chron. Magenleiden (5 Maschinenbauer, 1 Seidenwirker, 1 Droschkenkutscher, 1 Buchbinder, 1 Dachdecker, 1 unmittelbare Frau).

Chron. Milz- und Leberleiden (6 Schneider, 2 Schuhmacher, 1 Seidenwirker, 1 Kattundrucker, 1 Buchdrucker, 1 Müller, 2 unmittelbare Frauen, 7 Maschinenbauer).

Nervenkrankheiten:

11 Neuralgien (5 Maschinenbauer, 3 Seidenwirker, 1 Schneider, 1 Kattundrucker, 1 unmittelbare Frau).

11 Epilepsien (2 Schneider, 1 Schuhmacher, 1 Seidenwirker, 1 Schriftgiesser, 1 Messerschmied, 1 Maschinenbauer, 4 unmittelbare Männer).

2 Spinalirritationen (1 Maschinenbauer, 1 Seidenwirker).

1 Depression des Nervensystems nach Ueberarbeitung (1 Maschinenb.).

3 Paralysen (*N.N. opt., oculom., facial.* (3 Maschinenbauer).

1 Neuritis (1 Maschinenbauer) — 1 Hysterie (1 unmittelbare Frau).

4 Hypochondrien (2 Schuhmacher, 1 Seidenwirker, 1 Kattundrucker; bei letzterem, einem 36jährigen verheiratheten Manne, fand ein Selbstmordsversuch statt durch eine Stichwunde in die Herzgegend).

Geisteskrankheiten 4 (1 Schneider, 1 Droschkenkutscher, 1 Handschuhmacher, 1 Maschinenbauer).

Diagnosis incerta betraf 2 Schneider, 1 Schuhmacher, 1 Kattundrucker, 1 Goldarbeiter, 2 Maschinenbauer; ausserdem sind notirt 9 Fälle von *Haemoptoë e causa incerta* bei 3 Schneidern, 1 Schuhmacher, 5 Maschinenbauern.

Bruchbänder [1]).

Im vergangenen Vierteljahre haben 48 Vereinsmitglieder Bruchbänder erhalten, und zwar im April 17, Mai 17 und Juni 14. Von diesen erhielten 44 neue und 4 Reparaturen ihrer (bei Aufnahme in den Verein mitgebrachten) Bruchbänder. Das nachstehende Schema veranschaulicht die Vertheilung nach den einzelnen Gewerken, die Art des Bruches mit dem Alter der Individuen und der Angabe der Zahl derjenigen, welche den Bruch angeblich durch und bei ihrer Arbeit erlangten.

	Bruchbänder erhielten:	Leistenbrüche			Schenkelbrüche	Im Alter von Jahren:	Ihren Bruch gaben als Folge ihrer Beschäftigung an:
		rechtsseitig	linksseitig	beiderseitig	rechtsseitig		
26 Maschinenbauer	12 Arbeitsmänner	5	2	5	—	23—62	12
	5 Schmiede	3	—	2	—		
	4 Schlosser	2	1	1	—		
	1 Zeugschmied	—	1	—	—		
	1 Maurer	1	—	—	—		
	1 Dreher	—	—	1	—		
	1 Gürtler	1	—	—	—		
	1 Tischler	1	—	—	—		
9	Seidenwirker	3	1	4	1	27—79	1
2	Droschkenkutscher	—	1	1	—	41 u. 52	—
2	Kattundrucker	1	1	—	—	57 u. 62	2
1	Goldschm. Fabrikarb.	—	—	1	—	42	—
1	Schuhmacher	—	—	1	—	26	—
1	Buchdrucker	—	1	—	—	36	—
1	Buchbinder	—	1	—	—	32	—
1	Goldarbeiter	1	—	—	—	30	—
1	Instrumentenmacher	—	—	1	—	22	1
1	Posamentier	—	—	1	—	67	1
1	Handschuhmacher	1	—	—	—	32	—
1	Unmittelb. (Tischler)	1	—	—	—	35	—

Demnach waren von den 47 äusseren Leistenbrüchen, unter welchen 12 scrotale: 20 rechtsseitige, 9 linksseitige, 18 beiderseitige und einer 1 rechtsseitiger Schenkelbruch.

Von den 18 bilateralen trat der Bruch bei 9 auf der rechten Seite und bei 9 auf der linken zuerst hervor. — Als örtliche Complication ist diesmal nur 1 *Varicocele sinistra* bedeutenderen Grades bei *Hernia inguin. sinist.* eines Maschinenbauer-Schlossers notirt. — Als frisch entstanden, d. h. vor 3 Tagen bis 4 Wochen, gaben 9 ihren Bruch an (von welchen nur 4 Maschinenbauer waren; s. die Note zu den Bruchbändern im vorigen Bericht) — 5 gaben eine mehrwöchentliche Dauer an — 3 hatten ihn seit ½ Jahre — 9 seit 1—4, 8 seit 5—10, 7 seit 10—16, 6 seit 17—25 Jahren und 1 seit seiner Kindheit. — Erbliche Anlagen nannten 9, während 35 sie verneinten, und 4 keine Auskunft darüber ertheilen konnten. Aus der obigen Zusammenstellung (IV. Rubrik) ersieht man, dass nur bei 5 Genossenschaften, und zwar meist bei der Minderheit der auf sie fallenden Zahl von Herniosen, im Ganzen bei 17 unter 48, der Bruch als Folge der Beschäftigung angesehen wurde, und zwar: bei 6 nach Heben von schweren Lasten (Presskopf, Achse, eisernen Rahmen) und bei 1 durch Fehltreten des Tritts beim Stuhlarbeiten: 23 wussten keine Ursache genau anzugeben — 5 nannten Verletzungen durch Fall oder Stoss und 3 Pressen bei der Leibesöffnung nach hartnäckiger Verstopfung. — In der II. Rubrik des obigen Schema's ist das Alter nach dem Gewerk, zu dem die Einzelnen gehören, angegeben, es schwankt zwischen 22 und 79 Jahren. Eine Zusammenstellung der Herniosen nach ihrem Alter (ohne Rücksicht auf ihre Beschäftigung) ergiebt 8 zwischen 20 und 29 — 18 zwischen 30 und 40 — 10 zwischen 41 und 50 — 6 zwischen 51 und 60 — 4 zwischen 60 und 69 — 2 zwischen 70 und 79 Jahren. — 38 waren verheirathet, 10 nicht. — Von den seit Januar d. J. zur Aufnahme in den Verein Untersuchten, deren Zahl im vergangenen Halbjahr nicht genau anzugeben ist, hatten 26 Brüche (und zwar 10 Schneider, 5 Vergolder u. Goldarbeiter, 4 Maler, 2 Schuhmacher, 2 Buchbinder, 1 Seidenwirker, 1 Posamentier und 1 unmittelbarer Arbeitsmann). Der Vereins-Bandagist erhielt auf ihren Wunsch eine Anweisung, ihnen ein Bruchband auf ihre Kosten für den Vereinspreis zu liefern.

[1]) In den 12 Berichten waren nur 2 als an Bruchbeschwerden erkrankt notirt.

Brillen.

Gewerke.	erhielten Brillen:	hiervon presbyopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:	myopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:	asthenopisch:	im Alter von:	Nummer der Brillen:
Schneider	12	9	27—38	15—60	—	—	—	3	27—35	9—36
Schuhmacher	5	3	27—47	25—35	1	30	26	1	27	60
Seidenwirker	10	8	12—68	12—40	1	28	24	1	52	70
Kattundrucker	2	1	69	12	1	39	28	—	—	—
Buchdrucker	2	1	49	1.7 r.30	—	—	—	1	29	80
Goldarbeiter	1	1	48	42	—	—	—	—	—	—
Posamentiere	6	1	48	10	4	20—67	11—40	1	58	80
Maschinenbauer	23	16	24—77	12—70	4	24—47	9—15	3	29—49	30—60
Droschkenkutsch.	1	1	52	24	—	—	—	—	—	—
Henniger's Fabr.	1	—	—	—	1	42	18	—	—	—
Summa	63	41	24—77	7—70	12	20—67	9—40	10	27—52	9—70

V. Die Unterscheidung der Kranken in Stationäre und Ambulatorische ergiebt, dass während des Quartals vorhanden waren: 696 Stationäre und 1601 Ambulatorische = 2357.

VI. In Betreff der durch Erkrankung bedingten Arbeitsunfähigkeit ergiebt sich, dass arbeitsunfähig waren:

Stationäre	662 Personen in	13007 Tagen
Ambulatorische	517 Personen in	6535 Tagen
In Summa also	1179 Personen in	19542 Tagen.

Es kommt mithin auf jeden Arbeitsunfähigen im Durchschnitt eine arbeitslose Zeit von circa 16 Tagen; berechnet man die Unterstützung an baarem Gelde nach dem Minimum, welches von den betheiligten Kassen gewährt wird, d. h. pro Tag mit 5 Sgr., so ist während des Quartals von den Kassen an ihre arbeitsunfähigen Mitglieder mindestens die Summe von 3257 Thalern gezahlt worden.

Berlin, den 8. November 1851.

Das ärztliche Comité des Berliner Gesundheitspflege-Vereins.

Dr. *Neumann*, Vorsitzender.

B. Bericht des Vorstandes.

Das Verzeichniss der Genussberechtigten, welches wir auch diesmal wieder unserem Bericht beifügen, enthält zum erstenmale die Mitglieder des Krankenkassen-Vereins des Stadtbezirks 101, welche mit dem 1. April dem Berliner Gesundheitspflege-Verein beitraten. Durch den Zutritt derselben und die bereits im vorigen Berichte erwähnte Vermehrung der berechtigten Mitglieder der General-Krankenkasse der Maschinenbauer erklärt sich die Steigerung der Mitgliederzahl von durchschnittlich 9136 Seelen des ersten Quartals auf 9831 Seelen des zweiten Quartals.

Der im April für den neu errichteten Bezirk in der Königsstadt und dem Stralauer Viertel gewählte Vereinsarzt Hr. Dr. Levy trat am 1. Mai seine Functionen an. Am 15. desselben Monats begann, auf Beschluss des Comité's der Herren Aerzte und mit Zustimmung des Vorstandes, die Impfung sowohl derjenigen Genussberechtigten bei dem Verein und ihrer Familienglieder (einschliesslich der Kinder), welche noch nicht geimpft worden sind, als auch derjenigen, welche bereits vaccinirt worden.

In Folge des bereits im vorigen Quartal auf 150 Thlr. gestiegenen Deficits beschloss die General-Versammlung vom 12. Mai, mit Rücksicht auf den Zusatz zu §. 7 der Statuten, die Kosten der Bäder für die Zeit vom 1. Sept. 1850 bis 31. März 1851 mit 55 Thlr. 8 Sgr. 9 Pf. auf die Genossenschaften zu vertheilen, und zu dem Zweck von ihnen einen einmaligen Beitrag von 3 Pf. pro Kopf zu erheben. Dessenungeachtet ist das Deficit im zweiten Quartal gewachsen, und zwar zum Theil in Folge der von den Herren Apothekenbesitzern, ungeachtet eines Arzneiverbrauches von mehr als 3000 Thlr. jährlich, bewirkten Herabsetzung des Rabatts von 25 pCt. auf 15 pCt., welche eine Mehrausgabe von etwa 80 Thlr. bedingte. Hätte diese Mehrausgabe nicht stattgefunden, so würde das Deficit pro zweites Quartal geringer gewesen sein, als das des ersten Quartals. Wie durch geeignete Vorkehrungen das Deficit gedeckt ist, nachdem am Schlusse des Rechnungsjahres der eigentliche Betrag festgestellt worden, wird der nächste noch in diesem Jahre erscheinende Bericht mittheilen, der die Bilance enthalten wird.

Verzeichniss der Genussberechtigten nach den verschiedenen Genossenschaften.

Genossenschaften.	April.	Mai.	Juni.	Summa.	Durchschnittl.
1. Schneider	1606	1584	1540	4730	1576
2. Schuhmacher	948	979	1007	2934	978
3. Seidenwirker	841	891	872	2604	868
4. Droschkenkutscher	352	352	352	1056	352
5. Buchbinder	244	328	312	884	295
6. Kattundrucker	220	220	220	660	220
7. Buchdrucker	220	208	210	638	213
8. Goldschmiede u. Graveure	184	188	186	558	186
9. Posamentiere	132	134	137	403	134
10. Handschuhmacher	106	110	110	326	109
11. Messerschm. u. Instr.-M.	79	79	79	237	79
12. Müller	55	56	65	176	59
13. Maler	120	172	206	498	166
14. Dachderker	40	40	40	120	40
15. Steinsetzer	53	42	40	135	45
16. Steinmetze	47	50	46	143	44
17. Mechaniker	50	50	53	153	51
18. Vergolder	51	54	63	168	56
19. Uhrmacher	45	44	43	132	44
20. Schriftgiesser	25	25	25	75	25
21. Friseure	38	38	38	114	38
22. Henniger'sche Fabr.	30	30	30	90	30
23. Goldschmidt'sche Fabr.	38	41	42	121	40
24. Seidenknopfmacher	38	43	39	120	40
25. Cigarrenarbeiter	75	74	73	222	74
26. Unmittelbare Männer	127	122	123	372	124
27. Unmittelbare Frauen	143	158	162	463	154
28. Engel'sche Fabrik-Arb.	23	23	21	67	22
29. General-Krankenkasse d. Maschinenbau-Arbeiter	3389	3656	3764	10809	3603
30. Krankenkasse d. 101. Bez.	166	160	158	484	161
Summa	9485	9951	10056	29492	9831

Kassenabschluss für April, Mai, Juni.

Einnahme.

Beiträge der Genussberechtigten	1488 Thlr.	15 Sgr.	6 Pf.
Aufnahmegebühr	7 „	— „	— „
Für Legitimationskarten, Krankenscheine und Statuten	4 „	5 „	6 „
Zurückgezahlt für Bäder, welche v. 1. Sept. 1850 bis 1. April 1851 durch den Verein beschafft wurden	10 „	19 „	9 „
Vorschuss vom dritten Quartal entnommen	429 „	18 „	10 „
	1939 Thlr.	29 Sgr.	7 Pf.

Ausgabe.

Für Arzneien in Berlin und Moabit	694 Thlr.	12 Sgr.	10 Pf.
Für Mineralwasser	44 „	21 „	6 „
Latus	739 Thlr.	4 Sgr.	4 Pf.
Transport	739 Thlr.	4 Sgr.	4 Pf.
Für Bäder	36 „	22 „	6 „
Für Blutegel	13 „	24 „	6 „
Für Bruchbänder	66 „	2 „	6 „
Für Brillen	26 „	7 „	6 „
Honorar dem Comité der Aerzte	743 „	21 „	3 „
Für chirurgische Hülfsleistungen	41 „	15 „	6 „
Für Lokalmiethe, Botengehalt und laufende Verwaltungskosten	34 „	19 „	6 „
Vorschuss dem ersten Quartal geleistet	238 „	2 „	— „
	1939 Thlr.	29 Sgr.	7 Pf.

Berlin, den 11. November 1851.

Der Vorsitzende des Berliner Gesundheitspflege-Vereins.

H. Runge.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Den Med.-Räthen Dr. Gfrörer und Dr. Koller, sowie dem Landschafts-Wundarzte Dr. Bosch in Hechingen der Rothe Adler-Orden 4. Klasse; dem prakt. Arzte und Geburtshelfer Dr. Kalckstein zu Breslau und dem prakt. Arzte Dr. Huguenel zu Trenenbriezen der Charakter als Sanitätsrath.

Personalveränderungen. Baden. Ernannt: A. Gutsch zum Hausarzt im neuen Männerzuchthause zu Bruchsal. Zu Physicis: Amtschirurgen G. Schmidt in Blumenfeld, Stark von Salem in Meersburg, Arzt K. Seeger von Schonau in Stühlingen. Versetzt: Physikus Dilger von Engen nach Ueberlingen. Verurtheilt: Die Aerzte Gegauf in Steisslingen, Dr. Frech in Baden, Kreuzer in Bretten, Dr. Welcker in Waldkirch wegen Hochverraths zur Zuchthausstrafe; die beiden letzteren zur Auswanderung nach Amerika begnadigt.

Preussen. Befördert: Der zweite General-Stabsarzt und Leibarzt Sr. Majestät Dr. Grimm zum General-Stabsarzte der Armee und Chef des Militär-Medicinalwesens; der beim Medicinalstabe der Armee angestellte Ober-Stabsarzt Dr. Hoppe zum Generalarzt in der Kategorie der Generalärzte der Armeecorps mit dem Range eines Majors, mit der Bestimmung, dass derselbe bei vorübergehender Verhinderung des General-Stabsarztes der Armee dessen Geschäfte führe. Der Stabsarzt Dr. Wagner ist zum Reg.-Arzte des 14. Inf.-Regts. und der Assist.-Arzt vom 1. Garde-Reg. Dr. Pfeffer zum Stabsarzte ernannt. Versetzt: Der Reg.-Arzt des 14. Inf.-Reg. Dr. Schiele zum 3. Drag.-Reg. Angestellt: Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. v. Pochhammer als Kreisphysikus des Stadtkreises Potsdam; der prakt. Arzt, Operateur und Geburtshelfer Dr. Utting als Kreiswundarzt im Kreise Grottkau; der Wundarzt 1. Kl. und Geburtshelfer Scholvien zu Schilda als Kreiswundarzt des Kreises Weissenfels; der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Leonhardt zu Mühlheim a. R. als Kreiswundarzt des Kreises Duisburg. Niederlassungen: Der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Wolff-Cohn hat sich in Posen niedergelassen. Gezogen: Die prakt. Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer Dr. Pieper von Bochum nach Paderborn und Dr. Freund von Berlin nach Breslau.

Todesfälle. Braunschweig. Der Landchirurgus C. Poock in Königslutter.

Preussen. Der Privatdocent und prakt. Arzt Dr. E. Dann in Berlin, der prakt. Arzt Dr. Josch in Breslau, Kreisphysikus Dr. Jonas zu Allenstein, der prakt. Arzt Dr. Stein zu Köslin und der prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. J. W. Schütz in Berlin.

Sonnabend, № 48. 29. November 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Vorläufige Mittheilungen aus einer grösseren Arbeit: „Ueber Krisen und kritische Tage."

Von

Dr. L. Traube.

(Fortsetzung aus No. 46.)

V. Das plötzliche Sinken der Temperatur, welches zur Genesung führt, kann eintreten, bevor der Entzündungsprocess, in dessen Begleitung die Temperaturerhöhung erschien, sich zu verbreiten aufgehört hat.

Ein schönes Beispiel für diesen Satz liefert der folgende Fall von Gesichtserysipel (bei einem 33jährigen, vorher gesunden und kräftig gebauten, muskulösen Individuum). Ich begnüge mich, den Verlauf des Fiebers durch eine Tabelle zu veranschaulichen, und an diese einige Bemerkungen anzuknüpfen.

Tag der Krankheit.	Remissionszeit.			Exacerbationszeit.		
	Puls-Frequenz.	Temperatur	Respir.-Frequenz	Puls-Frequenz	Temperatur.	Respir.-Frequenz.
III.	—	—	—	107	39°,9	34
IV.	79	38°,25	28	90	39°,9	22
V.	63	37°,15	18	80	38°,7	26
VI.	66	37°,2	28	64	37°,35	21
VII.	59	36°,7	18	52	37°,2	—

Patient war, wie man sieht, in der Exacerbationszeit des 3. Krankheitstages aufgenommen worden. Und zwar kurz vor dem Ende des 3. Tages; denn die Krankheit hatte Nachmittags 6 Uhr begonnen. Wie ferner die Temperaturzahlen beweisen, war das Fieber gegen Ende des 4. Krankheitstages noch auf seiner Acme; denn die Temperatur am Ende des 4. war vollkommen gleich der Temperatur am Ende des 3. Tages (= 39°,9). Das plötzliche Sinken der Temperatur trat also im Anfang des 5. Tages ein. Es dauerte = 24 Stunden. Wie verhielt sich nun die Localaffection während dieses Zeitraums? Am Ende des 3. Krankheitstages nahm das Erysipel die linke Gesichts- und Stirnhälfte ein. In der Remissionszeit des 4. Tages fand man, dass es sich sowohl an der Stirn, als nach dem linken Ohre hin weiter verbreitet hatte; das linke Ohrläppchen, am Abend vorher noch vollkommen intact, war nun intensiv geröthet, stark geschwollen und sehr empfindlich gegen Druck. Am Abend des 4. Tages verhielt sich die Localaffection noch ganz wie am Vormittag; sie hatte keine weiteren Fortschritte gemacht. Aber am Morgen des 5. Tages zeigte sich neben den beschriebenen Veränderungen auf der linken Seite auch eine intensive Röthung und Schwellung der rechten Wange; die linksseitige Affection ist nur in sofern verändert, als die Geschwulst sich etwas teigiger anfühlt und von einer Anzahl kleiner Blasen besetzt ist. — Also mit einem Worte: in eben derselben Nacht, in welcher Temperatur und Pulsfrequenz um ein Bedeutendes gefallen waren, hatte sich die Localaffection um ein Beträchtliches weiter verbreitet.

Die Nutzanwendung, welche aus dieser und anderen ähnlichen Beobachtungen in Bezug auf das Verhältniss des Fiebers zu den Entzündungen, in deren Gefolge es auftritt, zu ziehen ist, überlasse ich vor der Hand dem Nachdenken des Lesers.

VI. Bei langwierigen acuten Krankheiten, wo die abnorme Temperatur allmälig verschwindet, wird der Typus des Fiebers gegen das Ende desselben häufig der einer *Febris hectica*, d. h. die Remissionstemperatur nähert sich alsdann sehr der normalen oder sinkt sogar unter die normale, während die Exacerbationstemperatur sich beträchtlich über die normale erhebt.

Einen guten Beleg zu diesem Satze giebt schon der oben mitgetheilte Fall d. sub II. Man beobachtete in demselben am 15., 16., 17.

Feuilleton.

Die 28. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Fortsetzung aus No. 47.)

IV. Section für Botanik, Ackerbau- und Forstwissenschaft. Nachmittagssitzung vom 19. September.

Da am Morgen des 20. Sept. keine Zeit zu den Unterhaltungen über Mikroskopie geblieben war, so einigten sich nach bereits aufgehobener Sitzung die Glieder der Section dahin, Nachmittags 3 Uhr eine zweite Sitzung zu halten, und Hr. Dr. Hofmeister hatte die Güte, über diese nachfolgendes Protokoll aufzunehmen.

Hr. Dr. Oschatz sprach über seine Methode des hermetischen Verschlusses mikroskopischer Präparate. Nach einigen Bemerkungen über das Historische seiner Erfindung ging Dr. Oschatz zur praktischen Darlegung seines Verfahrens über. Als Objectträger werden quadratische Glastafeln von beiläufig $^2/_3$ Quadratzoll genommen. Auf diese pflegt Dr. Oschatz einen Rand aus schwarzem Firniss aufzutragen, der mit einer Lage in Copallack geriebener Bleiweissfarbe überzogen wird — eine minder wesentliche Einrichtung, die nur zur bequemen Bezeichnung des Objects der Präparate durch Einschneiden mit dem Demanten auf der Unterseite des Präparats dient. Dieser Rand lässt einen quadratischen Raum frei, der etwas grösser sein muss, als das anzuwendende Deckglas. Das Präparat wird inmitten dieses Raumes in eine angemessene Menge von Flüssigkeit gebracht. Dr. Oschatz wendet im Allgemeinen entweder Zuckerlösung an — 1 Th. Zucker auf 2 Th. Wasser; oder Glycerin, mehr oder minder verdünnt. Das Deckglas ist mit einiger Vorsicht aufzulegen, damit die Bildung von Luftblasen vermieden werde; finden sich solche gleichwohl, so sind sie durch zarten Druck oder leichtes Heben des Deckglases zu entfernen. Kleine Luftblasen sind übrigens nicht schädlich. Den Einwurf, dass bei Anwesenheit von Luftblasen in Zuckerlösung leicht Schimmelbildung eintreten könne, wies Dr. Oschatz durch die Erwähnung zurück, dass in frisch bereiteter, gehörig concentrirter Zuckerlösung Gährungserscheinungen und Pilzbildungen nie auftreten. Dagegen musste zugegeben werden, dass bei sehr kleinen, dem blossen Auge nicht sichtbaren Objecten die Entfernung von Luftblasen eine sehr schwierige, oft unlösbare Aufgabe sei. — Die vier Ecken des Deckglases werden mit dem Objectträger vorläufig dadurch verbunden, dass jeder ein sehr kleiner Tropfen eines bei ungefähr 40° R. fliessenden Lackes aus 2 Theilen Colophonium und 1 Th. Wachs aufgesetzt wird. Durch Annäherung einer heissen Nadel wird dieser Lack zum Fliessen an den Berührungskanten der beiden Gläser hingebracht. Dadurch ist das Deckglas mit der Unterlage so fest vereinigt, dass es bequem thunlich ist, zähflüssigen Lack — Bleiweiss in Copallack, beiläufig von Honigconsistenz eingerieben — an die Berührungskante der Gläser fest anzudrücken. Dieser zähflüssige Lack wird mit einem dünnflüssigen überzogen, dessen Eindringen in den von Flüssigkeit erfüllten Raum durch die vorher aufgetragene Lage halbflüssigen Lacks verhindert wird. Damit ist ein vollkommen hermetischer Verschluss erreicht, bei dem zarteste Ob-

in der Remissionszeit schon eine normale Temperatur, während sie in der Exacerbationszeit um mehr als 1°,5 C. über die normale stieg.

Man gestatte mir, noch einen zweiten anzuführen, der dasselbe Verhältniss, wo möglich noch prägnanter, zur Anschauung bringt. Es handelt sich um einen schweren Abdominaltyphus bei einem schwächlich gebauten 15jährigen weiblichen Individuum, welches am 14. Tage der Krankheit aufgenommen wurde.

Tag d. Krankheit.	Remissionszeit.		Exacerbationszeit.	
	Pulsfrequenz	Temperatur.	Pulsfrequenz.	Temperatur.
XIV.	108	40°,6	104	40°,45
XV.	100	39°,6	100	40°,9
XVI.	104	39°,5	100	40°,3
XVII.	104	40°	104	40°,375
XVIII.	104	39°,9	104	40°,5
XIX.	96	39°,4	112	40°,4
XX.	100	38°,95	96	39°,9
XXI.	92	39°,925	104	40°,3
XXII.	100	40°,075	104	40°,45
XXIII.	88	38°,4	92	39°,1
XXIV.	84	36°,7	100	39°,55
XXV.	84	36°,875	92	39°,35
XXVI.	76	36°,95	108	40°,2
XXVII.	80	37°,3	96	40°,5
XXVIII.	76	37°,4	88	39°,4
XXIX.	76	37°,5	84	38°,75
XXX.	68	35°,975	76	38°,35
XXXI.	76	36°,55	84	38°,35
XXXII.	72	36°,875	88	37°,95
XXXIII.	76	36°,875	78	37°,65
XXXIV.	76	37°,2	80	38°,05
XXXV.	84	37°,45	76	36°,725
XXXVI.	80	37°,175	72	37°,45
XXXVII.	80	37°,15	76	37°,35

Die Behandlung in diesem Falle war exspectativ. Nur am 19., 20. und 28. Tage (in der Exacerbationszeit, nach der Messung) wurden kalte Einwickelungen angewendet. — Wie man sieht, hörte das Fieber am 34. Tage auf; denn in der Exacerbationszeit dieses Tages beobachtete man zum letztenmale eine abnorme Temperaturerhöhung. — Betrachten wir die anderweitigen Zahlen der Tabelle, so ergiebt sich Folgendes: 1) Das Fieber machte eine erhebliche Remission am 20. und am 23. Tage. 2) Vom 24. bis zum 28. Tage (incl.) zeigte sich eine enorme Differenz zwischen Remissions- und Exacerbationstemperatur. Während vom 14. bis zum 23. Tage das Minimum dieser Differenz 0°,15, das Maximum 1°,3 betragen hatte, war zwischen dem 24. und 28. Tage das Minimum derselben Differenz = 2°, das Maximum = 3°,25. 3) In der Zeit vom 24. bis zum 28. Tage war die Remissionstemperatur im Mittel um 0°,6 niedriger als im normalen Zustande (nämlich wenn wir die mittlere normale = 37°,6 setzen), dagegen die Exacerbationstemperatur um 2°,3 höher als die normale. 4) Vom 29. bis zum 34. Tage blieb die Remissionstemperatur zwar ebenfalls noch durchgängig unter der normalen, dagegen sank die Exacerbationstemperatur beträchtlich und fast stetig, so dass die Differenz zwischen beiden nicht mehr das frühere Maximum erreichte.

Bemerkung: Einen unmittelbaren therapeutischen Nutzen hat dieser Satz in sofern, als er uns über die Zeit belehrt, in welcher die an langwierigen acuten Krankheiten Daniederliegenden am zweckmässigsten ernährt werden können. Ich glaube mit Chossat (vgl. dessen klassische Untersuchungen über „Inanition"), dass eine nicht unbeträchtliche Anzahl solcher Kranken den Hungertod, oder, wie er ihn nennt, den Tod durch Inanition stirbt, z. B. beim Abdominaltyphus. Bei einer grossen Anzahl von Individuen, welche ich vor Jahren in einem der grössten Spitäler an dieser Krankheit zu Grunde gehen und seciren sah, fand sich post mortem nichts, was den Tod zu erklären im Stande war; die Darmgeschwüre weit in der Vernarbung vorgeschritten, die Milz auf ein kleineres Volumen reducirt, die Mesenterialdrüsen zusammengefallen, schlaff und pigmentirt, und nirgends eine frische Affection; einzig auffallend war die beträchtliche Abmagerung.

VII. Das sprungartige Sinken der Temperatur im Verlaufe acuter Krankheiten, welches zur Genesung führt, tritt, wenn es wie gewöhnlich vor dem 14. Tage erfolgt, immer entweder am 3., oder am 5., oder am 7., oder am 9., oder am 11. Krankheitstage ein.

Unter den 52 oben erwähnten Fällen, von welchen ich zahlreiche und genaue Temperaturmessungen besitze, befinden sich 30, in denen es zu einem solchen sprungartigen Sinken der Temperatur überhaupt kam.

Von diesen 30 Fällen konnte in zweien der Beginn der Krankheit nicht mit hinreichender Genauigkeit festgestellt werden; in einem dritten fiel der Beginn des Temperaturfalles auf den 17. Tag; mithin bleiben 27 Fälle, an denen die Wahrheit des obigen Satzes constatirt werden kann.

Zuvörderst sei bemerkt, dass ich nach dem Vorgange der Alten unter einem Krankheitstag eine 24stündige Periode der Krankheit verstehe. „Diem autem, so sagt Galen in dem zweiten Buche über die Krisen (l. c. tom. IX. p. 642), per totum hunc sermonem nostrum in eo accipiemus significatu, ut non solum lucem, sed noctem etiam complectatur." Und an einer anderen Stelle (De crisibus liber I. l. c. tom. IX. p. 620) heisst es: „In primo quidem die; sic vero me ubique intelliges ex die et nocte tempus in viginti ac quatuor horas partitum accipientem." Danach also begänne z. B. der 7. Tag mit dem Eintritt der siebenten 24stündigen Periode der Krankheit. — Der Beginn der Krankheit überhaupt war in allen 27 Fällen ein plötzlicher, in der ungleich grossen Mehrzahl durch einen Frost markirt. Nehmen wir dazu, dass die Patienten insgesammt sich im vollständigsten Besitz ihrer Geistesfähigkeiten befanden, und ferner, dass sie insgesammt kurze Zeit nach ihrem Erkranken in das Krankenhaus gekommen waren, so war ein Rechnungsfehler von dieser Seite augenscheinlich sehr leicht zu vermeiden, ich möchte sagen unmöglich.

Eine gute Uebersicht über die Gesammtheit unserer Fälle gewährt die folgende Tabelle.

---

jecte, z. B. Verticellen, in Glycerinlösung aufbewahrt, schon lange Zeit ohne die mindeste Veränderung sich erhalten haben.

Dr. Oschatz zeigte darauf die Leistungen seines im hohen Grade vervollkommneten Mikrotoms und deutete das Verfahren beim Schleifen von Präparaten aus Knochen und Versteinerungen kurz an. Derartige Präparate wurden von ihm zur Ansicht vorgelegt, wie überhaupt eine beträchtliche Auswahl instructiver Präparate. Er schloss mit dem Wunsche, dass bei den wissenschaftlichen Instituten, für welche mikroskopische Präparate ein wichtiges Unterrichtsmaterial bilden könnten, derartige Sammlungen angelegt werden möchten, und erbot sich, an Jeden, der dafür Interesse hege, Proben seiner Präparate, als Deckgläschen, Objectgläser u. dgl. und der zu ihrer Herstellung erforderlichen Requisite zur Ansicht und Auswahl zu überschicken. (Adresse: Berlin, Stallschreiberstr. 33.)

Hierauf theilte Hr. Dr. H. Schacht aus seinem im Druck begriffenen grösseren Werke, welches die Lebensgeschichte der Pflanzenzelle nach allen Richtungen hin erschöpfend zu behandeln sich vorsetzt, den Abschnitt mit: Die Entstehung der Pflanzenzelle. Nur in bereits vorhandenen Pflanzenzellen bilden sich neue. Zwei Formen der Zellbildung sind zu unterscheiden, die durch Theilung des Primordialschlauchs der Mutterzelle, und die Bildung freier Zellen im Innenraume der Mutterzelle, bei welcher der Inhalt des Primordialschlauchs nicht vollständig verbraucht wird. Diese letztere Form ist als die ursprüngliche zu betrachten; sie geht der durch Theilung voraus. Beispiele für die freie Zellbildung gab Dr. Schacht durch Darlegung der Entwickelungsgeschichte des Endosperms von Pedicularis, der Sporen von Tuber, Helvella, Borrera, Peltigera. Die Zellenbildung durch Theilung des Primordialschlauchs wurde erläutert durch Beispiele, genommen aus den späteren Zuständen des Endosperms von Pedicularis, der Bildung des Pollens von Althaea, der Sporen von Anthoceros und insbesondere aus dem Wachsthum des Cambium der dicotyledonen Bäume, der Blätter von Sphagnum u. A.

V. Section für Anatomie, Physiologie und Zoologie.
Sitzung vom 19. September.

Die Sitzung wird eröffnet durch einen vortrefflichen Vortrag des Hrn. Dr. Stilling über die Anatomie des centralen Nervensystems beim Menschen und den höheren Wirbelthieren. Um in die Structur dieser Theile einzudringen, hat er versucht, dieselben durchsichtig zu machen. Er zerlegte einen bestimmten Theil in lauter feine parallele Schichten, deren jede so dünn ist, dass sie — ohne weitere Präparation — unter dem Mikroskop alle darin enthaltenen Elemente erkennen lässt. So ist es möglich, dass dann auch jeder Theil des betreffenden Gehirnsegmentes zugänglich wird, indem jeder das Sehfeld passiren muss. Alle diese Durchschnitte mit einander verglichen, geben die Anschauung des ganzen Gebäudes. Er zeigte 1) die Art der Anfertigung solcher Durch- und Abschnitte, 2) die Methode ihrer Aufbewahrung zur nachherigen sicheren und leichteren Uebersicht des Ganzen. Er sprach 3) über einige durch diese Methode erzielten Resultate. Die Nerven, deren centraler Ursprung in den Präparaten nachgewiesen wurde, sind die NN. *trigeminus*, *oculomotorius*, *facialis*, *abducens*, *acusticus*.

Art der Krankheit.	Zahl d. Fälle.	Die Tage, an denen der Temperatursprung erfolgte.
Pleuropneumonia . . .	18	in 2 Fällen am 3. Tage; in 7 Fällen am 5. Tage; in 8 Fällen am 7. Tage; in einem Falle am 9. Tage.
Pleuropneumonia n. Pericarditis	1	am 7. Tage.
Glossitis	1	am 5. Tage.
Erysipelas	2	in einem Fall am 5., in einem am 7. Tage.
Dysenteria	1	am 9. Tage.
Morbilli	2	in einem Fall am 3., in einem am 7. Tage.
Febris rheumatica . .	2	in 1 Fall am 3., in einem am 11. Tage.
	27	

In der ungleich grössten Zahl dieser Fälle fiel der Beginn des Temperatursprunges entschieden zwischen die Grenzen des ungeraden Tages; in sehr wenigen (in 4 Fällen) fiel er auf die Grenze eines ungeraden und geraden Tages; aber in keinem einzigen Falle entschieden zwischen die Grenzen eines geraden Tages.

Zur Prüfung dieses Resultates steht mir noch eine Anzahl von 47 Fällen von acuter Pleuropneumonie zu Gebote, die ich vor dem Beginn meiner Temperaturuntersuchungen gesammelt hatte, und in denen die Krankheitserscheinungen von Tag zu Tag (sowohl in der Remissions- als in der Exacerbationszeit) mit derselben Sorgfalt notirt sind, wie in den angeführten 52 mit Temperaturmessungen versehenen Fällen. Von diesen 47 Fällen sind für unsere Frage 15 unbrauchbar, weil in ihnen entweder der Beginn der Krankheit nicht genau fixirt werden konnte, oder das Fieber sich nur allmälig verminderte. Es bleiben mithin 32 Fälle, in denen wir untersuchen können, zu welcher Zeit die plötzliche Verminderung des Fiebers eintrat. Ich verweise hierbei noch einmal ausdrücklich auf den Satz IV., aus welchem resultirt, dass ein plötzliches und erhebliches Sinken der Pulsfrequenz im Verlaufe einer acuten Krankheit sicher auf eine gleichzeitige erhebliche Verminderung der Temperatur schliessen lasse, sobald nicht grosse Gaben von Digitalis in Anwendung gekommen sind, oder eine Erkrankung des Gehirns mit Betheiligung der *Medulla oblongata* hinzugetreten ist. Diese Erfahrung benutzend, datirte ich in den 32 Fällen den Beginn des plötzlichen Fieberabfalles von dem Zeitpunkt, wo die Pulsfrequenz plötzlich und beträchtlich zu sinken begann.

Die folgende Tabelle verschafft uns eine Uebersicht über die Gesammtzahl dieser Fälle.

Zahl der Pneumonien.	Der Tag, an welchem es zu einem plötzlichen u. beträchtlichen Sinken d. Pulsfrequenz kam.
2 Fälle, welche sich	am 3. Tage entschieden.
8 " " "	" 5. " "
13 " " "	" 7. " "
6 " " "	" 9. " "
2 " " "	" 11. " "
1 Fall, welcher sich	" 6. Tage entschied.
32 Fälle.	

Man ersieht hieraus, dass unter den 32 Fällen sich nur einer befindet, von dem man mit Entschiedenheit behaupten kann, dass das plötzliche Sinken des Fiebers, oder vielmehr der Beginn dieses Sinkens in die Grenzen eines geraden Tages gefallen sei. Ob in diesem Falle vielleicht ein Irrthum von Seiten des Kranken stattgefunden, kann ich gegenwärtig natürlich selbst nicht mehr ermitteln [1].

(Schluss folgt.)

Ueber den Werth der Tenotomie bei der Klumpfussbehandlung.

Von

Dr. Gustav Ross in Altona.

Die nachfolgenden Bemerkungen sind hervorgerufen durch den in No. 44. d. Bl. enthaltenen Aufsatz des Prof. Eschricht „über die Fötalkrümmungen, namentlich in Bezug auf die Bedeutung der angebornen Verdrehungen der Bauchglieder."

Es kann den Praktikern immer nur erwünscht sein, wenn die Physiologen bei dem Studium des normalen Typus hier und da Glanzlichter auf das verworrene Gebiet des Pathologischen fallen lassen, nur muss dies immer mit der gehörigen Reserve und mit der steten Annahme geschehen, dass dem Pathologen noch andere auf dem Boden der eignen Forschung sprudelnde Quellen zu Gebot stehen möchten, dass er ja nicht allein von den zugeworfenen Brodsaamen physiologischer Forschung zu leben braucht. Prof. Eschricht ist minder vorsichtig; nachdem er den — übrigens ja durchaus nicht neuen — Versuch gemacht hat, den Klumpfuss als eine Hemmungsbildung zu erklären, „wenn dies auch noch nicht auf streng anatomischem Wege gänzlich nachgewiesen ist" (sic), macht er den doch gewiss sehr wenig gerechtfertigten Schluss, dass deshalb die Tenotomie zu verwerfen sei, deshalb und weil Hr. Eschricht während eines „kurzen Aufenthalts in Hamburg" und „den günstigen Erfolg des Langgaard'schen Heilverfahrens kennen gelernt hat." — Was nun Letzteres betrifft, so mag es immerhin ein ganz vortreffliches sein, aber als constatirtes Beweismittel für eine darauf basirte Ansicht kann es erst dann angesehen werden, wenn Hr. Langgaard mit seinem

[1]) Von denjenigen, welche diese Resultate schon jetzt, d. h. noch bevor ich meine Fälle im Detail vorführe, prüfen wollen, kann ich billig Folgendes verlangen: a) Dass sie mit Genauigkeit, so wie ich es gethan, den Beginn der Krankheit fixiren; b) dass sie die betreffenden Kranken mit derselben Sorgfalt Tag für Tag in der Remissions- und Exacerbationszeit verfolgen; c) dass sie beim Aufnehmen der Pulsfrequenz sich vor allen den Einflüssen möglichst zu bewahren suchen, welche erfahrungsgemäss beschleunigend auf die Pulsfrequenz wirken; endlich d) dass sie die Dauer der Krankheit nach den oben angegebenen Principien bestimmen. Am zweckmässigsten scheint es mir übrigens, von jetzt ab nur noch solche Fälle in Betracht zu ziehen, welche mit Temperaturmessungen versehen sind. Hier ist man, sobald die von mir (in den Charité-Annalen) angegebene Messungsmethode angewendet wird, dem Irrthum offenbar weit weniger ausgesetzt, als bei der blossen Berücksichtigung der Pulsfrequenz.

Hr. Dr. Remak schloss hieran einige Bemerkungen über ähnliche Resultate, die durch die Beobachtung der centralen Theile des Nervensystems am Hühnerembryo erzielt worden.

Hr. Prof. Theile sprach über das symmetrische und asymmetrische Verhältniss der Musculatur beider Körperhälften.

Hr. Prof. Ecker zeigte die von ihm bearbeitete neue Auflage der Wagner'schen Icones physiologicae, ebenso mehrere auf die Entwicklungsgeschichte des Frosches und Alytes obstetricans bezügliche Präparate.

Eine Reihe von Wachspräparaten, die Entwicklungsgeschichte und pathologische Anatomie betreffend, legte Hr. Dr. Ziegler vor.

VI. Section für Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe.
Vormittagssitzung vom 19. September.

Die heutige Sitzung eröffnete Hr. Dr. Küchenmeister durch Vorzeigung eines Hundeherzens mit Insufficienz der Tricuspidal- und Mitralklappen, und eines menschlichen Herzens, welches sich durch seine Kleinheit und die Dünnheit der Sehnenfaden seiner Papillarmuskeln auszeichnete und im Leben die Erscheinung des metallischen Klingens dargeboten; ferner durch Vorlegung eines Präparates, wo durch Atheromprocess und Pfropf mit Ablagerung von Cholestearinkrystallen Obliteration der *Iliaca externa* erzeugt worden war, nebst Mittheilung des Krankheitsfalles und Bemerkungen über den atheromatösen Process im Allgemeinen.

Darauf folgte ein Vortrag des Hrn. Dr. Dornblüth über ein zweckmässiges Surrogat der Charpie, welches in dem Abgang von Flachs, gereinigter Hede oder Werg besteht, und von dem Redner seit mehreren Jahren mit dem besten Erfolg als Verbandmittel angewendet worden ist.

Es fand hiernach die Vorzeigung des magneto-electrischen Apparates des Prof. Hassenstein durch dessen Sohn, den Dr. Hassenstein, statt.

Hr. Dr. Becker sprach hierauf über die erfolgreiche Anwendung des künstlichen Magensaftes bei sich selbst im Laufe des Sommers gegen Verdauungsstörung, die Bereitung desselben durch Digestion der Magenschleimhaut eines eben geschlachteten Schweins mit verdünnter Salzsäure genau angebend, das Präparat vorzeigend und zu weitern Versuchen damit auffordernd.

Prof. Roser aus Marburg zeigte sodann vor:

1) den im physiologischen Archiv 1850 von ihm beschriebenen Apparat für vordere Muttervorfälle, den er auch bereits mit günstigem Erfolg angewendet;
2) eine Scheere zur Zerkleinerung grosser Introvaginalpolypen für solche Fälle, wo der enge Scheideneingang die gewöhnliche Operationsmethode nicht zulässt;
3) einige aus Paris mitgebrachte Instrumente zum Fassen des Muttermundes, Anlegen von Schlingen und Abschneiden von Polypen u. s. w.

Hierauf theilte Hr. Dr. Heidenhain interessante Bemerkungen und Beobachtungen über den pyämischen Process mit, und Hr. Prof. Hüter aus Marburg hielt einen Vortrag über Osteophyten an der in-

Heilverfahren aus dem Halbdunkel einer Privatanstalt vor den Richterstuhl der ärztlichen Kritik getreten sein wird.

Die primitive Krümmung des Wirbelthierfötus im Ei ist bekannt, und die Eschricht'sche Erklärung derselben ist ja wohl auch die allgemein angenommene; wenigstens hat gewiss noch Niemand versucht, diese primitiven Krümmungen von Muskelcontracturen oder einer Pressung des Fötus im Ei herzuleiten. Was aber die Stellung der Extremitäten anlangt, so ist diese keineswegs mit einer starken Beugung zu vergleichen, vielmehr stehen die Extremitäten ursprünglich in einer mittleren Stellung zwischen Beugung und Streckung, und scheinen nur deshalb so stark gebeugt, weil die Rumpftheile, denen sie eingepflanzt sind, so stark gegen einander neigen, dass speciell die Haltung der Füsse im Mutterleibe und bei Neugeborenen für Jemanden, der es mit der Vergleichung nicht eben gar zu genau nimmt, eine entfernte Aehnlichkeit mit dem eigentlichen Klumpfuss hat. Dies mag zugegeben werden. Aber was folgt daraus? So lange nicht nachgewiesen ist, dass zu irgend einer Zeit seiner intrauterinen Entwicklung der menschliche Fötus an wirklichen Klumpfüssen als seiner dermaligen normalen Entwicklungsstufe laborirt hat, ist dieser ganze geistreiche Vergleich in dieselbe Rumpelkammer zu werfen mit jenen früher cursirenden Spielereien, dass der menschliche Fötus in seiner Entwicklung zeitweis ein Fisch, ein Vogel u. s. w. sei.

Was fängt aber Hr. Eschricht mit den doch eben so häufigen acquirirten Klumpfüssen an, die doch ursprünglich und oft eine ganze Reihe von Jahren hindurch aus ganz untadligem Gebein bestanden und sich später oft in ärgere Klumpfüsse verwandeln, als die angeborenen? Sollen diese etwa auch selbst dann, wenn sie im 10. Lebensjahre oder noch später an Beinen auftreten, welche die Eschricht'schen Fötalkrümmungen längst überwunden und selbst schon die Kinderschuhe ausgetreten haben, sollen diese unartigen Klumpfüsse etwa doch noch in die Theorie gezwängt werden?

Hemmungsbildungen, Fötalkrümmungen — was sind das Anderes als leere Worte, denen ein fruchtbringender Inhalt erst dann gegeben wird, wenn das causale, pathogenetische Moment nachgewiesen ist? Ueberall, wo dies bei angeborenen Deformitäten bisher geschah, erweist sich, dass auf gegebene Veranlassung die Deformität sich vor der Geburt, wie nach der Geburt unter denselben Bedingungen entwickelt, nämlich unter den durch die locale Organisation gesetzten. Es ist z. B. sehr wenig damit gesagt, wenn man die angeborenen Hüftluxationen aus der gebeugten Stellung des Oberschenkels im Mutterleibe erklären wollte, seitdem man aber diesen Process pathologisch-anatomisch etwas genauer kennt, ergiebt sich, dass er denselben Verlauf nimmt, wie der entsprechende Vorgang nach der Geburt, den wir spontane Luxation zu nennen gewohnt sind. Wenn sich Knochen an einander bewegen, so liegt es doch wohl nahe, an ihre Hauptbewegungsfactoren, die Muskeln, auch ein wenig zu denken, und wenn man nun den acquirirten Klumpfuss hauptsächlich durch Muskelwirkung zu Stande kommen sieht, weshalb will man dann bei einem analogen Vorgang im Mutterleibe die armen Muskeln so gar unmündig machen, besonders da doch die mit Klumpfüssen geborenen Kinder meist recht deutliche Anzeichen von stattgefundenen Störungen in den Nervencentren und davon abhängig in den Muskeln darbieten? Damit soll denn freilich nicht gemeint sein, dass gerade alle angeborenen Klumpfüsse aus Muskelwirkungen abzuleiten seien, ebenso wenig wie alle acquirirten.

Diese Betrachtungen stehen aber dem Praktiker für sein unmittelbares Handeln wirklich viel ferner, als Hr. Eschricht anzunehmen scheint, am allerwenigsten aber darf von diesem Standpunkt aus über den Werth der Tenotomie abgeurtheilt werden. Es wäre ungefähr dasselbe, wenn ein Physiologe mit der Bemerkung hervorträte, weil die Hasenscharte eine Art Hemmungsbildung sei, brauche man bei ihrer Operation nicht die Anfrischung der Spaltränder vorzunehmen, vielmehr solle man diese bloss durch langes Reiben wund machen und dann irgend wie zusammenbündeln. Wer wollte leugnen, dass das nicht einmal Erfolg haben könnte, und dass darauf nicht ein „neues Heilverfahren" zu begründen sei?

Bei der Frage über die Klumpfussbehandlung kann man wohl füglich ohne sein Gewissen sehr zu beunruhigen, eben erst bei der pathologisch-anatomischen Erforschung des Bestehenden anfangen. Hier wäre nun aber wohl das gerade Gegentheil aufzustellen, nämlich: dass nach den vorliegenden Leichenuntersuchungen, auch nach denen Cruveilhier's, auf welche Bezug genommen wird, nach den hier und da in den grössern Sammlungen aufbewahrten Präparaten, endlich nach dem Befunde an jedem lebenden Klumpfuss selbst (da doch die Knochen nicht so bedeckt sind, dass man sie nicht durchfühlen und ihre Grenzen bestimmen könnte) die Verunstaltung der Knochen bei Klumpfüssen, auch bei den höhern Graden derselben eine auffallend geringe ist, dass vielmehr die Deformität besonders durch Verschiebung der Knochen ausgemacht wird, und dass eben diese Verschiebung der relativ normal gebliebenen Knochen neben einer geringen Versezzung der Gelenkflächen eine grosse Störung in den Spannungsverhältnissen der Weichtheile (Muskeln, Bänder, Haut) voraussetzt, ganz abgesehen davon, ob diese Verkürzungen und Verlängerungen als ein Primäres oder Secundäres bei dem Zustandekommen der Deformität anzusehen sind.

Hier sind wir bei dem eigentlichen Kern der Frage angelangt, bei dem Anfange der rein praktischen Rücksichtsnahmen. Wenn man einen Klumpfuss, selbst höchsten Grades, bei einem Neugeborenen mit einem leichten Händedruck in seine normale Stellung bringen kann, so wird hierdurch schon der Beweis geliefert, dass die Ursachen für den Wiedereintritt der Deformität bei dem Nachlass des Drucks, eben nicht in der Form der Knochen liegt, sondern in ihrer durch die Weichtheile vermittelten Stellung, also in den Weichtheilen. Die Frage des Praktikers ist nun einfach: wie vermag man am sichersten, am schnellsten und am angenehmsten (*tuto, cito, jucunde*) die Störungen in der Spannung der Weichtheile dauernd zu heben? genügt es in den meisten Fällen, oder in allen Fällen, bloss durch Manipulationen, Maschinenbehandlung u. s. w. die verkürzten Weichtheile auszudehnen und die verlängerten zur Verkürzung zu bringen? oder vielmehr erleichtert, beschleunigt, sichert man sich den Erfolg, wenn man in einzelnen Fällen einen Theil der Hindernisse durch ein an sich unschädliches Mittel — den Muskel- und Sehnenschnitt hinweggräumt?

---

nern Fläche der Schädelknochen bei Schwangern und Wöchnerinnen, so wie bei Neugebornen, das Gesagte durch Vorzeigen einer Sammlung von derartigen Schädeln erläuternd und auf eine vor Kurzem in Marburg erschienene Dissertation: de osteophytis puerperarum et neonatorum von Dr. F. J. Bauer hinweisend; und knüpfte daran noch Bemerkungen über die von ihm häufig beobachteten Verletzungen und apoplectischen Blutergüsse bei Neugeborenen nach natürlichen und ganz leichten Geburten ohne Einwirkung hinzugekommener äusserer Veranlassung.

Von Seiten des Vorsitzenden wurde sodann der von mehreren Seiten lautgewordene Wunsch, heute Nachmittags noch eine Sitzung zu halten, ausgesprochen, und mit allgemeiner Beistimmung die Zeit von 5—7 Uhr dazu festgesetzt.

Hr. Prof. Siebert knüpfte hieran den wiederholten Antrag, darauf Bedacht zu nehmen, dass, wenn auch jetzt nicht, doch für nächstes Jahr die Sitzungen vereinigt mit der Section für Anatomie und Physiologie gehalten werden möchten, und es erging daher von Seiten des Präsidenten sofort an diese Section die Einladung zur Theilnahme an der Nachmittagssitzung. — Der genannte Redner, Prof. Siebert, sprach hierauf noch Einiges über Melturie, und machte dabei besonders auf den noch hypothetischen Zusammenhang dieses als blosses Krankheitssymptom zu betrachtenden Uebels mit Pankreasleiden aufmerksam, zugleich physiologische Fingerzeige für die Therapie gebend.

Die Nachmittagssitzung eröffnet Hr. Dr. Göschen mit Anregung einer Discussion über den immer mehr zunehmenden Gebrauch der Uterussonde zur Erkennung von Gebärmutterkrankheiten und deren Nutzen als diagnostisches Mittel, sowie der Instrumente zur Hebung von Flexionen etc. der Gebärmutter. Er wünschte von den Anwesenden namentlich die Fragen erledigt zu sehen, ob der Gebrauch beider Arten von Instrumenten wirklich so wenig nachtheilig sei, wie es von den entschiedenen Anhängern derselben in der Regel dargestellt wird, und ob der so häufige Gebrauch in der That mit den erlangten Resultaten in diagnostischer wie therapeutischer Beziehung in richtigem Verhältniss stehe. An der Discussion, die bei der Wichtigkeit des Gegenstandes wohl etwas zu frühe abgebrochen wurde, betheiligten sich besonders die Hrn. Prof. Hohl, Dr. Behm, Martin, Roser, Stiebel.

Hr. Dr. Ullrich theilte hierauf einen Fall von *Fungus cerebri* (?!) mit und Hr. Dr. Reklam sprach über seine durch den Hassenstein-schen Apparat erlangten Heilresultate. Nach seiner Meinung besonders wichtig war ein Fall von Hodenentzündung, in dem er den Apparat angewandt hatte. Vor der Versammlung verlor sich freilich der Werth dieses Falles, als Hr. Reklam schliesslich bekannte, neben dem Hassenstein'schen Apparate auch die Einwickelungen nach Fricke gemacht zu haben.

Schliesslich theilte Hr. Dr. Zeis noch einen merkwürdigen Krankheitsfall mit, welcher in seinem Wohnort Dresden Aufsehen macht und ein 20jähriges Mädchen betrifft, welches an einem eigenthümlich krankhaft veränderten Zustande, resp. theilweiser Spaltung der Kopfnähte in der Mittellinie des Kopfes bis hervor auf die Stirne leidet, und stellt diesem einen in gewisser Beziehung analogen Fall bei einem Knaben noch an die Seite.

Begreiflicher Weise ist dies eine Grenze, die mit Sicherheit nur a posteriori, d. h. durch die Erfahrung beantwortet werden kann. Und die Erfahrung hat gesprochen, so laut, wie kaum anderswo! Es heisst doch der Geschichte ins Gesicht schlagen, sich jetzt gegen eine Entdeckung auflehnen wollen, von der einst Europa wiederhallt hat, und deren Impulse fast die ganze Chirurgie durchzittern, sich auflehnen wollen, allein gestützt auf eine nicht haltbare Theorie und eine „während eines kurzen Aufenthalts in Hamburg" gesammelte, sehr anzuzweifelnde Erfahrung. Ist denn vor dem Jahre 1831, in welchem jenem hannoverschen Seminaristen die Hackensehne durchschnitten wurde, der Klumpfuss geheilt worden? Die Geschichte antwortet darauf mit einem entschiedenen Nein. Freilich wissen wir, dass man leichtere Fälle auch schon vor 1831 heilte, dass männliche und weibliche Orthopädisten (z. B. Frau Brückner sel.) sich damit abgaben, Klumpfüsse zu bandagiren. Gewiss haben diese Klumpfüsse geheilt, und zwar eben dieselben, welche noch jetzt jede einigermaassen aufmerksame Wickelfrau heilen kann, nicht geheilt aber haben sie diejenigen Klumpfüsse, welche noch jetzt ohne den Sehnenschnitt nicht heilbar sind. Wenn die Klumpfüsse heilbar waren, frägt Stromeyer mit Recht, warum haben denn Talleyrand, Walter Scott, Lord Byron ihre Klumpfüsse behalten? Würde jetzt einem reichen englischen Aristokraten ein klumpfüssiges Söhnlein geboren, sicher derselbe würde geheilt werden. Wenn die Heilung der Klumpfüsse durch Bandagen so gang und gäbe gewesen wäre, warum liess denn 1784 der Arzt Thilenius einem jungen Mädchen die Hackensehne durchschneiden? warum machte 1806 Sartorius seine blutige und barbarische Operation? warum sann und experimentirte später Michaelis so lange über seine Schwächung der Sehnen durch Einschneidung? warum versuchte 1816 Delpech wieder den Sehnenschnitt? warum endlich fand die 1831 von Stromeyer zuerst wissenschaftlich und praktisch zweckmässig aufgestellte Tenotomie eine so verbreitete und dauernde günstige Aufnahme, so dass sie selbst von Orthopäden, wie Duval, Bouvier, J. Guerin, Heine in Cannstadt etc., welche früher die mechanische Behandlung mit Glück geübt hatten, angenommen und nachdrücklich vertreten wurde? Wer sich gegen diese Geschichte auflehnt, für den giebt es keine Geschichte!

Wenn einer grossen Entdeckung dadurch geschadet wird, weil Missbrauch mit ihr getrieben wurde, so würde diesen Schaden die Tenotomie mit allen andern heilsamen Entdeckungen theilen. An diesem Missbrauch ist aber wenigstens nicht der Entdecker Schuld, der gerade in seinen ersten Arbeiten weniger sanguinisch zu Werke geht, als sonst bei ähnlichen Anlässen der Fall zu sein pflegt. Schuld daran ist besonders die Leichtigkeit und Unschädlichkeit der Operation selbst, so dass jeder operationslustige Sohn Aesculaps sich daran machte und Sehnen zerschnitt. Ob er auch Klumpfüsse behandeln konnte? Dafür könnten die von den Instrumentenmachern jener Zeit der Tenotomie aufbewahrten Briefe diejenigen Belege liefern, welche wir in den Schriften der Aerzte vermissen: „ich habe gestern dem kleinen N. N. die Achillessehne durchschnitten; schicken Sie mir gütigst eine Maschine, der Knabe ist so und so alt u. s. w." Kam endlich die Maschine an, so war es längst zu spät, und der Arzt wusste dann auch nicht damit umzugehen. Wenn aber früher zu viel tenotomirt wurde, deshalb sollte man doch jetzt nicht aus übergrosser Pfiffigkeit in den entgegengesetzten Fehler verfallen!

Wie bei allen praktischen Fragen, so ist auch bei der nach dem Werthe der Tenotomie eine gewisse Breite der Beantwortung zulässig. Gewiss sind die Fälle, wo bei der Klumpfussbehandlung die Tenotomie unentbehrlich ist, die seltneren, aber selbst einmal angenommen (was übrigens durchaus nicht zugegeben wird), dieselbe wäre zu entbehren, würde sie selbst dann zu verwerfen sein, bevor nicht nachgewiesen ist, dass ohne sie eben so sicher, eben so schnell, eben so wenig belästigend geheilt wird? Dieser Nachweis ist aber bis jetzt — wenigstens was die Klumpfüsse anbetrifft — nicht geliefert.

Der Graf Montgelas sagte einmal von der Politik seines Landes, sie käme ihm vor wie ein betrunkener Bauer, der, wenn man ihm von der einen Seite auf den Esel hilft, auf der andern wieder herunterfällt. So geht es auch der Chirurgie mit ihren Uebertreibungen in neuen Entdeckungen!

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1. Oct. 1850 bis 30. Sept. 1851.

Von
Dr. F. Heyfelder, o. ö. Prof. d. Med. u. Director des Univ.-Krankenhauses sowie d. chir. Klinik.
und
Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt der chirurgischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 47.)

II. Entzündung des Schultergelenks und des Schulterblattes. Resection der von Caries ergriffenen Partie der Scapula, Tod durch Pyämie.

Lorenz Sausinger, 31 Jahr alt, Müllergeselle, wurde am 1. Juni in der chirurgischen Klinik aufgenommen, nachdem er seit 14 Tagen allabendlich von Frost mit nachfolgender Hitze und seit 6 Tagen von bohrenden Schmerzen im rechten Schultergelenke und im rechten Schulterblatte, verbunden mit Bewegungsunfähigkeit, heimgesucht worden war. Die Weichtheile, welche die Schulter umgaben, waren geschwollen und heiss, die Haut geröthet. Sowohl die Untersuchung mit den Fingern, als auch der leiseste Versuch, den Arm zu bewegen, steigerte den Schmerz. Unter der *Spina scapulae* fand sich eine fluctuirende Stelle, aus welcher nach einer Incision viel Eiter mit abgestossenem Zellgewebe vermengt abfloss, worauf die Geschwulst abnahm und der Patient sich sehr erleichtert fühlte, der jeden weitern traumatischen Einfluss zurückwies und über die Entstehungsweise kei-

---

Sitzung der combinirten Sectionen V. und VI.
Sonntag, den 21. September.

Präses Hr. Prof. Ecker.

Hr. Prof. v. Siebold sprach über die Grenzen der Zeugung durch wechselnde Generationen.

Die häufig behauptete Fortpflanzung sine concubitu bei den Psychiden beruht bei den Gattungen Psyche und Fumea nur auf mangelhafter Beobachtung, indem hier durchaus nichts von der geschlechtlichen Fortpflanzung Abweichendes stattfindet. Bei der Gattung Talaeporia kommen allerdings Zwischengenerationen vor, doch sind dieselben anatomisch reine Weibchen, die im jungfräulichen Zustande, ohne vorhergegangene Begattung, fruchtbare Eier legen, sich also ganz anders als die Ammen der Blattläuse verhalten. Die Beobachtung an Talaeporia bezieht sich bisher auf eine Generation.

Hr. Dr. Cohn über Entwickelung der Infusorien. Seine Beobachtungen beziehen sich unter Anderm auf das Lebendiggebären von Loxodes Bursaria. Prof. O. Schmidt knüpfte hieran einige von ihm über denselben Gegenstand an Stentor coeruleus gemachte Beobachtungen. Gegen einige von Hrn. Prof. Schmidt gegen Hrn. Dr. Cohn erhobene Zweifel wurde derselbe durch Hrn. Prof. v. Siebold nachdrücklich in Schutz genommen.

Hr. Prof. Henle sprach über einige Fortpflanzungsverhältnisse der Nematoden. In der Lunge der Katze finden sich häufig Eier, von denen der Ascaris mystax, die sich im Darmkanal aufhält, nicht verschieden. Die Asc. mystax wandert in den obern Theil des Darmkanals aus, von wo aus wahrscheinlich ihre Eier in die Lunge gelangen. Die hier ausgekrochenen Jungen gerathen ins Freie, wandern aus und gelangen auf eine bis jetzt nicht erklärte Weise wieder in den Körper der Katze. Die in der Katzenlunge durch die Ablagerung der Eier entstehenden Tuberkeln scheinen ganz zu heilen; in menschlichen Lungen sind von Hrn. Prof. Henle Tuberkeln, die auf eine ähnliche Ursache deuteten, bisher nicht gefunden.

Hr. Dr. Remak erinnerte in Bezug auf eine Aeusserung des Hrn. Dr. Henle, nach welcher die von Hake beschriebene angeblich krebshafte Krankheit der Leber bei Kaninchen durch die Eier von Botryocephalus bedingt werde, an seine in den „diagnostischen Untersuchungen" enthaltenen Bemerkungen über diesen Gegenstand, aus welchen es wahrscheinlich wird, dass diese eiförmigen Körper eigenthümliche parasitische Organismen seien.

Hr. Prof. v. Siebold fand, wie er mittheilte, in der Leber der Spitzmaus Tuberkeln, ganz bestehend aus Eiern von Trichosoma. Das Individuum, welches sie gelegt zu haben schien, befand sich ganz in der Nähe der Tuberkeln.

Eine Aufklärung, welche Hr. Dr. Küchenmeister von Hrn. Prof. Henle über den von ihm angeregten Gegenstand sich erbat, wurde von diesem gegeben.

Hr. Prof. Stromeyer gab eine Mittheilung über eine merkwürdige Wanderung von Spulwürmern. Der Oesophagus einer Leiche war völlig vollgepfropft von Spulwürmern.

(Fortsetzung folgt.)

neu Aufschluss geben konnte. Die mit einem gefeusterten Ceratlappen bedeckte Wunde wurde am Abend noch einmal durch Druck von dem angesammelten Eiter befreit. Dasselbe geschah am nächsten Tage, am dritten nach Entleerung des Eiters und nach genauer Untersuchung der Wunde, wobei ich auf keine unbedeckte Knochenpartie gerathen, und eine Salpetersilberauflösung eingespritzt. Am 5. Juni war der Eiter dick, gelb und weniger copiös. Die Sonde drang einen Zoll tief nach oben und aussen, auf der andern Seite hatten die Wände der Abscesshöhle sich angelegt. Von nun ward der Verband nur viermal täglich erneuert, und bei einer stärkenden Diät schien der Kranke sich zu erholen. Vom 20. Juni an trat eine Verschlimmerung ein, indem heftige Schmerzen von Neuem in dem Schultergelenke und im ganzen rechten Arme sich einstellten, welche dem Kranken alle Nachtruhe raubten. Bald zeigte sich auch Geschwulst der Weichtheile. Mit der Sonde gelangte man durch die noch nicht geschlossene Incisionswunde bis zum Schultergelenke, nirgends berührte sie aber auf diesem Wege entblösste Knochentheile, nur nach unten am *Angulus scapulae* traf man auf Rauhigkeiten.

Am 27. Juni wurde die noch vorhandene Wunde mit dem Messer genügend vergrössert und nun gefunden, dass der ganze untere Winkel der Scapula von Caries ergriffen war, welchen ich nach gehöriger Entblössung mit der Liston'schen schneidenden Zange fortnahm.

Am 29. Juni Vergrösserung der Leber, Athembeschwerden, geringe Dämpfung an der Lungenspitze vorn und hinten, bronchiales Athmen und Hustenreiz, sehr beschleunigter Puls.

Von diesem Tage an verschlimmerte sich der Zustand des Kranken sichtlich, auch entstand eine fluctuirende Geschwulst am Oberarm, daher am 4. Juli ein Einschnitt gemacht wurde, in Folge dessen viel Eiter sich entleerte. Mit der Sonde gelangte man auch von hier aus ins Schultergelenk, und traf hier mit einer durch die alte Wunde eingeführten Sonde zusammen. Das Acromion und der Oberarmknochen wurden als von Caries ergriffen erkannt, ein jeder weiterer operativer Eingriff aber vom Patienten unbedingt zurückgewiesen.

Am 19. Juli klagte er über Schmerzen in der Gegend der sechsten Rippe auf der rechten Seite, die Percussion zeigte auf dieser Stelle einen circumscripten matten Ton. Am 20. Juli war hier Entzündungsgeschwulst, am 21. Juli deutliche Fluctuation, daher ein Einschnitt gemacht ward, in Folge dessen über 2 Unzen Eiter sich entleerten. Die Sonde drang hier $^{1}/_{4}$ Zoll tief ein.

Schon am folgenden Tage war der Zustand des Kranken wesentlich verschlimmert, die Kräfte sanken, die Gesichtszüge waren entstellt, der Puls klein, kein Schlaf, kein Appetit. Auch das Aussehen der Wunde war übeler geworden, das Secret, eine stinkende Jauche, vermischt mit brandig abgestorbenem Zellgewebe, daher auch die Oberarmmuskeln wie präparirt erschienen. Am 29. Juli erfolgte der Tod.

Die Section ergab Caries des Schultergelenkes, und zwar des *Caput humeri* und der Gelenkpartie der Scapula, deren *Pars infraspinata* ebenfalls cariös war, ferner Caries der 5. und 6. Rippe rechter Seits da, wo diese am stärksten gewölbt erscheinen, die Rippenpleura an dieser Stelle im Umkreise von mehreren Zollen entzündet und mit der *Pleura pulmonalis* adhärirend. Im Uebrigen zeigten die innerhalb der Brust- und Bauchhöhle gelegenen Eingeweide, abgesehen vom Blutmangel, eine normale Beschaffenheit.

In diagnostischer Beziehung von Interesse ist der nachstehende Fall von

12. Kaltem Abscesse an der Brust.

Albert Bartholomäus, 26 Jahr alt, Schuhmachergeselle, von kleiner, mittelkräftiger Statur, früher seiner Angabe nach gesund und seit einigen Monaten von Drüsengeschwülsten heimgesucht, wovon mehrere charakteristische Narben am Halse zeugen, suchte die Aufnahme in der Klinik am 4. April wegen einer Geschwulst nach, welche seit 8 Wochen sich auf der rechten Brusthälfte gebildet und jetzt vom Acromion bis fast zum rechten Rande des Brustbeins und nach unten bis an die Brustwarze reichte, ziemlich gespannt war, Fluctuation und keine Veränderung der äussern Haut zeigte. Die schwache Percussion dieser Geschwulst gab einen gedämpften, die starke einen sonoren Schall. Die normalen Athemgeräusche wurden durch die Geschwulst durchgehört, was als ein Beweis erschien, dass die Geschwulst zwischen den allgemeinen Decken und der Brustwand ihren Sitz hatte und nicht sich bis in den Thorax erstreckte. Ein Einstich mit dem Troisquart explorateur entleerte einige Tropfen hellen, mittelmässig dünnen Eiters, was mich bestimmte, mit dem von J. Guérin zu diesem Zweck angegebenen Instrumente eine subcutane Eröffnung dieses Abscesses vorzunehmen, in Folge dessen sich über ein Pfund gelbgrünen, bald mehr, bald weniger dicken Eiters entleerte. Trotz dem collabirte die Geschwulst verhältnissmässig wenig, und am Abend konnten wiederum einige Unzen Eiter durch Compression der Geschwulst weggeschafft werden.

Die nächste Nacht verging schlaflos unter Frost und Hitze, und der Patient fühlte sich am Morgen ermattet, hatte wenig Appetit und einen fieberhaften Puls. Abermals ward aus der Geschwulst eine grosse Quantität zum Theil mit Blut vermischten Eiters entleert.

Da das Befinden des Kranken sich gleich blieb, das Secret in dem Abscess sich nicht besserte, sondern im Gegentheil eher dünner und missfarbiger wurde, und die Entfernung des Eiters nur unter Druck möglich war, was dem Kranken Schmerzen verursachte, so wurde die Geschwulst durch einen 2 Zoll langen Schnitt gespalten, worauf eine sehr bedeutende Menge Eiter abfloss. Die Untersuchung zeigte jetzt den grossen Umfang der Abscesshöhle, die sich bis zur Clavicula erstreckte. Eine cariöse Knochenpartie ward nicht gefunden, und die Heilung erfolgte jetzt so rasch, dass der A. Bartholomäus schon am 15. April entlassen werden konnte.

Es ist dies nicht der erste Fall, wo ich von der namentlich durch französische Wundärzte so warm empfohlenen sogenannten subcutanen Eröffnung kalter Abscesse keine günstige Wirkung sah und nachträglich genöthigt war, eine vollständige Spaltung vorzunehmen, die immer dann einen günstigen Erfolg hatte.

13. Operation einer angeborenen Phimose nach Ricord.

Ein 54 Jahre alter, kräftiger und gesund aussehender Mann (Peter Maul), wegen vermeintlicher Lustseuche in's Krankenhaus geschickt, wofür man eine *Phimosis congenita* und einen umfangreichen Hämorrhoidalknoten genommen, hatte folgende Beschaffenheit der Eichel und Vorhaut:

Die Eichel war im Verhältniss zum übrigen Theil des Penis etwas verkümmert, die Vorhaut mit einer sehr engen Spalte versehen, so dass jeder Versuch, sie über die Eichel zurückzuschieben, Schmerzen machte, und der Harn nicht im Strahle, sondern nur tropfenweise abfloss. Die Untersuchung mit der Sonde zeigte einen freien Zwischenraum zwischen Eichel und Vorhaut auf der vorderen Partie, wogegen auf der unteren Hälfte eine vollständige Verwachsung zwischen Vorhaut und Eichel bestand. Erectionen des männlichen Gliedes verursachten Schmerzen, und diese waren ihm stets bei der Ausübung des Beischlafes hinderlich gewesen, den er wiederholt versucht, und in Folge dessen er vor einer Reihe von Jahren eine leichte Gonorrhöe bekommen hatte. Abgesehen von der Verwachsung zwischen der unteren Hälfte der Eichel und der inneren Vorhautplatte, war diese im Verhältniss zur äusseren auffallend verkürzt, und bedingte dadurch einen die Spitze des Penis zusammenschnürenden kreisrunden Wulst vorn an der Oeffnung der Vorhaut, deren Zurückschiebung dadurch unmöglich und schmerzhaft gemacht ward. — Die Phimose ward am 26. Mai durch die von Ricord angegebene Operation, und am 4. Tage nach Entfernung der Nähte auch die Adhärenz zwischen Vorhaut und Eichel beseitigt, gleichzeitig der Hämorrhoidalknoten abgetragen. Sämmtliche operative Eingriffe wurden am Kranken im Chloroformschlafe vorgenommen. Am 12. Tage konnte der Mann entlassen werden.

Hernien.

Ueber mehrere Radical-Bruchoperationen nach der Wutzer-Rothmund'schen Methode ist in der Deutschen Klinik vom 12. Juli d. J. S. 298 referirt worden, und es ist nur hinzuzufügen, dass ausser jenen fünf Fällen diese Radicaloperation noch in zwei weiteren Fällen mit Erfolg durchgeführt worden ist. Ob dieser Erfolg ein bleibender oder vorübergehender sein wird, mag die Folge lehren; bei einem der Operirten ist nach 4 Monaten in Folge eines Fehltrittes die Hernie wieder zum Vorschein gekommen, nur ist sie jetzt leicht mit einem Bruchbande zurückzuhalten, was vor der Operation nicht gelingen wollte.

Eine Herniotomie bei eingeklemmtem Schenkelbruche ist am so eben angeführten Orte schon beschrieben, daher dorthin verwiesen wird.

14. *Hernia foraminis ovalis incarcerata.*

Frau A. Stellweg, 29 Jahre alt, im fünften Monate schwanger, seit 3 Jahren an einem Bruche auf der linken Seite leidend, erfuhr am 18. Juni Morgens bald nach dem Aufstehen aus dem Bette, unter häuslichen Beschäftigungen, eine Incarceration, indem die ungewöhnlich umfangreiche Bauchgeschwulst, ungeachtet einer horizontalen Lage auf dem Bette mit angezogenen Schenkeln, sich nicht verkleinerte, sondern sich immer mehr spannte und der Sitz heftiger Schmerzen wurde, welche bei der Berührung sich steigerten, und während des wiederholt sich einstellenden Erbrechens einen überaus hohen Grad erreichten. Der Stuhlgang fehlte, dagegen konnte der Harn ohne Mühe gelassen werden. Obige Zufälle hatten 12 Stunden gedauert, als unsere Hülfe angesprochen ward. Wir fanden an der dem eirunden Loche entsprechenden Stelle

der linken Seite eine abgerundete, gespannte, hühnereigrosse Geschwulst. Die Cruralgegend durchaus frei, die Schmerzen verbreiteten sich von der Geschwulst aus besonders gegen die *Regio hypogastrica* hin. Nachdem die Kranke in eine Rückenlage mit aufgehobenem linken Schenkel gebracht und durch Chloroform-Inhalationen anästhesirt worden war, gelang die Reposition durch einen entsprechenden anhaltenden Druck mit den Fingern beider Hände. Die ungewöhnlich weite Bruchpforte hatte mindestens den Umfang eines Zolles, und war nach oben vom Schambein, nach unten und aussen vom *Ligamentum obturatorium* gebildet.

Unmittelbar nach der Reposition bekam die Kranke eine Stuhlentleerung, und mit dieser waren alle Zufälle verschwunden. Später erhielt sie ein Bruchband, in der Weise construirt, wie bei Schenkelbrüchen, nur nach Cooper's Rath mit stärkerer Pelote.

Brüche des eirunden Loches gehören zu den Seltenheiten, und ebenso scheinen Einklemmungen nicht oft beobachtet worden zu sein. Der Inhalt des Bruches war hier wohl eine Dünndarmpartie und ein Stück Netz. Dass letzteres mit vorgelegen, entnehme ich aus dem Umfange des Bruches, und die Einklemmung einer Dünndarmschlinge folgere ich aus dem Erbrechen, aus der Stuhlverstopfung und aus der Stuhlentleerung unmittelbar nach gelungener Taxis.

Der Wasserbruch wurde immer durch Ausschneidung der Scheidenhaut in einem grösseren oder geringeren Umfange operirt. Die Heilung erfolgte meist sehr rasch.

Bei einem 26 Jahre alten kräftigen und gesunden Bauer mit doppelter Hydrocele, bei welchem die locale Medication des *Aether muriaticus transchloratus* versucht worden war, trat ein oberflächliches brandiges Absterben der äussern Schicht des Scrotums 24 Stunden nach der Operation ein, und die vollständige Heilung erfolgte erst nach 7 Wochen. Jene Zufälle waren ohne allen Zweifel durch die örtliche Anwendung des *Aether muriat. transchloratus* hervorgerufen worden.

Bei einem 49 Jahre alten Strumpfwirker (Fr. Pröll) war die sehr verdickte Scheidenhaut mit der Scrotalhaut fest verwachsen, die angesammelte Flüssigkeit dick und von rothblauer Farbe, aus welcher sich grumose Massen abgelagert. Die Hydrocele hatte vor 6 Jahren in Folge einer traumatischen Einwirkung sich zu entwickeln angefangen.

Ein noch nicht völlig 2 Jahre alter Knabe, bei welchem die Hydrocele binnen 6 Monaten den Umfang eines Enteneies erreicht hatte, war am 17. Tage nach der Operation vollständig geheilt.

Bekanntlich hat Rust in einer Abhandlung (veröffentlicht in der medicinischen Zeitung, herausgegeben von dem Verein für Heilkunde in Preussen, vom 23. Oct. 1833): über einige sogenannte örtliche Krankheitsformen, die keine örtlichen Krankheiten sind, besonders rücksichtlich der Radicaloperation der Hydrocele zur Vorsicht aufgefordert, indem nach Operationen dieser Art häufig genug bedeutendere Uebel hervortreten, die dem Leben gefahrbringend werden können, und ohne die Operation des Wasserbruches wahrscheinlich nicht sich entwickelt haben würden. Der nachstehende Fall könnte vielleicht als ein Beleg für die Rust'sche Ansicht gelten, indessen möchte ich darauf hinweisen, dass Rust dem Wasserbruche und der Radicaloperation desselben vielleicht einen zu specifischen Einfluss einräumt, während im Gegentheil doch nicht verkannt werden darf, dass ein jeder operativer Eingriff an und für sich ein krankmachendes Moment abgiebt, welches für sich allein einen Entzündungsprocess zu begründen mächtig genug ist. Ist nun überdies von vorn weg eine *Diathesis inflammatoria* vorhanden, oder ist der Organismus nicht kräftig genug, um auf einen solchen Eingriff naturgemäss zu reagiren, so werden alle blutigen Operationen, grössere und geringere, eine Entzündung irgend eines edlen Organs bedingen können, wie dies die beiden nachstehenden Fälle darzuthun scheinen.

Johann Wittmann, 22 Jahr alt, kräftig gebaut, wohlaussehend und stets gesund, giebt an, vor 5 Jahren einen Stoss gegen das Scrotum bekommen zu haben, worauf ausser einer vermehrten Empfindlichkeit Anfangs keine weiteren Folgen eingetreten zu sein schienen. Nach und nach aber bemerkte er eine leichte Anschwellung der rechten Scrotalhälfte, welche seit fast 2 Jahren eine Geschwulst von der Grösse eines Gänseeies bildet. Vor etwa einem Jahre vergrösserte sich auch die linke Hälfte des Hodensacks und erreichte eine gleiche Ausdehnung, wie die rechte. Dadurch im Arbeiten gehindert, begab er sich, Hülfe suchend, in die hiesige chirurgische Klinik. Durch die deutliche Fluctuation, den matten Percussionston, sowie das Durchschimmern des Lichtes ward Hydrocele beider Seiten mit Leichtigkeit nachgewiesen, und als der Patient sich damit einverstanden zeigte, zur Operation geschritten. Nachdem derselbe durch *Aether muriaticus transchloratus* in ziemlich kurzer Zeit anästhesirt war, wurden die Hydrocelen beider Seiten in Einem Sitz *per excisionem* operirt und beide Wunden durch Knopfnähte vereinigt. Aus beiden Seiten flossen mehrere Unzen wasserheller Flüssigkeit.

Mehrere Stunden nach der Operation traten Schmerzen auf beiden Seiten nach dem Verlauf des Saamenstranges ein, die indessen nicht allzu heftig wurden, wogegen eine zu gleicher Zeit aufgetretene Harnverhaltung die wiederholte Application des Katheters an den beiden ersten Tagen nöthig machte.

Als nach dreimal 24 Stunden die Nähte gelöst wurden, waren beide Wunden bis auf die untere Ecke vereinigt. Am 6. Tage war letztere auf der rechten Seite ebenfalls geschlossen, wogegen die Oeffnung links etwas mehr Eiter secernirte. Diese Erscheinung nahm in den folgenden Tagen zu, wobei sich die Oeffnung selbst vergrösserte; der Eiter hatte jedoch ein vollkommen gutes Aussehen, das Allgemeinbefinden war ungestört.

Bis in den Anfang August zeigte sich kaum eine Veränderung; am 6. d. M. aber bildete sich unter geringen Schmerzen eine harte, etwas geröthete Geschwulst nach dem Verlauf des Saamenstranges der linken Seite. Zwölf Blutegel auf die schmerzhafte Stelle gesetzt und Quecksilbersalbe in den linken Oberschenkel eingerieben, bewirkten Zertheilung der Geschwulst, so dass sie am 11. Aug. völlig verschwunden war.

Am 13. Aug. klagte der Operirte über stechende Schmerzen in der Gegend der rechten unteren Rippen, die sich bei Inspiration und Druck von aussen vermehrten. Dabei war der Puls voll, härtlich, die Zunge belegt, die Temperatur des ganzen Körpers etwas erhöht; die Eitersecretion an der Scrotalwunde war fast ganz zurückgetreten. Schröpfköpfe in die rechte Seitengegend angewandt, konnten den Schmerz an dieser Stelle auf einige Stunden lindern, natürlich aber eine Pneumonie nicht aufhalten, deren Symptome in den folgenden Tagen immer deutlicher wurden, und welche mittelst der physikalischen Exploration nachzuweisen am 17., und mehr noch am 18. gelang. Diese *Pneumonia lobularis dextra* hatte ihren Höhepunkt etwa am 29., von wo ab die subjectiven Symptome täglich mehr zurücktraten, während die objectiven beinahe unverändert fortbestanden, bis nach etwa 8 Tagen der Percussionston tympanitisch wurde und Rasselgeräusche eintraten. In denselben Tagen begann der linke Schenkel schmerzhaft anzuschwellen, daher eine Flanelleinwicklung mit demselben vorgenommen wurde. Die Geschwulst nahm bis in die ersten Tage des September zu, dann wieder ab. Am 6. war die Extremität fast ganz gleich der andern, und da die Scrotalwunde längst geheilt, das übrige Befinden des Operirten gut war, so wurde er an diesem Tage, seinem Wunsche gemäss, entlassen. (Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Meningitische Flecke.

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Hr. Troyes-Esconnet machte hierüber vor Kurzem der medicinischen Facultät zu Paris folgende Exposition:

Wenn man im Beginn der Invasionsperiode der *Meningitis tuberculosa* über die Haut des Kindes am Thorax oder Abdomen leicht mit dem Nagel eines Fingers herfährt, so erhält man fast augenblicklich an der Stelle, wo der Finger weilte und etwas darüber hinaus, einen diffusen Strich von lebhaft rother Farbe, der von der weiss-rosichten Haut zur Seite sehr absticht, einige Minuten stationär bleibt und sich dann nach und nach verliert. Drückt man nur auf einen Punkt mit der Spitze des Fingers, so bilden sich ähnliche Farbenerscheinungen, die Trousseau meningitische Flecke nennt. Er hat zuerst die Aufmerksamkeit auf dies Phänomen hingelenkt, welchem er, im Verein mit den übrigen Symptomen der in Rede stehenden Krankheit, einen gewissen Werth beilegt. Im physiologischen Zustande existiren diese Flecke nicht; allein man findet sie auch in anderen Leiden, z. B. in der *Meningitis simplex* und der Pneumonie, wenigstens in mehreren Fällen, in denen sie constatirt wurden. Im Scharlach, in den Masern, in der Variola und in anderen Affectionen der ersten Kindheit ist bisher vergebens nach ihnen gesehen worden. In drei Fällen von Masern, die sich mit Pneumonie complicirten, erschienen die meningitischen Flecke zugleich mit der Pulmonarphlegmasie. Beim typhösen Fieber findet man dies Phänomen bald existirend, bald mangelnd, was zum wenigsten eine Reihe von Untersuchungen nachgewiesen. Unter 20 *Meningitides tuberculosae*, die ich theils in der Dienstabtheilung des Professor Trousseau im Hôpital des enfants malades, theils in der des Dr. Roger aux enfants-trouvés beobachtete, habe ich das Scharlachband oder die meningitischen Flecke bei keiner fehlen sehen. Es scheint daher zweckmässig und nöthig zu sein, bei der Diagnose dieser Krankheit der fraglichen Manifestation Rechnung zu tragen.

Preisaufgaben

vom k. Collegium der Chirurgen zu London für 1852: a) Pathologie und Behandlung der Harnröhrenverengerungen. Preis: 20 Guineen. b) Ueber die Verrichtungen der verschiedenen Theile der grossen Eingeweide in der Klasse der Mammiferen. Preis: 50 Guineen.

Personalien.

Personalveränderungen. Baiern. Quiescirt: Gerichtsarzt Dr. Schreiner in Königshofen.

Nassau. Versetzt: Med.-Rath Heydenreich von Herborn nach Dillenburg; die Med.-Assist. Grimm von Hachenburg nach Niederlahnstein, Dr. Kissel von Runkel nach Hachenburg, Dr. Lange von Niederlahnstein nach Runkel; Med.-Access. Dr. Menges von Weilburg nach Obertiefenbach.

Oesterreich. Ernannt zu ausserordentlichen Professoren: Die Privatdocenten DD. L. Mauthner Ritter v. Mautstein für Klinik der Kinderkrankheiten, J. Löbisch für Frauen- und Kinderkrankheiten an der Universität zu Wien; zu Hauptl.-Reg.-Aerzten: die Oberlieut.-Oberärzte DD. Ritzan bei Kaiser-Uhlanen, Kletzl beim 22. Inf.-Reg.

Preussen. Der praktische Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr. Antoniewicz hat sich in Posen niedergelassen und der prakt. Arzt und Kreisphys. a. D. Hachenberg ist von Kalk nach Köln gezogen.

Würtemberg. Quiescirt: Oberamtsarzt Dr. Weiss in Backnang.

Todesfälle. Baden. Dr. L. v. Fischer in Mannheim; Med.-Rath Physikus Dr. Hergt in Karlsruhe; A. Merklin, Physikus des Amtes Gengenbach.

Baiern. Dr. Baier in Nürnberg; Dr. A. Zimmermann, quiesc. Landgerichts-Arzt zu Krumbach.

Hannover. Med.-Rath Dr. Ehmbsen in Osnabrück, 85 J. alt.

Kurhessen. Ober-Med.-Assessor Dr. Neuber in Kassel.

Nassau. Dr. Huthsteiner, pens. Ober-Med.-Rath in Weilburg; Med.-Assist. Dr. Elwert in Grenzhausen.

Oesterreich. Pens. Ober-Feldarzt Benkiser in Gratz.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [*].

1. Chirurgie.

(Fortsetzung aus No. 46.)

Jackson, Heisses Wasser gegen Verrenkungen. Americ. Journ., April.

Jakubowsky, Angeborene *Atresia ani* bei einem sechsmonatlichen Mädchen. Communication des Mastdarms mit der Scheide. Operation. Heilung. Med. Ztg. Russl. 17.

Jobert, Fremder Körper im Kniegelenk. Operation. Gaz. d. Hôp. 75.

— Ueber fremde Körper in den Luftwegen. L'Union 62. 65. 67. 68.

— Ueber die weisse Kniegeschwulst. Gaz. des Hôp. 65.

Knox, Bemerkungen über Resection des oberen Theiles des *Os femoris.* Med. Times, Juni.

Krakowizer, Autoplastik zur Heilung von Geschwüren des Unterschenkels. Nordam. Monatsschr., Jan.

Kremlew, Glückliche Heilung einer penetrirenden Bauchwunde mit vorgefallenem Netz. Med. Ztg. Russl. 19.

Lange, Abscess des linken Hinterbeckens. Med. Centr.-Ztg. 41.

Laugier, Eigenthümliche Form einer eingeklemmten Hernie. G. d. Hôp. 60.

Laurencet, Ueber einen neuen Apparat „Coussin bivalve" bei Fracturen der unteren Gliedmaassen. Arch. gén., Aug., Oct.

Lawrence, Penetrirende Wunde des Kniegelenks. Lancet, Febr.

Lebert, Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer. Paris, 1851. 1 fort vol. in-8. de 892 pages; prix 9 Fr.

Lizars, Practical observations on the treatment of stricture of the urethra and fistula in perineo. 2. edit. Edinburgh, 1851.

Lloyd, Ueber einige bösartige chirurgische Krankheiten. Med. Times, März.

Lonsdale, Zur Bandagenlehre. Lancet, Febr.

Luxation der Halswirbel, Aetherisation, leichte Reposition. Bull. de Thér., Juni.

Macdonnell, Fälle von eingeklemmten Brüchen. Dubl. Press 650.

Mackenzie, Ueber die Behandlung des *Prolapsus recti.* Lond. Gaz., April.

— Ueber den Wiederersatz der Unterlippe. Monthly Journ., Oct.

Maisonneuve, Freiwillige Spaltung der Unterlippe. Operation der Hasenscharte. Heilung. Gaz. des Hôp. 57.

— Ueber *Valgus* und *Pes equinus acquisitus.* Ibid. 53.

Marshall, Abtragung der Brust. Lancet, Febr.

Mellvaine, Fälle aus der chirurgischen Praxis. Americ. Journ., April.

[*] Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Melzer, Ueber den Lippenkrebs und die Ursache seines häufigen Vorkommens in Krain. Jen. Ann. II. 4.

Meyer, Jahresbericht über das gymnastisch-orthopädische Institut zu Wismar. Wismar und Ludwigslust, 1851.

Metz, Mittheilungen aus dem Maria-Bürgerspital zu Aachen (Resectionen). Deutsche Klinik 27. 30.

— Amputation im Fussgelenk nach Syme. Ibid. 39.

— Resection. Ibid. 38.

— Episiorrhaphie. Heilung. — *Aneurysma traumaticum arteriae popliteae.* Platzen des Sackes. Unterbindung der *Arteria cruralis.* Gangrän des Unterschenkels. Amputation des Oberschenkels. Heilung. — Einige Fälle der Excision von Gelenkmäusen. Rheinische Monatsschrift, Mai.

— Operation einer *Hernia incarcerata;* Brand der Darmschlinge; Einreissen derselben beim Repositionsversuch: Darmnaht; Heilung ohne Kothfistel. Ibid., April.

— Resection des unteren Endstücks des Oberarmknochens. Deutsche Klinik 30.

Michon, Geschichte und Application der blutigen Naht bei Wunden. Bull. de Thér., Juni.

Morel, Fall von einem hohen Orte, Fractur des Schädels, Trepanation, vollständige Heilung. L'Union 75.

Nance, *Spina bifida* nach freiwilligem Bersten des Sackes völlig geheilt. Nordam. Monatsschr., Jan.

Nélaton, *Aneurysma arterioso-venosum.* Gaz. des Hôp. 59.

— Klinischer Vortrag über Hernien. Ibid. 70.

Paget, Ueber aneurysmatische Erweiterung der *Arteria poplitea* und ihre Behandlung mit Druck. Lond. Gaz., April.

Peacock, Fractur durch eine Quetschung veranlasst. Med. Times, Mai.

Penicke, Belladonna-Klystier gegen einen eingeklemmten Leistenbruch. Deutsche Klinik 41.

Perdrigeon du Vernier, Zwei Fälle von Luxation des Schultergelenks. Gaz. des Hôp. 55.

Piachaud, Ueber die unmittelbare Reduction in einem Fall von eingeklemmtem Bruch mit Perforation des Intestinum. Arch. gén., Juli.

Rau, Paraphimosis kleiner Kinder. Casper's Wochenschr. 21.

Ravoth und Vocke, Chirurgische Klinik. Eine freie Uebersetzung und ergänzende Bearbeitung von Ad. Burggraeve's Tableaux synoptiques de Clinique chirurgicale. Berlin, 1851.

Redfern, Ueber die Heilung von Wunden der Gelenkknorpel. Monthly Journ., Sept.

Resection der nicht conglirten Knochenenden bei *Fractura ossis femoris.* Dublin Press 648.

Rihoux, Encephalocele; Operation; Heilung. Presse méd. 23.

Robinson, Ueber Complicationen der eingeklemmten Brüche. Lond. Journ., Mai, Juli.

Roe, Wunde des Gehirns. Med. Times, März.

Roser, Chirurgisch-anatomisches Vademecum. 2. Aufl. Stuttgart, 1852.

— Chirurgische Aphorismen. Vierordt's Archiv Heft 4.

(Fortsetzung folgt.)

Sonnabend, **№ 49.** **6. December 1851.**

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1. Oct. 1850 bis 30. Sept. 1851.

Von

Dr. F. Heyfelder, o. ö. Prof. d. Med. u. Director des Univ.-Krankenhauses sowie d. chir. Klinik.

und

Dr. O. Heyfelder, Assistenz-Arzt der chirurgischen Klinik.

(Schluss aus No. 48.)

15. Lungenentzündung in Folge eines unbedeutenden operativen Eingriffs.

Johanna Sprügel, 26 Jahr, von gracilem Körperbau, bisher guter Gesundheit, aber grosser Erregbarkeit, hatte sich durch eine Verletzung des rechten Fusses ein Uebel an demselben zugezogen, welches in einer benachbarten Anstalt wochenlang ohne Erfolg behandelt und Anfang December 1850 der hiesigen chirurgischen Klinik als *Caries calcanei* zugeschickt worden war. Bei der Aufnahme der Kranken fand sich am innern Rand des rechten Fusses eine Narbe, welche vor der Ferse in vertikaler Richtung bis gegen die Sohle verlief und vollständig geschlossen war, also nicht aus der letzten Zeit herrührte. Vor dieser Narbe befand sich ein in die Tiefe gehendes Geschwür, durch welches die Sonde bis gegen den Knochen hin eindrang, ohne jedoch diesen selbst entblösst zu finden. Die Kranke erhielt täglich mehrere Fussbäder und sollte sich einer *Incisio exploratoria* unterwerfen, als sie den 4. von einem leichten Fieber und Unwohlsein befallen wurde, und am 6. disparate Varioloiden sich auf ihrem Gesicht und ihrer Brust zeigten. Dieselben verliefen gutartig und ohne bedeutende Affection des Allgemeinbefindens; am 15. konnte die Kranke von der medicinischen Abtheilung, auf welche sie gebracht worden war, auf die chirurgische wieder zurückkehren.

Am 20. wurde, nachdem sie mittelst Chloroform betäubt worden, ein $2\frac{1}{2}$ Zoll langer Schnitt längs dem Fussrande geführt, so zwar, dass das fistulöse Geschwür mit durchschnitten wurde. Man fand keinen blossliegenden Knochen, das Zellgewebe gesund, die Wände des Geschwürs nicht schlecht aussehend, wenig Eiter darin. Die Wunde ward vereinigt und kalte Ueberschläge angeordnet. Die Schmerzen waren mässig, das Befinden der Kranken, einen leichten Frost am Abend des 21. abgerechnet, die ersten Tage gut. Am 25. stellte sich Stechen in der linken Brust, Husten, Fieber ein. Das Stechen wechselte den Ort, fixirte sich auf der rechten Seite, am 27. war durch die physikalische Exploration eine Pneumonie auf der rechten Seite nachweisbar. Zugleich war die Wunde am Fusse beinahe ganz geschlossen, die offene Stelle mit wenigem, gut aussehendem Eiter bedeckt, vollkommen schmerzlos. Aber am innern Rand der Tibia zeigte sich in diesen Tagen ein mehrere Zoll langer rother Streifen, der empfindlich gegen Berührung war. Empfindlichkeit und Röthe verlor sich, dagegen trat eine harte, schmerzlose Geschwulst hervor, welche, sobald sich Eiter in der Tiefe verspüren liess, was am 10. Jan. der Fall war, durch einen Einstich geöffnet wurde. Eiter, coagulirtes und flüssiges Blut wurden aus der Abscesshöhle entleert, welche jedoch nirgend auf blossliegende Knochen führte und bei täglicher Reinigung bald ihrer Heilung entgegenging.

Unterdessen verlief die Pneumonie mit grosser Heftigkeit, selbst von Delirien und eine Zeit lang täglich wiederkehrenden Stickanfällen begleitet und erschöpfte die Kranke dergestalt, dass die Reconvalescenz nur langsam vor sich ging und die Patientin erst am 22. Febr., nachdem beide Fusswunden längst und vollkommen gut geheilt waren, das Spital verlassen konnte.

Ich könnte noch andere Fälle, auch aus der Privatpraxis, mittheilen, wo Operirte, welche das Bette nicht verlassen, immer in gleicher Temperatur gelebt und keine Diätfehler begangen und überhaupt keine schädlichen Einflüsse erfahren hatten, plötzlich an Lungenentzündung erkrankten, welche sogar einen höchst perniciösen Charakter annehmen kann. So bekam eine gracil gebaute Frau 8 Tage nach der Excision

Feuilleton.

Ueber Impfungen mit syphilitischem Gifte.

Von

Dr. Stromeyer in Kiel,
Professor u. Gen.-Stabsarzt.

Es hat sich vielleicht mancher gewissenhafte Arzt mit mir darüber gefreut, dass die Ricord'schen Impfungen, welche auch in Deutschland mit grossem Eifer nachgemacht wurden, allmälig in Vergessenheit zu gerathen schienen. Sie waren für den Arzt interessant, hatten aber für die Kranken keinen Nutzen, und konnten denselben neue Gefahren bereiten. Es ergiebt sich jetzt leider, dass diese Forschungsweise in ein neues, viel bedenklicheres Stadium getreten ist. Früher impfte man die Patienten mit ihren eigenen Secreten, um zu constatiren, ob Geschwüre, welche sie sich durch eigene Unvorsichtigkeit zugezogen hatten, syphilitisch seien oder nicht, und um die Dauer der Ansteckungsfähigkeit zu erfahren. Jetzt fängt man an, nicht syphilitische Kinder, Blinde, Verwachsene u. s. w. mit syphilitischem Gifte zu impfen, um gegen Ricord den Beweis zu liefern, dass sich das Gift der constitutionellen Syphilis weiter impfen lasse. Ich bin weit entfernt, das wissenschaftliche Interesse dieser Experimente ableugnen zu wollen; auch die Versuche, welche Frau Gesina Gottfried mit dem Arsenik anstellte, waren nicht ohne wissenschaftliches Interesse, wie ich dies durch zwei ihrer Opfer erfahren habe, welche dem Tode glücklich entronnen waren. Die Frage ist nur, ob der Arzt sich zu seinen Experimenten nicht bloss der Frösche, Katzen und Hunde, sondern auch unglücklicher elternloser Kinder bedienen dürfe, bei denen er vermuthlich nicht Gefahr läuft, dass der Vater auf den Gedanken käme, vice versa, Versuche über *Fragilitas ossium* bei dem Herrn Naturforscher anzustellen. Nach meiner Ansicht sind dergleichen Untersuchungen verbrecherisch, und man sollte jedem Arzte Gewissenhaftigkeit genug zutrauen, um dergleichen nicht zu versuchen. Sie sind auch gar nicht nöthig, da die betreffenden Fragen durch sorgfältige Beobachtungen am Krankenbette gelöst werden können. Dass syphilitische Väter und Mütter oft syphilitische Kinder zeugen, wusste man längst, es bedurfte also keiner Impfungen mit dem Blute Syphilitischer, um zu beweisen, dass das Blut der Träger des Ansteckungsstoffes sein könne. Dass auch Condylome und andere secundäre Produkte ansteckend sind, ist durch unzählige Beobachtungen constatirt, wenn auch nicht durch

einer Unterkieferhälfte nach schon erfolgter Heilung der Wangenwunden eine Pneumonie, die mit Abscessbildung endigte.

Vor allem aber scheinen Amputationen grösserer Gliedmassen, besonders der unteren Extremitäten, die Disposition zu Pneumonien zu bedingen.

16. Exstirpation eines *Naevus maternus* auf der Wange und organischer Wiederersatz durch Hautverschiebung.

Das Kind war 31 Wochen, gesund und kräftig. Der Nävus war von rothschwarzer Farbe, erhaben und mit Wollhaaren bewachsen, und wurde durch zwei Längenschnitte, die in der Nähe der Commissur des Mundes in einem spitzen Winkel zusammentrafen, und durch einen vereinigenden Querschnitt 3 Linien unter dem unteren Augenlidende entfernt. Sodann löste ich die seitlichen Hautpartien ab, worauf es gelang, sie einander zu nähern und durch Nähte zu vereinigen. Hierdurch ward das fortgenommene Hautstück ersetzt, und die daraus hervorgehende Narbe fiel ganz linear aus.

17. Gehirnerschütterung und in Folge davon *Delirium tremens.*

Fr. Dornig, 37 Jahr alt, Weissgerbergeselle, von kräftigem Körperbau, dem Trunke und der Völlerei sehr ergeben, stürzte am 8. Juni im trunkenen Zustande rückwärts eine steile Treppe hinab und ward nach einiger Zeit bewusstlos, aus dem Munde und aus der Nase blutend, am Fusse der Treppe angetroffen. Da man ihn für betrunken hielt, so liess man ihn in diesem Zustande auf dem gepflasterten Boden während der nächsten Nacht liegen. Am nächsten Morgen gelang es, ihn zu erwecken, wo er ohne weitere Hülfe das Haus verliess und sich in eine fremde Wohnung begab, die er für seine eigene hielt und als eine solche behandelte. Als seine Frau ihn hier auffand und ihn in seine Wohnung zurückführen wollte, gebärdete er sich wie ein Rasender, und es bedurfte der Beihülfe mehrerer Personen, um ihn in sein Haus und in sein Bett zu bringen, aus welchem er sogleich, beinahe gänzlich entkleidet, entfloh. Erst 44 Stunden nach dem erlittenen Unfalle wurde ärztliche Hülfe nachgesucht. Man fand ihn regungslos auf seinem Bette, mit heissem, geröthetem Gesicht, injicirten Augen, die er auf Anrufen öffnet, ohne auf eine an ihn gerichtete Frage zu antworten. Sein Puls war hart, voll und nicht beschleunigt, am Hinterhaupte eine 12 Linien lange, mit Quetschung verbundene Trennung der Weichtheile, das Pericranium unverletzt. Nach Anlegung eines entsprechenden einfachen Verbandes, welcher eine direkte Vereinigung erzielen sollte, wurde ein Aderlass gemacht und die Application kalter Ueberschläge auf den Kopf angeordnet, am Abend die Venäsection wiederholt, da der Kranke eine grössere Aufregung zeigte.

Die nächste Nacht war sehr unruhig, grosse körperliche und geistige Aufregung, Mangel des Bewusstseins, unaufhörliches Reden ohne allen Zusammenhang, dann Gähnen und schnarchender Athem bei einem kleinen, unterdrückten, aber frequenten Pulse, am linken untern Augenlide eine Ecchymose unter der Conjunctiva. Die kalten Ueberschläge wurden fortgesetzt und innerlich das von Pless in Stuttgart gegen *Delirium tremens* empfohlene *Decoctum Fol. Digit. purp.* verordnet.

Binnen 4 Stunden wurde der Kranke ruhiger. Am 13. Juni Morgens klagte er sogar über Hunger, erkannte seine Umgebung, aber nur vorübergehend, die Stuhlverstopfung wurde durch ein Essigklystier beseitigt. Der Kopf fühlte sich nicht besonders heiss an.

In der Nacht vom 15. auf den 16. Juli trat plötzlich eine grosse Aufregung ein, der Patient erkannte Niemand und war schwer im Bette zu erhalten. Gegen Morgen Trockenheit der Zunge und sehr langsamer Puls von 60 Schlägen.

Am 17. Juni Morgens *excretio alvi et urinae spontanea*; hierauf Rückkehr des Bewusstsein am Abend, dann mehrstündiger Schlaf in der folgenden Nacht, Erwachen bei vollem Bewusstsein am 18. Juni, aber mit dem Gefühle grosser Mattigkeit und Schwerbeweglichkeit des Kopfes, der Puls weich und von 62 Schlägen.

In gleicher Weise verhielt sich das Befinden vom 19. bis 24. Juni, an welchem letzten Tage die Ecchymose unter der *Conjunctiva palpebrae inferioris lateris sinistri* beinahe ganz verschwunden war. Am 30. Juni konnte der Mann entlassen werden.

Ein interessanter Fall von Kniecontractur, verbunden mit Atrophie fast aller willkürlichen Muskeln in Folge einer entzündlichen Affection der Centraltheile des Nervensystems während des Wochenbetts — ein Zustand, welcher durch die Extension forcée und durch den spätern Gebrauch der Thermalbäder des Wildbads in Würtemberg gänzlich gehoben wurde — ist in No. 39. S. 422 der Deutschen Klinik beschrieben worden.

18. Kalter Abscess in der Lumbalgegend.

Mathias Ottenberger, 45 Jahr alt, Maurer, von kräftigem Wuchse und früher von gesundem Aussehen, von gesunden Aeltern stammend, die ein hohes Alter erreichten, nur einmal in seinem Leben krank, indem er vor 3 Jahren an einer Lungenentzündung auf der linken Seite erkrankte, nach deren Heilung ein Abscess auf dem Rücken entstand, der künstlich geöffnet und bald zur Heilung gebracht wurde. Vor 11 Monaten fühlte er in Folge einer Erkältung Schmerzen in der rechten Lumbalgegend, und es bildete sich hier über den falschen Rippen ein umfangreicher Abscess, nach dessen Eröffnung sich eine bedeutende Menge Eiter entleerte. Dieser Eiterausfluss dauerte fort, wiewohl in geringerer Quantität. Um Weihnachten, also 5 Monate nach dem ersten Auftreten des Uebels, wurde er von anhaltenden stechenden Schmerzen im *Os sacrum* heimgesucht, welche ihm zwar nicht das Gehen und Stehen unmöglich machten, aber bei jedem Versuche, sich zu drehen oder sich zu bücken, in hohem Grade steigerte.

Am 24. Mai begab er sich aus seinem, eine gute Stunde von hier entlegenen Wohnorte zu Fuss in die hiesige Klinik. Er war bedeutend abgemagert, die Hautdecken schlaff und von blassgelber Farbe, die Muskulatur welk, die Lungen erweckten bei der acustischen Exploration den Verdacht der Tuberculose, die Leber war normal, die Milz vergrössert. Auf dem Rücken fanden sich in der rechten Lumbalgegend 3 Abscessöffnungen, die sämmtlich tief gingen. Die oberste und zugleich bedeutendste Oeffnung war am untern Rande der untersten falschen Rippe. Durch sie gelangte man in einen 4—5 Zoll langen, in schiefer Richtung nach unten und vorn über den obern Rand des Hüftbeinkamms verlaufenden Kanal, aus welchem bei jeder tiefen Inspiration und gleichzeitiger Compression des Unterleibes eine nicht unbedeutende Menge eines dicken, graugefärbten Eiters floss. Mit dem Finger gelangte man über den Hüftbeinkamm und konnte hier die um-

---

Ricord's misslungene Impfungen. Aber in unserer Zeit soll nur das Experiment entscheiden, die einfache Beobachtung am Krankenbette aber nichts beweisen. Dies führt zu den gefährlichsten Irrthümern. Ich erlaube mir, hier ein schlagendes Exempel anzuführen. Professor Pitha, welcher zur Ehre der deutschen Chirurgie gewissenhafter ist, als sein College von der syphilitischen Station, verzweifelt daran, dass man jemals die ansteckende Natur des Hospitalbrandes gehörig erforschen könne, weil man das Gift desselben Menschen nicht einimpfen dürfe und Impfungen an Kaninchen kein Resultat geben. Ein Arzt, welcher nicht bloss aus Experimenten, sondern auch aus Beobachtungen am Krankenbette Schlüsse zu ziehen gewohnt ist, würde vielleicht glauben, Hr. Prof. Pitha habe über die Contagiosität des Hospitalbrandes sehr zahlreiche Versuche angestellt, wenn auch nicht gerade mit der Lancette, und dass dieselben die Nichtigkeit der älteren Ansichten vollkommen bestätigen. Er sagt, die Vorsichtsmaassregeln der älteren Beobachter hätten eigentlich keinen Sinn, weil in der Prager chirurgischen Klinik Alles ganz vortrefflich sei, und doch der Hospitalbrand darin um sich griff. Wir müssen ihm die untadelhafte Beschaffenheit seines Lazareths aufs Wort glauben, denn er theilt uns gar nicht mit, wie gross der Raum sei, welchen ein Patient einnimmt. Aus seinem in der Prager Vierteljahrs-Schrift mit dankeswerther Offenheit geschriebenen Aufsatze ergiebt sich aber, dass die gewöhnlichsten Vorsichtsmaassregeln gegen den Hospitalbrand vernachlässigt wurden. Wenn in einem lange für eiternde Wunden benutzten Lokale die Wunden eine üble Beschaffenheit annehmen, oder gar der Hospitalbrand ausbricht, so leert man dasselbe und sucht es zu desinficiren, was bekanntlich oft sehr schwer ist. Prof. Pitha scheint aber auf die Leerung seiner inficirten Krankensäle gar keinen Bedacht genommen zu haben. Unter den 82 vom Spitalbrande Ergriffenen befanden sich 20 mit Beingeschwüren, deren Aufnahme im Lazareth doch vermuthlich keine Lebensfrage war, und deren Behandlung auch wohl ausserhalb desselben hätte geschehen können, 3 an welchen die Operation der Phimose gemacht war, die vermuthlich hätte unterbleiben können, einer, an welchem ein Haarseil durch ein *Hygroma patellae* gezogen war, was unter allen Umständen ein verwerfliches Verfahren ist, bei herrschendem Spitalbrande aber Vermessenheit. Ein vorsichtiger Operateur legt einen Steinoperirten am liebsten allein, Professor Pitha legte die seinigen in Säle, worin Spitalbrand vorkam. Er erzählt uns gewissermaassen triumphirend, dass der Eine, welchen er isolirte, nachdem er vom Brande inficirt war, nach dem Alleinlegen erst recht schlimm geworden sei, obgleich derselbe schliesslich geheilt wurde, während der andere starb, welcher, wie es scheint, in dem inficirten Saale gelassen wurde. Von

fangreiche Zerstörung in den weichen Theilen in Folge der stattgehabten Eiterung constatiren. Durch die zweite Abscessöffnung gelangte man in den ebenbeschriebenen Gang, durch die dritte Abscessöffnung auf die äussere Fläche des Darmbeins und gegen die Wirbelsäule zu auf eine Stelle, deren Berührung dem Kranken heftige Schmerzen verursachte.

Diese Abscesshöhlen wurden täglich zweimal mit lauwarmem Wasser ausgespritzt, der aus einem Ceratlappen und Compressen bestehende Verband täglich zweimal erneuert und dem Kranken eine den Abfluss des Eiters begünstigende Lage gegeben, zugleich eine die Kräfte unterstützende Diät angeordnet.

Am 30. Mai traf die in den untersten Abscessheerd eingeführte Sonde auf einen rauhen harten Körper, welcher weder vorwärts gezogen, noch zurückgeschoben werden konnte. Nach Erweiterung der Abscesshöhle mit dem Messer gelang es, einen anderthalb Quadratzoll grossen, lamellösen Sequester mit der Kornzange zu entfernen. Hiermit trat eine wesentliche Besserung ein, indem der Eiter in geringerer Menge abfloss und mehr consistent, zugleich die Wunden kleiner wurden, während die Kräfte des Kranken, sowie dessen Esslust und Schlaf zunahmen. Vom Tage der Entfernung des Sequesters an war eine schwache Sublimatauflösung alle 24 Stunden eingespritzt worden.

Bis zum 20. Juni war der untere Gang beinahe vollständig geschlossen und der obere bedeutend kleiner geworden.

Anfangs August jedoch nahm die Eiterabsonderung aus den Fistelgängen wieder zu, der Eiter bekam immer mehr ein übles Ansehen, wurde dünn und übelriechend. Dabei sanken die Kräfte des Kranken, verschlechterte sich sein Aussehen, die Haut bekam eine fahle, gelbliche Färbung; die Musculatur magerte ab; bald trat gegen Abend leichtes Fieber ein. Am 25. Aug. wurde er von einem heftigen, anhaltenden Schüttelfrost befallen, der am 27. und 29. repetirte, von da an täglich wiederkehrte. Der Kranke collabirte zusehends, der Appetit schwand ganz und gar, die Respiration wurde mühsam und rasselnd, die Zunge trocken, das Auge gebrochen; die Eitersecretion der Wunde hatte gänzlich aufgehört. Am 2. Sept. starb er.

Die am folgenden Tage vorgenommene Section ergab: mässig starkes Oedem beider Lungen, in deren Spitzen sich ziemlich viele pigmentirte, verkreidete Tuberkeln befinden; Verwachsungen, besonders nach hinten und mit dem Zwerchfell, durch fibröse Stränge und lockeres Zellgewebe. Herz und grosse Gefässe normal, Serum im Pericardium gelblich gefärbt. Leber allseitig mit den Nachbarorganen und dem Bauchfell verwachsen, vergrössert, beginnende Muskatnussleber, brüchig. Milz vergrössert, blutreich, leicht zerreisslich. Nieren gross, blass, zwischen den Nierenkelchen eine gelbliche, faserstoffige Masse abgelagert. Alles übrige normal. Der Fistelgang führte nach oben bis gegen den 5. Brustwirbel hinauf, nach unten bis zum vorletzten Lendenwirbel. Die Körper der dazwischen liegenden Wirbel waren alle mehr oder weniger von Caries ergriffen, von schwarzgefärbtem Knocheneiter umgeben, in welchem abgestossene, rauhe, zackige Knochenstückchen sich befanden. Nach unten hatte sich der Eiter in der Richtung des Psoas und bis zum Poupart'schen Bande hin gesenkt, den Psoas corrodirt und theilweise ebenfalls in Eiterung zerstört. Die andern Muskeln zeigten sich intakt, die Partie des Bauchfells, welche dieser Gegend entsprach, durch in dasselbe abgelagertes Exsudat wie durch davon abgehende Pseudomembranen enorm verdickt und dadurch gegen Durchbruch bewahrt. Venen weder obturirt noch sonst verändert.

19. Kniegelenkentzündung. *Hygroma patellare.* Caries im Kniegelenk.

Georg Roth, 32 Jahr alt, Bauernknecht, von gesunden Aeltern stammend, ohne Spuren von Skrophelsucht, von mittlerer Grösse und kräftiger Musculatur, litt seit dem Februar 1850 an einer traumatischen Kniegelenkentzündung, die ungeachtet fortgesetzter Ruhe und einer antiphlogistischen Behandlung nicht zur Heilung gelangte. Bei seinem Eintritt in die Klinik am 5. November 1850 war das kranke (rechte) Knie bedeutend geschwollen, die Haut gespannt und roth, die Empfindlichkeit, besonders bei der Berührung, gross, die Bewegung fast ganz aufgehoben und schmerzhaft, die Extremität gekrümmt, der Unterschenkel und der Fuss ödematös, der Schleimbeutel oberhalb des Knies sehr ausgedehnt und fluctuirend. Dieser letzte wurde daher 2 Tage darauf subcutan geöffnet, worauf eine grosse Menge Flüssigkeit sich entleert, die theils eiterartig, theils honigdick und mit linsenähnlichen Körperchen vermischt war. Die Schmerzhaftigkeit liess nach und die Bewegung des Gliedes ging freier von Statten. Sieben Tage später zeigte sich Fluctuation auf der äussern Seite oberhalb des Knies, mit Hülfe einer Incision ward auch hier Eiter entleert. Dasselbe geschah 48 Stunden später auf der innern Seite des Schenkels mit demselben Erfolge. Die Untersuchung mit der Sonde liess keine von Weichtheilen entblössten Knochenpartien auffinden.

Am 27. Nov. war der Oberschenkel von Erysipelas ergriffen, dabei Fieber und Gastricismus. Ein Brechmittel entleerte viele Galle, und der Kranke befand sich besser. Am 29. Nov. war der Ober- und Unterschenkel von Erysipelas ergriffen, der Abfluss aus den Incisionen dünn und jaucheartig. Am 30. Nov. verfallenes Gesicht, Athemnoth, kleiner, aussetzender Puls, mit einem blutigen Serum gefüllte Blasen auf dem Ober- und Unterschenkel, Mittags erfolgte der Tod.

Sectionsbefund. Ablagerung einer dünnen Schleimschicht auf der gerötheten Kehlkopfs- und Luftröhrenschleimhaut. In der Spitze der mit der Pleura verwachsenen Lunge findet sich ein schwarzes Narbengewebe, und in einiger Entfernung davon einzelne bohnengrosse feste Knoten, die, aufgeschnitten, eine brüchige graue, im Centrum breiig zerfliessende tuberculöse Infiltration zeigten. Analoge isolirte Knoten waren auch noch in dem übrigen Theile des oberen Lappens, aber immer zwischen den einzelnen Tuberkeln ein normales lufthaltiges Gewebe. Im Herzbeutel ungefähr eine Unze helles Serum, das Herz gesund, die Leber umfangreich, blutleer, brüchig, alle übrigen Unterleibseingeweide gesund.

Die ganze rechte untere Extremität war bis zur Leiste geschwollen, hart, die Epidermis überall zu Blasen erhoben und abgelöst, das subcutane und interstitielle Zellgewebe, und auch alle Muskeln von einem dicklichen, mehr oder weniger wasserhellen, nirgends specifisch-eiterigem Exsudat durchdrungen.

Die Venen fast blutleer und ihre Wände gesund. Es fand sich nur ein Abscess von der Grösse zweier Zolle über dem Gracilis in gleicher Entfernung vom Knie- und vom Hüftgelenke.

Der Schleimbeutel unter der Sehne des Unterschenkelstreckers war sehr ausgedehnt, mit einer dicken, missfarbigen Jauche angefüllt, und seine Wände waren sehr verdickt. Zwischen diesem Schleimbeutel und dem Kniegelenk war eine 2 Zoll weite Communication, die spongiösen Knochenenden rauh, die Gelenkknorpel zerstört, dabei im Gelenke selbst viel missfarbige Flüssigkeit, im Unterschenkel eine faustgrosse Eiterhöhle. —

---

82 am Spitalbrande Leidenden starben 23, also 28 Procent; wie gross das Verhältniss der Ergriffenen zu den übrigen war, ist nicht zu ermitteln, da die Gesammtzahl der aufgenommenen Kranken fehlt. Professor Pitha, für welchen die Contagiosität des Hospitalbrandes nicht zu erweisen ist, schliesst aus dem gleichzeitigen Vorkommen von Cholera, Typhus, Scarlatina und *Febris puerperalis*, dass der Hospitalbrand auf einem epidemischen Einflusse beruhe, und nennt ihn abwechselnd bald Wundtyphus, bald Wundcholera. Mir scheint die Nosologie des Spitalbrandes nicht eben sonnenklar dadurch zu werden, dass man denselben als eine Latwerge von Cholera, Typhus und Scarlatina ansieht. Dass derselbe mit *Febris puerperalis* verwandt sei, ist wohl nicht zu bezweifeln; nach Pitha's Mittheilungen scheint er auch, wie dieses, in die Privatpraxis verschleppt zu werden. In Rendsburg kam aber im Sommer 1850 sowohl *Cholera asiatica*, als auch *Scarlatina* und *Typhus sporadicus* vor; es wurden Verwundete von diesen verschiedenen Krankheiten befallen, vom Hospitalbrande war aber keine Spur vorhanden. Der Ausbreitung der Cholera wurde durch Anlage besonderer Choleraspitäler bald ein Ziel gesetzt. Mit der Pyämie ist es viel schlimmer, sie entsteht viel leichter, selbst in ganz frischen Lokalen. Wir hatten viel davon zu leiden, der Hospitalbrand ist aber in den drei Kriegsjahren gar nicht vorgekommen, was wir daraus erklärten, dass dieselben Lokalitäten nie anhaltend benutzt wurden. Nach einer mündlichen Mittheilung des trefflichen Dr. Fabricius in Frankfurt a. M. kam in dem schönen Heiligen Geist-Spitale daselbst der Hospitalbrand zum Ausbruch, in Folge der Aufnahme von Verwundeten im September 1848, aber erst längere Zeit nach Heilung und Entlassung der Verwundeten. Die bekannten Vorsichtsmaassregeln reichten jedoch hin, ihn zu beseitigen, ohne dass irgend ein tödtliches Opfer vorgekommen wäre. Ich wünsche sehr, dass Dr. Fabricius seine Erfahrungen bekannt machen möge, um den üblen Eindruck zu verwischen, welchen Prof. Pitha's Aufsatz gemacht haben könnte. Es ist ja nichts bequemer, als den epidemischen Einflüssen die Schuld zu geben, um die Hände in den Schooss zu legen. Für die Feldpraxis sind diese Fragen von unermesslicher Wichtigkeit, und ich möchte nicht um Alles in der Welt, dass die jüngere Generation von Aerzten zu einer andern Ansicht bekehrt würde, als die, dass der Hospitalbrand durch rastlose Aufmerksamkeit vermieden oder im Entstehen unterdrückt werden könne. Es würde mir leid thun, wenn meine Bemerkungen Hrn. Prof. Pitha wehe thun sollten: der Hospitalbrand hat ihm, wie sein Aufsatz beweist, viele kummervolle Tage gemacht! Aber nach meiner Meinung hätte er sich viel Herzeleid erspart, wenn er etwas weniger Geringschätzung gegen die Erfahrungen bewährter Chirurgen

Gegen die **fressende Flechte** (*Lupus*) hat das von Veiel in Canstatt angerathene Verfahren sich besonders wirksam erwiesen. Nachdem die Crusten durch Cataplasmen abgeweicht sind, wird die Geschwürfläche mit einer Lösung von Chlorzink in Alkohol bestrichen und innerlich ausser einer Abkochung von Sarsaparilla, Bardana und Sennesblättern, eine Mischung von *Oleum jecoris aselli* ℥j, *Tinct. jod.* ℈j in der Art gereicht, dass die Kranken in der ersten Woche täglich 3 Esslöffel, in der zweiten täglich 6 Esslöffel und sofort bis zu 12 Esslöffeln des Tages nehmen. Das Bestreichen der Geschwürfläche mit der Chlorzinkauflösung muss von Zeit zu Zeit wiederholt werden, und nach erfolgter Heilung ist noch ein mehrmonatlicher Fortgebrauch des *Ol. jecoris aselli*, aber ohne Zusatz von Jodtinctur, und ebenso der Fortgebrauch der erwähnten Abkochung zu empfehlen. Durch dieses Verfahren ist uns die Beseitigung des sehr ausgebreiteten Uebels gelungen.

Zwei Kranke, die wir vor längerer Zeit nicht nach dieser Weise behandelt, aber doch von diesem Uebel geheilt entlassen und denen wir den verloren gegangenen Nasentheil organisch wiederersetzt hatten, erlitten Recidive, und es verdient Beachtung, dass hier der neugebildete Nasentheil vorzugsweise von dem Lupus ergriffen war, was übrigens auch schon anderweitig beobachtet worden ist. —

Den **Injectionen der Höllensteinauflösung bei der Gonorrhöe** können wir auch nach den in diesem Jahre gemachten Erfahrungen nicht unbedingt das Wort reden, und wir können nur wiederholen, was wir in dieser Beziehung in unserm vorjährigen klinischen Berichte (Prager Vierteljahrschrift B. 31. S. 25) ausgesprochen haben.

Einfache primäre syphilitische Geschwüre wurden meist durch Diät, fleissiges warmes Fomentiren, allgemeine Bäder, den innerlichen Gebrauch eines *Decoct. spec. lignor.* und Abführmittel aus Glaubersalz zur Heilung gebracht. Indurirte Schanker verschwanden schnell beim Gebrauche des Zittmann'schen Decocts in refracta dosi, dessen günstige Wirkung wir auch bei secundären Formen der Lustseuche nur rühmend anerkennen können. Die Condylomata wichen immer der örtlichen Ricord'schen Behandlung oder der Freiberg'schen Tinctur.

Von keinem der Jodpräparate sahen wir Erspriessliches bei tertiärer Syphilis, mit Ausnahme eines Falles, dessen sogleich eine speciellen Erwähnung geschehen soll, ebensowenig von dem durch Veiel empfohlenen *Liquor hydr. nitr. oxydul.* zu $\frac{1}{2}$ — 12 Tropfen und vom *Arsenic. ammoniacale* zu $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{4}$ Gr. bei hartnäckigen Syphiloiden. Die **Louvrier-Rust**'sche Schmierkur bewährte sich uns in diesem Jahre auch bei inveterirter Lustseuche, wie unter andern der nachstehende Fall beweist:

Margarethe Kroberger war schon im Jahre 1848 und 1849 wegen inveterirter Lustseuche (umfangreichen Geschwüren auf verschiedenen Körperpartien und Auftreibung des Stirnbeins und der Tibia) in hiesiger Klinik in Behandlung gewesen, hatte das Zittmann'sche Decoct zu wiederholten Malen genommen, war mit Jodkali, später mit Sublimatbädern behandelt, und immer nach einem Zeitraum von 2—3 Monaten anscheinend geheilt entlassen worden. In der Heimath, wo sie als Taglöhnerin bei jeder Witterung im Freien arbeiten musste, brach dann nach Kurzem die nicht ganz getilgte Dyskrasie wieder hervor. So suchte dieselbe am 5. April v. J. wieder Hülfe im Hospital, über nächtliche Schmerzen im Kopf und in anderen aufgetriebenen Knochenpartien klagend, sowie mit Hauttuberkeln um Mund und Nase herum bedeckt. Sie erhielt auch jetzt das *Decoct. Zittm.*, worauf die Kopfschmerzen nachliessen. Als aber hierauf die Patientin nur Holzthee eine Zeit lang trank, hörte auch die momentane Besserung auf, und der alte Zustand trat wieder hervor. Nun erhielt sie neben dem Holzthee einen Tag über den andern ein Bad mit Anfangs 1, dann 2 Dr., nach 6 Wochen mit 3 Dr. Sublimat. Dabei verminderte sich der Umfang und die Höhe der Hauttuberkel um Nase und Mund, wogegen neue in der Umgegend beider Kniee entstanden. Die nächtlichen Knochenschmerzen wurden gelinder, aber nachdem die Kranke auf diese Weise 36 Bäder genommen hatte, war eine vollständige Heilung ebenso wenig erreicht, als durch eines der früheren Heilverfahren: der Gesichtsausschlag bestand noch, wenn auch weniger bedeutend, die Kopfschmerzen waren ebenfalls nicht ganz gewichen, ein Gefühl von Druck im Kopf, Schwere in den Gliedern und Unbehaglichkeit am ganzen Leibe war noch vorhanden.

Unter diesen Umständen wurde die **Louvrier-Rust**'sche Inunctionskur in Anwendung gebracht, die Kranke durch einige Bäder und Laxantien vorbereitet und am 18. Sept. die erste Einschmierung gemacht. Am 24. desselben Monats stellte sich Diarrhöe ein, und zu gleicher Zeit behauptete die Kranke, sich leichter zu fühlen. Am 26., als am 14. Tage der Kur, lag die Kranke fortwährend in Schweiss gebadet. Die Kopfschmerzen waren verschwunden, das Allgemeinbefinden besser, die Tuberkeln um Nase und Lippen geheilt, am Kinn noch vorhanden. Am 26. Schmerz in den Zähnen, aber kein Speichelfluss, grosser Durst. Am 3. Oct. Brechreiz, Kopfweh, belegte Zunge, grosser Durst, welche Erscheinungen nach einem Emeticum verschwanden. Am 4. wiederholten sich dieselben Erscheinungen, daher abermals ein Brechmittel gereicht ward. Nachdem viel Galle erbrochen worden, trat Erleichterung und bald vollständiges Wohlbefinden ein. Am 9. war die Kur vollendet; die Kranke erhielt nun ein allgemeines Bad und Waschungen des Körpers mit Seifenspiritus; sie war vollständig geheilt und ist es geblieben, wie wir kürzlich, wo sie sich wieder in der Klinik präsentirte, uns überzeugen konnten. —

Die von **Nélaton** (Gazette des hôpitaux 1851 No. 87) als eine tertiäre Form der Lustseuche beschriebenen Geschwülste der Muskeln hatten wir Gelegenheit an dem Biceps und an der Zunge eines sechsjährigen Knaben zu beobachten, der einer Familie angehörte, in welcher die 63jährige Grossmutter, der 60jährige Grossvater und noch ein anderes Glied der Familie mit der Lustseuche behaftet waren. Der Knabe hatte *Condylomata lata ad anum* und eine mässig schmerzhafte abgerundete, haselnussgrosse Geschwulst beinahe in der Mitte der Zunge, an welcher Stelle die Schleimhaut perforirt war und eine unreine Geschwürfläche darbot. Die Feigwarzen verschwanden unter der örtlichen Anwendung von Salzwasser und unter dem Betupfen mit Calomel, das Zungenübel unter dem innerlichen Gebrauche des Jodkali und einer Sarsaparillaabkochung binnen 4 Wochen. Eine analoge Geschwulst hatte der Knabe am *Biceps brachii sin.* Hier adhärirte sie mit der Haut, welche an dieser Stelle violett und verdünnt erschien, aber nicht exulcerirt war. Auch diese verschwand unter der erwähnten Behandlung. —

Die von **Rigal (de Gaillac)** angegebene Verwendung schmal zugeschnittener Stücke vulcanisirten Kautschuks bei der *Sutura circumvoluta* haben wir besonders nach Operationen im Gesichte mit Erfolg erprobt. —

Von der Chloroform-Anästhesie ist fast bei allen grössern Operationen Gebrauch gemacht worden, und niemals haben wir auch in die-

---

gezeigt hätte, und etwas weniger Vergötterung des Experiments als Grundlage ärztlicher Weisheit! Die Nutzanwendung meines Angriffs gegen den Götzen der modernen Heilkunst, das Experiment, lag um so näher, da dasselbe Heft der Prager Vierteljahrs-Schrift den Aufsatz über Hospitalbrand von Prof. **Pitha** und den ersten Artikel von Dr. N.N. über die syphilitischen Impfungen an Kindern enthält. Da das folgende Heft schon wieder über neue Impfungen der Art berichtet, so schien es mir an der Zeit, meinen Abscheu vor diesen Experimenten auszudrücken und andere gleichgesinnte Aerzte aufzufordern, sich in ähnlicher Weise auszusprechen, damit dieser Scandal ohne Beihülfe des Gesetzes aufhöre. Diese Experimente haben noch eine Seite, welche nach meinem Gefühle für patriotisch gesinnte Männer unerträglich ist. Sie wurden nicht zur eigenen Belehrung unternommen; der Verfasser war im Voraus auf anderem Wege bereits zur Erkenntniss dessen gekommen, was er beweisen wollte. Seine Absicht war vielmehr, Hrn. **Ricord** zu widerlegen, den amüsanten Windbeutel, dem es um die Wahrheit nicht im mindesten zu thun ist. Einem solchen Farceur, wie Hr. **Ricord** sich in seinen Briefen über Syphilis darstellt, mögen gelegentlich einige Affen geopfert werden, oder sich selbst opfern, aber keine deutschen Kinder.

Aerztliche Pfuscherei.

Folgender Brief geht der Redaction der „Deutschen Klinik" von einem sehr werthen Collegen in Dresden zu:

Verehrter Freund!

Wahrscheinlich werden Sie bald in den Zeitungen lesen, dass der Müller **Paul** aus Schweidnitz, einem Dorfe bei Löbau (Sachsen), zum neuen König von Hannover gerufen worden ist, um ihn sehend zu machen, und ich setze voraus, dass es Ihnen als Redacteur der Klinik erwünscht sein möchte, etwas über denselben zu erfahren.

Dieser Mann, ein simpler Müller, welcher Mehl mahlt, soll seit längerer Zeit in seiner Gegend im Rufe gestanden haben, vorzügliche Mittel gegen Augenkrankheiten zu besitzen, und glückliche Kuren gemacht haben. Von einer wirklich gelungenen Kur ist mir etwas Näheres und Bestimmtes durchaus nicht bekannt. Nur das weiss ich, dass er Augenkranke aller Art in Behandlung nimmt und ihnen Hülfe verspricht, die Sachen mögen noch so schlecht stehen, und dass er dann auf die Aerzte, welche den Kranken früher behandelt haben, räsonnirt.

Der Landtagsabgeordnete Rittmeister v. N....., welcher in der Nähe von Löbau ansässig ist, hat diesen **Paul** vor einigen Jahren bei seinem Schwager, dem Geheimen Rath v. E........., welcher einen

sem Jahre in Folge der Chloroform-Inhalationen einen unglücklichen Ausgang oder überhaupt nur nachtheilige Wirkungen gesehen.

Die für die anästhesirende Kraft des *Aeth. muriat. transchlor.* so günstig lautenden Empfehlungen französischer Aerzte und Naturforscher bestimmten uns, ebenfalls Versuche damit in hiesiger Klinik anzustellen, und zwar in der Art, dass wir theils diese Aetherart inhaliren liessen, theils aber auf den Theil unmittelbar anwendeten, an welchem eine Operation vorgenommen werden sollte. Bei den Inhalationen hat der *Aether muriat. transchlor.* seine anästhesirenden Eigenschaften bewährt, dagegen können wir die Medication locale desselben nicht rühmen, wie das schon aus einer Mittheilung des klinischen Vorstandes über den *Aeth. muriat. transchlor.* in der Deutschen Klinik (1851 No. 33. S. 353) hervorgeht.

Die Versuche mit dem Hydro-Brom-Aether in hiesiger Klinik bestätigte dessen Wirksamkeit bei der localen Medication durchaus nicht. Uebrigens dürfte weder der *Aether muriat. transchlor.*, noch der Hydro-Brom-Aether das Chloroform verdrängen. Die Bereitungsart des einen und des andern ist schwierig, und der Preis für beide, besonders für den letzten, stellt sich sehr hoch; aber es ist noch ein anderer, viel wichtigerer Grund, warum die Anwendung dieser beiden Aetherarten immer gegen die des Chloroforms zurückbleiben muss, nämlich der Umstand, dass ihrer Anwendung in der warmen Jahreszeit und in heissen Klimaten manches entgegentritt (vergl. Robin in Gaz. méd. de Paris 1851. 7. Juni S. 362.)

Das von einigen Wundärzten über die Gebühr gefürchtete Chloroform muss rein und unverfälscht sein. Als solches erweist es sich, inhalirt, kräftig und zuverlässig, so dass selbst Trinker von Profession nicht widerstehen, im reinen Zustande ist es alsdann für die Gesundheit und das Leben nicht nachtheilig. Leider aber erhält man das Chloroform nicht immer rein, ja man möchte sagen, selten vollkommen rein — *hinc illae lacrimae!*

Vor allem wohlthätig ist uns der Einfluss dieses Anästheticum zur Reposition luxirter Glieder und eingeklemmter Brüche erschienen, nur ist es nöthig, die Inhalationen bis zur völligen Empfindungslosigkeit und Relaxation der willkührlichen Muskeln fortzusetzen. Als Belege hier 2 Fälle:

1) Georg Nenn, 47 Jahr alt, von kräftigem Körperbau und stets gesund, hatte vor 7 Jahren eine Luxation des linken Oberarmes erlitten, welcher, gehörig reponirt, kräftig genug blieb, so wie es die Beschäftigung des Mannes (er war Zimmermann) es nöthig machte. Vor 5 Jahren erlitt er bei einem Sturze eine Luxation des rechten Oberarms aus dem Schultergelenke, und diese blieb uneingerichtet. Der wahrscheinlich ursprünglich nach unten in die Achselgrube getretene Gelenkkopf hatte später mehr eine fixe Stellung unter dem Brustmuskel angenommen, dennoch eignete diese Extremität sich zu den meisten Bewegungen, nur die nach oben wollte nicht gelingen. Am 20. Nov. 1850 führte er mit der linken Hand nach aussen und oben zu einen Schlag, und diese Bewegung reichte hin, um den linken Oberarm zu luxiren. Zwei Stunden darauf war er in der Klinik, Hülfe ansprechend. Nachdem er durch Chloroform-Inhalationen vollkommen anästhesirt worden war, gelang die Reposition nach dem La Mothe'schen Verfahren sehr leicht.

2) Conrad Hacker, 21 Jahre alt, erlitt durch den Hufschlag eines Pferdes eine Luxation des rechten Oberarms. Verschiedene auf der Stelle vorgenommene Repositionsversuche waren ohne Erfolg geblieben und hatten die Schmerzen sehr vermehrt. Erst nach 48 Stunden kam er in unsere Klinik, wo nach hervorgerufener Chloroform-Anästhesie die Reposition gleich beim ersten Versuche nach La Mothe gelang.

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik des Herrn Professor Frerichs zu Kiel.

Von
Assist.-Arzt Dr. Bartels.

Seit Ostern d. J. hat Hr. Professor Frerichs die Direction des akademischen Hospitals für interne Kranke und des poliklinischen Instituts hierselbst übernommen. In den nachfolgenden Mittheilungen will ich es versuchen, die wichtigeren Vorkommnisse der seither verflossenen ersten Monate kurz zu beschreiben und über die angestellten Beobachtungen Bericht zu erstatten.

1.

***Phlebitis umbilicalis. Icterus.* Fortpflanzung der Entzündung durch den *Duct. venos. Arantii* auf die *Vena cava inferior.* Verstopfung derselben. Entwickelung eines Collateralkreislaufs. Blutungen. Lösung des Thrombus. Tod durch Pyämie. *Pericarditis* und *Pleuritis suppurativa* beider Seiten.**

Kind H., männlichen Geschlechts, vor 10 Tagen von einer gesunden Mutter nach Ablauf des normalen Schwangerschaftstermins geboren, kam am 15. Mai in Behandlung. Das Kind war wohlgebildet, aber klein und mässig gut genährt. Am 4. Lebenstage bemerkte die Mutter eine gelbliche Färbung der Haut, welche seitdem stetig zunahm; am 6. Tage fiel der Nabelstrang ab, die Wärterin bemerkte weder an diesem noch an dem Bauchnabel etwas Besonderes. Das Kind nahm die Brust, schlief gut, hatte regelmässige Entleerungen des Darmes und der Harnblase. Am 10. Tage bemerkte die Mutter an vielen Körperstellen blaue Flecke und schickte deshalb in die Klinik.

Wir fanden die ganze Hautoberfläche des Kindes stark icterisch gefärbt, besonders auffallend die in der Norm mehr geröthteten Hautpartien, verhältnissmässig gering dagegen die Bindehaut der Augen. — An den Extremitäten gewahrte man mehrere etwa bohnengrosse Flecke (Ecchymosen), ähnliche, aber viel grössere Flecke fanden sich an beiden Thoraxhälften, dem Verlaufe der 5. und 6. Rippen folgend, und auf dem Rücken oberhalb der *Spina scapulae* beiderseits. Am Saum der Unterlippe war Blut unter die Epidermis getreten, hatte diese zu 2 bis 3 linsengrossen Bläschen abgehoben, diese waren geplatzt, und nun sickerte beständig Blut an diesen Stellen hervor. Gleiche Blutungen hatten aus der Vorhaut und aus der Raphe statt. Der Bauch war gespannt, Berührung desselben machte das Kind unruhig. Stark ausgedehnte und erweiterte Hautvenen verliefen über die ganze Oberfläche des Bauches, besonders in den Seitengegenden, zogen sich meist in die Herzgrube und die unteren Intercostalräume, um sich hier in die Tiefe zu senken. — Der Nabelring war geröthet und mit grauem eitrigen Exsudat bedeckt. Dabei war das Kind auffallend ruhig, schlummerte fast beständig, es sog, wenn es an die Brust gelegt wurde. Koth-

---

blinden Sohn hat (derselbe hat in Folge von *Lippitudo recens nator.* Staphylome auf beiden Augen) eingeführt, und seitdem kommt Paul wöchentlich einmal von Löbau hierher, und hat eine ausgebreitete Augenpraxis. Nun wissen Sie ja recht gut, wie es in Sachsen mit der Medizinalpolizei steht, und wir haben hier wieder ein deutliches Beispiel, wie weit in Sachsen ein Pfuscher seine Frechheit treiben darf.

Vor Kurzem war ein Patient, den ich an *Ophthalmia traumatica, Hypopyon* etc. behandelt hatte, und dessen Auge collabirt war, zu Paul übergegangen, und dieser hatte geäussert, unter meiner Behandlung würde er auch noch um sein anderes Auge gekommen sein. Ich verklagte ihn wegen Verleumdung, und deshalb ist er jezt zu 6 Tagen Gefängniss = 3 Thaler Geldstrafe, ausserdem aber, weil er schon das dritte Mal wegen Medicinalpfuscherei angezeigt ist, zu 16 Tagen Gefängniss verurtheilt worden. Weit entfernt, etwas zu leugnen, hat er sich bei der Vernehmung vielmehr seiner grossen Praxis gerühmt, und die vornehmsten (gebildetsten?) Leute genannt, welche er behandelt. Jetzt ist ein anderer Patient von mir zu ihm übergegangen, eine durch Exsudat im Gehirn bedingte Amaurose, welcher schon Lähmung der Extremitäten vorausgegangen ist. Ob er hier etwas ausrichten wird, bin ich begierig.

Seine Mittel sollen in Einträpfelungen in's Auge bestehen — Belladonna — aber auch scharfe Dinge, durch welche er Abblätterung der oberflächlichen Schichten bei Verdunkelung der Cornea bewirkt. Als ob wir dies nicht auch könnten.

Correspondenz.

Berlin. Am 27. November feierte der Geh. Rath Dr. Kuntzmann dahier sein 50jähriges Doctor-Jubiläum. Des Königs Majestät hatte dem Jubelgreise am Morgen den Rothen Adler-Orden 2. Klasse überreichen lassen, und Mittags versammelte sich um ihn eine bedeutende Anzahl von Collegen und Freunden im Mäder'schen Lokale. Hier überreichte ihm auch der Geh. Rath Klug im Auftrage der medicinischen Facultät zu Halle das erneute Doctordiplom. Rüstig an Körper und Geist, war es dem Jubelgreise vergönnt, mit voller Freudigkeit und noch mit frohen Aussichten in die Zukunft sich der Feier seines Ehrentages hinzugeben.

— Sicherem Vernehmen nach hat Hr. Professor Frerichs in Kiel den an ihn ergangenen Ruf zur medicinisch-klinischen Professur in Breslau angenommen.

und Harnentleerung war bisher nicht gestört. Die schleimigen Fäcalmassen waren von grünlicher Färbung. Seit gestern war einige Male die genossene Milch in geronnenem Zustande wieder ausgebrochen worden. Der ziemlich kräftige Puls machte 110 Schläge in der Minute. — Aus den vorliegenden Erscheinungen wurde die Diagnose gestellt auf: Entzündung der Nabelvene, Fortpflanzung derselben durch den *Ductus venos. Arantii* auf die untere Hohlader und Verstopfung dieses Gefässes, Entwickelung eines Collateralkreislaufs, besonders an der Ausdehnung und Erweiterung der epigastrischen Venen und deren Verzweigungen zu erkennen. — Verordnet wurde: *Calomel* gr. *β*, *Magnes. carbonic.* gr. ij, alle 4 Stunden.

Am 16. lag das Kind fast regungslos und starr, fing an zu wimmern, wenn es angerührt wurde, wollte die Brust nicht nehmen. Um Mittag stellte sich anhaltendes Schluchzen ein. An den Extremitäten zeigten sich noch mehr Ecchymosen. An beiden Knöcheln des linken Fusses sickerte Blut hervor. Die Darmausleerungen waren dunkelgrün, der Urin färbte die Windeln grünlich. Fortgebrauch des Calomel.

Am 17. stellte sich auch Blutung aus dem Nabel ein. Die Ecchymosen am Thorax nahmen an Umfang zu. Das Kind spie häufig Blut aus, doch hatte es zwei Mal wieder die Brust genommen. Die Zahl der Pulsschläge war auf 130—140 in der Minute gestiegen.

In den folgenden Tagen schien der Icterus abzunehmen, auch wurden die Ecchymosen an den Extremitäten blasser, während die am Thorax sich immer mehr ausdehnten. Das Kind nahm die Brust wieder gut und hatte gehörige Stuhlentleerung. Am Tage schlummerte es fast beständig und wurde nur Nachts unruhig. — Verordnung: *Extr. chinae* ℈j, *Aq.* ℥iβ, *Syr. rhei* ℥β. M. D. S. 2stündl. 1 Theelöffel voll.

Seit dem 20. wurde die Blutung aus dem Nabel beträchtlicher, mehrfach zusammengelegte Leinwandpolster wurden in kurzer Zeit durchfeuchtet. Trocknete man die Nabelfläche ab, so sickerten sofort rings herum aus dem Nabelring kleine Bluttröpfchen wieder hervor. Daneben dauerte auch die Blutung aus den oben erwähnten Körperstellen in derselben Weise fort. Die Ecchymosen an den Extremitäten waren beinahe verschwunden, während die am Thorax befindlichen nach unten beinahe zusammengeflossen waren, nach vorn fast die Ränder des Brustbeins erreicht und sich in die Breite über 4 bis 5 Rippen ausgedehnt hatten. Die Pulsfrequenz war auf 150 Schläge in der Minute gestiegen. Das Kind wurde mehr und mehr anämisch. Ein Verband mit einer Auflösung von schwefelsaurem Eisenoxyd durchtränkt, auf die blutende Nabelfläche gelegt, vermochte die Blutung nicht zu stillen, eben so wenig ein Heftpflasterverband; sie dauerte die folgenden zwei Tage fort. Die Erscheinungen der Anämie steigerten sich, die anfangs blutenden Stellen an der Lippe, der Vorhaut, der Raphe u. s. w. bedeckten sich mit trockenen Krusten, die Haut wurde schlaff und welk, nahm eine graugelbe, schmutzige Färbung an, die Schleimhäute wurden blasser. Es collabirten auch die früher so stark ausgedehnten Hautvenen am Bauch. Hieraus zog Hr. Prof. Frerichs den Schluss, dass die die untere Hohlader verstopfenden Exsudate nunmehr zerfallen sein müssten, und dass daher die natürliche Bahn für den Rückfluss des venösen Blutes wieder durchgängig sei. Obgleich nun am 23. auch die Blutung aus dem Nabel aufhörte, das Kind wieder anfing zu saugen, und die schmutzig-icterische Hautfarbe einer mehr wachsgelben Platz machte, so blieb doch immer zu befürchten, dass jene zerfallenen Exsudate mit dem Blutstrom fortgeschwemmt, in dem nächsten Capillarsystem aufs Neue als mechanische Circulationshemmnisse sich würden geltend machen. Diese Befürchtung bestätigte sich bald. In der folgenden Nacht wurde das Kind unruhig, wollte die Brust nicht nehmen und starb am 24. noch vor der Visite, nachdem es die letzten Stunden ganz starr dagelegen haben soll.

Section 24 Stunden nach dem Tode. Leiche abgemagert, alle Gewebe blutleer und trocken. Ausser den öfter erwähnten grossen Ecchymosen am Thorax fand man noch besonders auf dem Rücken isolirte blaue Flecke, welche durch grössere ausgedehnte Hautvenen mit ecchymosirter Umgebung gebildet waren. Die Nabelvene war durchgängig, in derselben fand sich ein langer dünner Streifen Blutgerinnsel, welcher jedoch der glatten innern Venenwand nirgends fest adhärirte, sondern mit der Pincette leicht hervorgezogen werden konnte. Der *Ductus venos. Arantii* und die Pfortader waren durchgängig, boten weiter nichts Bemerkenswerthes dar. Beim Aufschneiden der *Vena cava inferior* fanden wir deren innere Oberfläche mit schmutzig-braunen, krümlichten Gerinnseln bedeckt, welche sich jedoch leicht von der glatten innern Venenhaut abstreifen liessen. Die Leber war gross, dunkel bronce-grün gefärbt. Die Milz war beträchtlich vergrössert. Beide Pleurahöhlen waren von eitrigem Exsudat vollständig angefüllt, die *Pleurae costales* von einer linienlicken Schicht geronnenen Exsudats bedeckt. Beide Lungen waren durch die Exsudate in den Pleuren nach oben und hinten gegen die Wirbelsäule gedrängt und stark comprimirt. In dem auf diese Weise spleonisirten Lungenparenchym fanden sich keine weiteren pathologischen Veränderungen. — Der Herzbeutel war von eitrig zerflossenem Exsudat prall ausgedehnt, das parietale Blatt von einer fest geronnenen Exsudatschicht überzogen, ebenso das viscerale, dem es in Form zahlloser Zotten von einigen Linien Länge anhaftete. — Dieser Sectionsbefund liefert einen neuen Beleg für die Möglichkeit der pyämischen Infection durch *Phlebitis umbilicalis*, welche von Duplay, Rokitansky u. A. in Abrede gestellt wurde.

II.

Fälle von Retention des Menstrualblutes.

Retention des Menstrualblutes kommt weit häufiger vor, als man gewöhnlich glaubt. Sehr oft werden Fälle dieser Art verkannt; man nimmt mangelnde Ausscheidung des Menstrualblutes (*Amenorrhoea*) an, wo in der That das Blut ausgeschieden wird, aber wegen Hindernisse mannigfacher Art nicht nach aussen gelangt. Es kann sich das während mehrerer Menstrualepochen secernirte Blut in der Uterushöhle anhäufen und dieses Organ ausdehnen. Schmerzhafte, wehenartige Contractionen stellen sich dann zur Zeit der Periode ein, ohne jedoch immer im Stande zu sein, das Hinderniss zu überwältigen. Die zunehmende Anhäufung des Menstrualblutes in der Uterushöhle kann Austritt desselben durch die Tuben in die Bauchhöhle zur Folge haben, und dadurch begrenzte, zeitweise auch ausgedehnte Entzündungen herbeiführen.

Die Ursachen der Retention sind sehr verschiedener Art:

Angeborene Imperforation des Gebärmutterhalses, Verwachsung seines Kanals durch Verschwärung.

Anschoppung des Gebärmutterhalses und dadurch gesetzte Verengung des Kanals.

Verschliessung dieses Kanals durch Schleimpfröpfe oder pseudomembranöse Gebilde, welche bei der von Oldham so genannten *Dysmenorrhoea pseudomembranacea* ausgeschieden werden, und welche von einer Deciduabildung bei jedesmaliger Menstruation abzuleiten sind [1]). Von dieser Form kam ein Fall bei einem 26jährigen Mädchen in unserer Klinik zur Beobachtung, bei welchem zwar alle 4 Wochen *Molimina menstrualia* eintraten, wobei es jedoch nur alle 3—4 Monate zur Blutausscheidung kam. Mit dem Blute, welches alsdann in profuser Menge entleert wurde, gingen feste membranöse Fetzen ab; heftige Schmerzen begleiteten diesen Akt. Durch das Scheidengewölbe fühlte man bei dieser Kranken den vergrösserten Uterus. Der Scheidentheil stand tief im Becken, war beträchtlich verdickt und zur Zeit der Menstrualepoche geschwollen.

Eine andere häufige Ursache der *Retentio mensium* ist auch die Knickung der Gebärmutter rückwärts, vorwärts oder auch zur Seite. Von dieser letzteren Form haben wir hier einen instructiven Fall mitzutheilen:

Retention des Menstrualblutes in Folge von Knickung des jungfräulichen Uterus. — Ausdehnung dieses Organs durch Blutansammlung. — Theilweise Entleerung des Blutes bei späteren Menstrualepochen. — Plötzliche Entleerung der ausgedehnten Uterushöhle. — Heilung.

F. F., ein 21jähriges Mädchen, ist von ihrer Kindheit an kränklich gewesen, hat insonderheit seit ihrem 16. Jahre häufig an heftigen Leibschmerzen gelitten, welche periodisch auftraten, jedesmal einige Tage anhielten und alle Zeit ihren Ausgangspunkt aus der linken Unterbauchgegend nahmen, sich aber von dort aus über den ganzen Leib verbreiteten. Erst seit dem verflossenen Herbst ist die F. menstruirt. Nur einmal trat in dem vorhergehenden Sommer eine sehr spärliche Blutung aus den Genitalorganen ein. Vorher ist sie auch längere Zeit an Amenorrhöe behandelt worden. Seit vorigem Herbst nun besteht die periodische Blutausscheidung, wiewohl unregelmässig, fort, bald mit drei-, bald mit achtwöchentlichen Zwischenräumen, bald spärlich, bald sehr reichlich. Von dem ersten Eintritt der monatlichen Blutausscheidung an hatte sich das junge Mädchen viel wohler und gesunder gefühlt, als jemals zuvor. Nur über eine gewisse Schwere und Völle im Leibe und über beständigen Druck in der linken Seite klagte sie immer noch, sowie über Schwere in den Beinen. Sie war unbehülflich, das Gehen wurde ihr sauer, und namentlich machte ihr das Treppensteigen grosse Mühe.

Seit dem März war die Menstruation zu Anfang jedes Monats eingetreten und hatte 8 Tage lang angehalten. Während derselben hatte die F. gleichfalls seit März jedesmal heftige Leibschmerzen verspürt, und deshalb das Bett hüten müssen. Als sie am 8. Mai nach Aufhören des sehr reichlichen Monatsflusses das Bett verlassen wollte, gewahrte

[1]) Möglicherweise kann auch krampfhafte Verschliessung des Muttermundes Retentionen dieser Art veranlassen.

sie eine Geschwulst vor den äusseren Geschlechtstheilen, welche sie am Gehen hinderte. Dieserhalb wurde in die Klinik geschickt.

Bei Untersuchung der Genitalorgane fanden wir einen Theil der linken Seitenwand der Scheide prolabirt, so dass eine etwa apfelgrosse Geschwulst vor der Schamspalte lag; dieselbe war prall gespannt, sehr empfindlich gegen Berührung, und füllte den *Introitus vaginae* so weit aus, dass man nur mit grosser Mühe den Zeigefinger neben derselben in die Vagina führen konnte. Die Scheide selbst war von der linken Seite her durch eine pralle Geschwulst, welche mehr als die Hälfte der ganzen Beckenhöhle ausfüllte und durch ihre Ausdehnung nach abwärts den oben erwähnten Prolapsus erzeugt hatte, in der Richtung von links nach rechts comprimirt. Es gelang nicht, das Scheidengewölbe, welches zur Aufnahme der kugelig geformten Geschwulst straff ausgespannt war, gleich bei der ersten Exploration vollständig zu durchsuchen. Von dem Scheidentheil der Gebärmutter war keine Spur zu entdecken. Eine ringförmige Falte in der die Geschwulst bedeckenden Scheidenschleimhaut, welche eine seichte Vertiefung umgab und weit nach oben auf dem kugeligen Tumor gefühlt wurde, musste deshalb für den Muttermund gehalten werden. Die Form dieser Falte kam auch mit diesem Gebilde vollkommen überein, wie sich dasselbe bei Erstgebärenden gegen das Ende der Schwangerschaft, nachdem der Scheidentheil vollständig verstrichen und dessen Substanz sehr verdünnt ist, darstellt. Die Untersuchung durch das Rectum liess die Verhältnisse in demselben Lichte erscheinen. Auch von hier aus fühlte man eine kugelige Geschwulst mit prall gespannten Bedeckungen, welche von links her die Beckenhöhle zum grössten Theil ausfüllte und sich nicht bewegen liess. Das Rectum war durch die Geschwulst comprimirt, so dass dessen vordere und hintere Wand sich berührten. Ausser der Geschwulst liess sich nichts durch das Rectum unterscheiden, insonderheit kein Scheidentheil der Gebärmutter. Nachdem es Herrn Prof. Frerichs gelungen war, den prolabirten Theil der Scheide grösstentheils zu reponiren, wurde das ganze, enorm ausgedehnte Scheidengewölbe dem untersuchenden Finger zugängig. Allein auch jetzt liess sich keine Andeutung des Scheidentheils auffinden; dadurch fand die eben ausgesprochene Vermuthung in Betreff der Bedeutung der erwähnten ringförmigen Falte ihre Bestätigung. Bei Einführung eines Katheters fanden wir die Harnblase und Harnröhre durch die Geschwulst ganz nach rechts verdrängt. In der Blase befanden sich nur wenige Unzen Urin, welche entleert wurden. Der Leib war aufgetrieben, die Bauchdecken sehr gespannt und dadurch die Untersuchung des Beckeninhalts von aussen her sehr erschwert, doch schien die Gegend über dem linken Schaambein resistenter. Nachdem am folgenden Tage durch Laxantien und Klystiere für reichliche Entleerung des Darmkanals gesorgt worden, wurde eine weitere Untersuchung vorgenommen und zunächst die Uterussonde applicirt. Dieselbe drang ohne viele Schwierigkeit durch die erwähnte ringförmige Falte (das *Orificium uteri*) ein, liess sich aber nur etwa 6—8 Linien weit vorschieben, dann stiess man auf Widerstand. Es fand dieser Umstand leicht seine Erklärung in der abweichenden Richtung, welche die Uterushöhle nothwendig eingenommen haben musste, da ja die Mündung derselben ganz nach rechts und eher etwas aufwärts als abwärts gerichtet war.

Ueber die Natur der Geschwulst musste das Urtheil vorläufig suspendirt bleiben. Rein symptomatisch wurden der Kranken, welche über häufige Leibschmerzen in der linken Seite und über trägen Stuhl klagte, wiederholt Schröpfköpfe applicirt, dann graue Quecksilbersalbe mit Belladonna-Extract in die leidende Seite eingerieben und nach Bedürfniss leichte Abführmittel gereicht. Nach kurzer Zeit, während welcher die Kranke das Bett hüten musste, gelang es auch, eine Reposition der Geschwulst in so weit zu bewerkstelligen, dass nichts von der Scheidenwand vor der Schamspalte mehr sichtbar blieb.

Im Anfang Juni kehrte die monatliche Blutung aus den Genitalien wieder; sie war reichlich und hielt 8 Tage lang an. Die Kranke hatte dabei viele Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz auszustehen. Während dieser Periode hob sich die früher nur unbestimmt von aussen gefühlte Geschwulst deutlich aus der Höhle des kleinen Beckens hervor, so dass sie von nun an deutlich über dem linken Schaambein als kugelige Härte durch die Bauchdecken gefühlt werden konnte. Nach abwärts hatte sich in Form und Lage der Geschwulst nichts verändert, nur liess sich dieselbe viel leichter, als bisher, emporschieben. Es gelang sogar, ein Kilian'sches Elytromochlion in die Scheide einzuführen und damit die Geschwulst zurückzuhalten, so dass die Kranke, die sich nach Ablauf der Periode ganz wohl befand, aufstehen und ohne wesentliche Unbequemlichkeiten umhergehen konnte.

Zum zweiten Male seit Beginn der Behandlung kehrte die monatliche Reinigung im Anfang Juli wieder. Gleich bei den ersten Spuren derselben stellten sich lebhafte Schmerzen im Leibe und in der Scheide ein, so dass die Kranke das Elytremochlion sofort entfernen musste. Abermals hielt die nicht unbeträchtliche Blutausscheidung 8 Tage lang an, und abermals war eine beträchtliche Vergrösserung der Geschwulst mit derselben verbunden, deren scheinbar höckerige Oberfläche nach Beendigung des Blutflusses etwa 2 Finger breit unter dem Nabel gefühlt wurde. — Schon bei der vorigen Monatsblutung war es uns mehr als wahrscheinlich geworden, dass diese periodische Ausscheidung zu dem Entstehen und Wachsen der fraglichen Geschwulst in direktem ursächlichem Verhältnisse stehe, allein auch jetzt liessen die bisherigen Resultate unserer Untersuchungen keine genaue Diagnose zu. — Während dieser letzten Menstruation hatte die Kranke wieder grosse Schmerzen ausgestanden, namentlich war eine Berührung der Unterbauchgegend ihr sehr empfindlich gewesen. Auch nach Beendigung des Blutflusses stellte sich dieses Mal das frühere Wohlbefinden nicht wieder her. Zu den Schmerzen in der linken Seite und der grossen Empfindlichkeit der Scheide, welche das oben erwähnte Instrument nicht ertrug, gesellte sich ein fieberhafter Zustand mit allerlei nervösen Zufällen: Schüttelfröste, oft mehrmals am Tage, Spinalempfindlichkeit und grosse Abgeschlagenheit. Den Frostanfällen folgte brennende Hitze im Gesicht und am Rumpf, während Hände und Füsse beständig kalt schienen. Die Nächte vergingen schlaflos. Am 18. Juli stieg die Unruhe der Kranken so sehr, dass die Darreichung einiger Dosen Opium für nöthig erachtet wurde, worauf am 19. grosse Mattigkeit und heftiger Kopfschmerz folgten. In der folgenden Nacht spürte die Kranke, während sie ruhig im Bette lag, ein Hervorrieseln von Flüssigkeit aus den Genitalien; bald folgte eine stromweise Entleerung von schwärzlichem, abscheulich riechendem Blut, dessen Quantität die Mutter der Kranken auf viele Pfunde schätzte. Leider wurde das Blut entfernt, ehe wir desselben ansichtig werden konnten. — Bei unserem Besuch am Morgen des 20. war die früher so deutlich zwischen Nabel und Schaambein fühlbare Geschwulst vollständig verschwunden. Bei der Untersuchung durch die Scheide fanden wir die Wände der Geschwulst, welche bisher so ausnehmend straff gespannt waren, collabirt. Man konnte jetzt die Scheide auch nach links hin ausspannen; es war, als ob man die dicken Wände einer mit Flüssigkeit halb gefüllten Blase mit dem Finger einstülpe. In der That drangen auch noch reichliche Quantitäten von Flüssigkeit aus dem Muttermunde hervor, sobald man die linke Seitenwand der Scheide in der angegebenen Weise emporhob. Eine Andeutung von Scheidentheil der Gebärmutter liess sich um den Muttermund, besonders nach rechts hin, bemerken, während die Begrenzung dieser Oeffnung nach links, kaum über das Niveau der Scheidenschleimhaut erhaben, noch immer jene kaum bemerkbare Faltung darstellte. Das Wohlbefinden der Kranken war nach dieser plötzlichen Entleerung wie mit einem Schlage hergestellt.

Es war nunmehr klar, dass wenigstens einen Theil der viel erwähnten Geschwulst der durch Menstruation ausgedehnte Uterus selbst vorgestellt hatte. Bei Einführung der Uterussonde, welche nur an der engen Oeffnung des Muttermundes einigen Widerstand fand, stellte es sich heraus, dass der noch jetzt zu einem häutigen, schlaffen Sack ausgedehnte Uterus ganz nach links dislocirt sei. Derselbe wurde aber an der linken Beckenseite festgehalten, wahrscheinlich durch falsche Bänder, denn es gelang nur für kurze Zeit, ihn mittelst der Sonde in seine normale Lage zurückzuführen; er kehrte, sobald man die Sonde entfernte, nach links zu seiner früheren Lage zurück. Uebrigens war für die Bewegungen der Sonde in diesem Sacke ein weiter Spielraum gegeben. Aus der Höhle der Gebärmutter entleerten sich noch fortdauernd zersetzte, höchst übel riechende Blutmassen. Einen silbernen Katheter, durch welchen Wasser injicirt wurde, färbten die Zersetzungsprodukte (Schwefelwasserstoff) stark schwarz. Durch Einspritzen von lauwarmem Wasser, welches man durch Druck von aussen und innen leicht wieder austreiben konnte, gelang es, die ganze Uterushöhle auszuspülen und zum vollständigen Collapsus zu bringen. Die Contractilität der Uteruswandungen nahm nach und nach wieder zu, und die *Portio vaginalis* trat deutlicher hervor. Diese Injectionen mussten öfter wiederholt werden, weil sich immer wieder eine graurötbliche, übelriechende Flüssigkeit ansammelte und durch langsames Hervorsickern die Kranke belästigte. Es wurden diese Injectionen so lange in einer Sitzung wiederholt, bis das injicirte Wasser nach kurzem Verweilen in der Gebärmutter ungefärbt wieder abfloss.

In den ersten Tagen nach der Entleerung vermochte die Uterushöhle etwa 10 Unzen Flüssigkeit zu fassen. Der Kranken waren diese Einspritzungen äusserst wohlthätig.

Im Anfang August stellten sich wieder *Molimina menstrualia* ein und hielten 3 Tage lang an ohne nachfolgende Blutausscheidung. Es war nach Ablauf dieser Periode auch der Uterus wieder stärker ausgedehnt, das Scheidengewölbe linkerseits mehr herabgedrückt und gespannter. Durch Injection liess sich wieder eine ansehnliche Quantität blutig gefärbter Flüssigkeit entleeren. Es war demnach wahrscheinlich, dass das Ergebniss dieser Menstrualepoche zur Genüge in der Höhle des Uterus zurückgehalten wurde. Wir nahmen indess wahr, dass die Höhle des Uterus nicht mehr halb so viel Flüssigkeit aufzunehmen vermochte, als bei den ersten Injectionen, sich also schon beträchtlich

zurückgebildet haben musste. Auch verursachte die Einspritzung, weil dabei ein stärkerer Druck, als früher, auf die Uteruswand ausgeübt wurde, der Kranken Schmerzen. Diese Schmerzen steigerten sich im Laufe des Tages und der folgenden Nacht zu einer beträchtlichen Höhe. Der Leib war dabei aufgetrieben und gegen Druck, namentlich in der linken Seite, sehr empfindlich. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass Flüssigkeit durch den Druck der Spritze durch die Tuben in die Bauchhöhle getrieben wurde und dort eine Reizung des Bauchfells veranlasst hatte. Diese Beschwerden verloren sich in den nächsten Tagen allmälig und vollkommenes Wohlsein kehrte wieder. Noch immer aber war die linke Hälfte des Scheidengewölbes tiefer herabgedrückt, als die rechte, stand die *Portio vaginalis* schief nach rechts gerichtet, und verlor sich die linke Hälfte derselben undeutlich abgegrenzt in die noch bestehende Anschwellung. Indessen hatte nunmehr das *Orificium uteri* eine spaltförmige Gestalt angenommen. Während des Monats August nahm nun die *F. secale cornutum* zu, gr. xij täglich. Sie ging herum und fühlte sich in keiner Weise genirt.

In den ersten Tagen des September stellten sich abermals *Molimina menstrualia* ein. Oeftere Schüttelfröste, denen eine brennende Hitze folgte, leiteten die Scene ein. Dann traten Schmerzen auf im Rücken und in der Kreuzgegend, von da ausstrahlend in die Schenkel und in die Schoossgegend von kaum erträglicher Heftigkeit. Drei Nächte lang blieb die Kranke schlaflos, häufige Frostschauer und ein schwerer, wüster Kopf erhöheten noch ihre Plagen. Die Genitalorgane waren während dieser Tage sehr empfindlich, die Scheide besonders turgescirend, heiss, sonderte reichlichen weissen Schleim ab. Die *Portio vaginalis*, welche jetzt beinahe ganz die normale Gestalt angenommen hatte, stand weit nach hinten, war etwas aus der queren Richtung verschoben, so dass die Spalte des Muttermundes in der Richtung von rechts und vorn nach links und hinten verlief. Der Scheidentheil fühlte sich hart an, war weniger empfindlich, als die weiter abwärts gelegenen Organe des Genitalsystems. Das Scheidengewölbe war links noch wenig nach abwärts gedrängt, die linke Beckenhälfte noch etwas voller, als die rechte. — Am 9. Septbr. trat nach einer sehr unruhigen und schmerzvollen Nacht Morgens die Menstruation ein und gleichzeitig, grosse Abgeschlagenheit abgerechnet, vollständiges Wohlsein. Hellroth gefärbtes Blut wurde während 5 Tage in reichlicher Menge entleert.

Während des ferneren Verlaufs des Septembers keinerlei Störung des Wohlbefindens.

Zu Anfang des October kehrten Kreuzschmerzen geringen Grades wieder. Die Kranke brachte dabei die ganzen Tage ausser Bett zu, vermied nur vieles Gehen. Am 10. Oct. trat die Reinigung ein; es wurde reichlich hellrothes Blut entleert. Die Ausscheidung dauerte 5 Tage lang.

Gegenwärtig (Ende October) ist die Kranke vollkommen wohl, von blühendem Aussehen, kräftig und rasch in ihren Bewegungen. An den Genitalorganen entdeckt man ausser der etwas verminderten Beweglichkeit des Uterus, dessen Scheidentheil in normaler Höhe, aber ziemlich weit nach hinten gerichtet steht, keine Abweichung mehr.

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik in Bonn.

Von

Dr. Hermann Weber,

Arzt am Deutschen Hospital zu London.

Zur Pathologie der Whytt'schen Krankheit.

Im vorigen Jahre ist in No. 42 dieser Zeitschrift ein Aufsatz über Tuberculosis der *Pia mater* erschienen, gestützt auf Beobachtungen aus der Poliklinik in Bonn. Unter der Leitung der Directoren dieser Anstalt, Prof. Nasse und später Prof. Naumann, habe ich in den letzten 4 Jahren 29 Fälle der Whytt'schen Krankheit, sowohl in ihren Erscheinungen während des Lebens, als auch in der Leiche, genau zu beobachten Gelegenheit gehabt. Da unsere Erfahrungen und Schlüsse nicht ganz mit den in jenem Aufsatze gegebenen übereinstimmen, und auch von denen in den meisten Handbüchern etwas abweichen, so will ich durch Beschreibung einiger Fälle, ohne Auswahl, sondern wie sie gerade im letzten Jahre auf einander folgten, zeigen, wie uns die Krankheit erschienen ist.

Zuvor bemerke ich noch, was die Benennung der Krankheit betrifft, das ich den Namen „Whytt'sche Krankheit" aus dem Grunde vorziehe, weil alle übrigen üblichen Ausdrücke, wie *Hydrocephalus acutus*, *Hydrops ventric. acutus*, *Meningitis tuberculosa*, *Tuberculosis meningea* u. s. w., das Wesen der Krankheit durchaus nicht vollständig bezeichnen, und leicht zu einer irrigen, wenigstens einseitigen Ansicht führen konnen. Wie in anderen ähnlichen Fällen, halte ich es für das Passendste, die Krankheit, bevor wir ihre Natur genau erkannt haben, nach dem Manne zu benennen, der zuerst durch eine gründliche Beschreibung unsere Aufmerksamkeit darauf gelenkt hat. Es kann aber kaum bezweifelt werden, dass dieses Verdienst in Bezug auf die hier zu betrachtende Krankheit dem trefflichen Dr. Whytt gebührt [1]).

1. Fall (beobachtet mit Prof. Nasse und Dr. Schmitz).

Ferd. Reinhardt, 40 Wochen alt. Eltern dem Anschein nach gesund, jedoch während der letzten Jahre unter sehr ärmlichen Verhältnissen lebend; Verwandte der Eltern gesund. Das Kind selbst hatte im 3. Monat an Erbrechen gelitten, welches ohne Arznei bald wieder verschwand; im 7. Monat wieder mehrere Tage fieberhaft, an Verstopfung leidend, nach dem Erscheinen der ersten Schneidezähne schnell genesend. Zu Ende des 9. Monats, Mitte Juni 1849, Verlust der früheren Munterkeit, Unruhe, Verdriesslichkeit, häufiger Schlaf, aber stets nur von kurzer Dauer, zuweilen Erwachen mit kläglichem Geschrei, wenig Neigung die Brust der Mutter zu nehmen, oder schnell sie fahren lassend; heisse Haut. Zugleich übelriechender grünlicher Durchfall, nach 4 Tagen von Verstopfung und Erbrechen gefolgt.

Am 24. Juni, nach etwa achttägiger Dauer der Unruhe, zweitägiger des Erbrechens, wurde unsere Hülfe in Anspruch genommen. Das Kind war gross, stark, gut genährt; der Kopf von mässigem Umfange, wohl gebildet, die Temperatur desselben erhöht; Augen meist geschlossen, vom Lichte abgewandt; Pupillen contrahirt; Gesicht bald roth, bald blass; die Mutter hatte schon während der letzten zwei Tage bemerkt, dass das Kind den Kopf sehr nach hinten ziehe; Haut heiss und trokken. Erbrechen hatte nach zweitägiger Dauer aufgehört, Verstopfung noch vorhanden; Unterleib leer und eingefallen. Keine Brusterscheinungen. Puls schnell, voll, regelmässig, 130 Schläge.

Diagnose: Whytt'sche Krankheit.

Behandlung: 3 Blutegel an die Schläfen, kalte Umschläge auf den Kopf, zweistündlich 2 Gran Calomel, wiederholte Essigklystiere.

25. Juni. Kopf nicht mehr so heiss, Pupillen etwas weiter, zuweilen krampfhafte Bewegungen der Arme; kein Erbrechen; kein Stuhlgang ohne Klystier. Puls weniger frequent, 105 Schläge, regelmässig, nicht ganz gleichmässig.

Behandlung: Zweistündlich 2 Gr. Calom. mit 4 Gr. Jalap. Essigklystiere. Zweithalergrosses Vesicans auf den Nacken.

26. Juni. Kopf nur mässig warm, Pupillen normal weit, contrahiren sich nur langsam durch Lichteinfluss; soporöser Zustand, zuweilen schrilles Aufschreien, besonders wenn man das Kind bewegt. — Stuhlgang ohne Klystier; Urin sparsam. Puls unregelmässig, ungleich, schwach, 72 Schläge. Nachmittags während einiger Minuten klonische Krämpfe der Augen, beider Arme und des rechten Beines.

Behandlung: Offenhalten der Wunde im Nacken. Stündlich 3 Gr. *Kalium jodatum* in Lösung.

27. Juni. Zuckungen häufig wiederkehrend, auch das linke Bein davon ergriffen; in der Zwischenzeit automatische Bewegungen der Arme nach verschiedenen Richtungen, besonders nach dem Kopf. Sonst keine Veränderung.

Behandlung wie früher; dazu mehrmals kalte Sturzbäder auf den Kopf, 5 Minuten lang fortgesetzt.

28. Juni. Kaum verändert. Stuhlgang mehrmals.

29. Juni. Die rechte Seite des Körpers wird am Morgen schlaff und bewegungslos gefunden, nimmt auch an den Krämpfen keinen Antheil. Puls sehr frequent (140—150) und klein.

30. Juni. Lähmung fast ganz geschwunden, zuweilen Bewegung in der rechten Seite; die vorher weiten, unbeweglichen Pupillen verändern sich wieder durch Lichteinfluss; fast kein Sopor; das Kind nimmt etwas Nahrung, scheint die Mutter zu kennen; Puls 120; reichliche Stuhl- und Urinentleerung. Schon hielt die Mutter das Kind für genesen, als plötzlich am Nachmittag allgemeine tonische und klonische Krämpfe ausbrachen, in denen der Tod erfolgte.

Leichenöffnung 36 Stunden nach dem Tode.

Kopf (hatte etwas erhaben gelegen). Grosse Fontanelle noch in weitem Umfange offen. Schädelknochen mässig dick. *Dura mater* sehr fest mit dem Schädel verwachsen; durch Unvorsichtigkeit wurde bei der Wegnahme desselben der rechte Seitenventrikel eröffnet, wobei eine grosse Menge durchsichtiger Flüssigkeit herausspritzte (etwa 4 Unzen). Zwischen den beiden Blättern der Arachnoidea an einzelnen Stellen fadenförmige, leicht zertrennliche Verwachsungen. Das untere Blatt der Arachnoidea nur an wenigen Stellen nicht ganz durchsichtig. Auf der ganzen Oberfläche des Gehirns an vielen Stellen in der *Pia mater* kleine weissgelbe Knötchen von der Grösse des Mohnsamens bis zu der eines Hirsekorns und selbst einer Linse, besonders reichlich auf dem kleinen Gehirn und im Verlaufe der Gefässe in der *Fossa Sylvii*. Die Knötchen erschienen unter dem Mikroskop als amorphe Masse mit vielen

[1]) In seinen Beobachtungen „On the dropsy in the brain". Edinb., 1768.

Körnchen von $^1/_{500}$ — $^1/_{1000}$ Linie, die zuweilen zu unregelmässig geformten Körperchen von $^1/_{200}$ — $^1/_{400}$ Linie zusammentreten. Weder das Gehirn selbst noch die *Pia mater* besonders blutreich. Die ganze Gehirnsubstanz etwas weich, besonders diejenige um die Seitenventrikel, welche letztere beträchtlich erweitert erscheinen, aber nur noch wenig Flüssigkeit enthalten, durchsichtig wie die vorher ausgeflossene. Beim Umkehren des Körpers floss nur wenig Flüssigkeit aus dem Rückgratskanal.

Beide Lungen enthalten eine grosse Menge von Miliartuberkeln; ebenso sitzen auf der *Pleura costalis* und *pulmonalis* einzelne gelbgraue hirsekorngrosse Knötchen. Die Bronchialdrüsen sehr angeschwollen durch gelblich-weisse zerreibliche Masse von der Consistenz des schmierigen Käses; in der Mitte einzelner Drüsen ist diese Substanz viel weicher und schmieriger, als in der Umgebung. Alle diese Massen zeigen unter dem Mikroskop dieselbe Beschaffenheit, wie sie oben beschrieben.

Herz normal. — Der seröse Ueberzug der Milz, Leber und Nieren, sowie des Darmkanals, enthält ebenfalls viele Knötchen, ebenso das Innere der Milz; auch in der Substanz der Nieren sind einzelne linsengrosse erweichte Stellen von gelbgrauer Farbe.

II. Fall. Beobachtet mit Prof. Nasse und Hrn. Jacobi.

Wilhelm Otterheck, 4 Jahre alt, hat mehrere Geschwister an skrophulösen Krankheiten verloren. Vater und Mutter leben, beide schwächlich. Der Knabe selbst war während der letzten 18 Monate mehrmals wegen Bronchitis und Bluthusten aus Lungentuberculose in Behandlung gewesen, in den Zwischenzeiten jedoch sehr heiter, blühend aussehend, so dass die Eltern nicht auf Ausführung unserer Rathschläge (Fontanelle und Leberthran) eingingen.

Am 19. Februar 1850 stellte sich, nach mehrtägiger Verdriesslichkeit und gestörtem Schlaf, häufiges Erbrechen ein, wodurch zuerst der Mageninhalt, dann reiner Schleim entleert wurde. Der Kranke klagte über Kopfweh; die Stirn heiss, Gesicht geröthet, Puls der Carotis stark, Blick starr, Pupille etwas weit, durch Lichteinfluss kaum verändert; vorübergehende Zuckungen im rechten Arm und in der rechten Hälfte des Gesichts. Husten fast verschwunden, doch zeigt die physikalische Untersuchung den Zustand der Lungen noch unverändert (consonirende Rhonchi und gedämpfter Percussionston in der rechten *Regio subclavic.*). Seit mehreren Tagen mässiger Durchfall, Unterleib eingefallen. Puls nicht ganz regelmässig, etwas ungleich, 105 Schläge in der Minute, durch geringe Bewegung auf 140 steigend, dann regelmässig und erst nach mehreren Minuten in den früheren Zustand zurückkehrend.

Diagnose: Lungentuberculose mit allgemeiner Tuberculose und Whytt'scher Krankheit.

Behandlung: 3 Blutegel auf die Schleimhaut der Nase; zweistündlich 4 Gr. Jodkalium; *Unguent. tartar. stibiat.* stündlich auf eine thalergrosse geschorene Stelle des Scheitels einzureiben.

20. Febr. Hitze des Kopfes etwas vermindert, sonst keine Veränderung.

21. Febr. Grosse Neigung zum Schlafen, häufiges Auffahren, zuweilen mit einem schrillen Schrei, nicht selten Knirschen der Zähne; Pupillen mässig weit, aber fast nicht reagirend, Blick ausdruckslos, Gesicht meist blass, eingefallen, zuweilen die Wangen geröthet, das ganze Aussehen des Kranken während weniger Tage sehr verändert. Die Salbe hat auf dem Kopfe einen reichlichen Ausschlag bewirkt. Erbrechen selten, Stuhlgang nicht mehr dünn, Unterleib leer; Urin sparsam, bildet weisslichen Satz (harnsaures Ammonium und harnsaures Natron). Puls nur noch 75—80 Schläge, Unregelmässigkeit und Ungleichheit vermehrt.

Behandlung wie oben.

22—25. Febr. Wenig Veränderung; Erbrechen hat aufgehört, Stuhlgang ist hart; Puls 80, fast regelmässig; in dem linken Arm zuweilen Zuckungen; kein Husten.

Kali jodat. fortgesetzt, dabei mehrmals 2 Gr. *Calom.* mit 4 Gr. *R. Jalap.* Essigklystiere.

Am 27. Zuckungen im linken Arm häufiger, sonst keine Veränderung. Bewusstsein ist vorhanden, zuweilen spricht das Kind, selten eine Klage.

28. Febr. Während einiger Minuten Krämpfe des ganzen Körpers, nach welchen Lähmung der linken Seite; Pupille ganz weit, ohne alle Reaction; auch das Gefühl der Haut scheint aufgehoben; nur das Gehör für die Stimme der Mutter scheint bis kurz vor dem Tode fortzudauern. Puls 140—150, sehr schwach.

Am 1. März Abends um 11 Uhr erfolgte der Tod.

Leichenöffnung 35 Stunden nach dem Tode. Die Leiche hatte in einer Temperatur von 9—11° R. gelegen, der Kopf etwas erhaben.

Kopf ziemlich gross, Fontanellen und Nähte geschlossen, Schädeldecke mässig dick, mit der *Dura mater* fest verwachsen. Zwischen *Dura mater* und Arachnoidea einzelne gelbe Knötchen von der Grösse einer halben Linse; beide Blätter der Arachnoidea durch leicht zertrennliche fadenförmige Massen an mehreren Stellen zusammenhängend; zwischen Arachnoidea und *Pia mater* in den Windungen eine kleine Menge durchsichtiger Flüssigkeit; beide Häute auf den Oberflächen der Windungen durch hirsekorngrosse, bald grössere, bald kleinere graugelbliche Knötchen mit einander verbunden; diese Knötchen besonders zahlreich auf dem kleinen Gehirn und noch mehr in der *Fossa Sylvii*, wo sie um die Gefässe eine mehr als 2 Linien breite und 1 Linie dicke Infiltration bilden, die sich in eine körnige Masse zerdrücken lässt. — Die Substanz des Gehirns etwas weich, zeigt sonst nichts Auffallendes; die Seitenventrikel um ein Drittheil ihrer normalen Grösse ausgedehnt, enthalten mehrere Unzen durchsichtiger Flüssigkeit; *Plex. choroid.* blass. Substanz um die Ventrikel und zwischen denselben ganz weich, fast breiig. Ueber dem rechten Ventrikel erstreckt sich, von der *Pia mater* ausgehend, tief in die Substanz eine graugelbliche körnige Masse von ovaler Form, etwa 2 Linien dick, $3^1/_4$ Linien lang und $2^1/_4$ Linien breit. Die mikroskopische Untersuchung sowohl dieser Masse, als auch der Knötchen in der *Pia mater* und des Streifens in der *Fossa Sylvii* zeigt ganz dasselbe Bild: amorphe Masse, darin Körnchen von $^1/_{500}$ bis $^1/_{1000}$ Linie, zuweilen mehrere solche Körnchen zu unregelmässig geformten granulirten Körperchen verbunden von $^1/_{200}$ — $^1/_{400}$ Linie, ohne Kernkörper.

Die Rückgratshöhle bietet nichts Krankhaftes.

Brust. Die rechte Lunge in allen 3 Lappen stark mit Tuberkeln durchsetzt, Spitze des oberen Lappens luftleer, beginnende Erweichung an mehreren Stellen. Der obere Lappen der linken Lunge fast frei, der untere dagegen enthält viele Tuberkelmassen von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der einer Haselnuss. Die Bronchialdrüsen beider Seiten sehr verdickt, mit weissgelblicher, körniger Masse infiltrirt, welche unter dem Mikroskop in der eben beschriebenen Weise erscheint.

Die übrigen Organe zeigen weder Tuberkelablagerung noch sonst abnorme Beschaffenheit. Keine Geschwüre im Darmkanal.

III. Fall. Beobachtet mit Prof. Nasse und Hrn. Hannmacher.

Lisette Hülemann, 4 Jahr 4 Monat alt. Schwester an *Phthis. tuberc.* gestorben, Vater gesund, Mutter an *Tuberc. pulm.* im zweiten Stadium leidend. L. H. selbst im zweiten Jahre von Masern und Keichhusten befallen, darauf Vereiterung einiger Halsdrüsen, später ziemlich wohl, stets heiter, geistig sehr gut entwickelt. — Am 24. Jan. wurde unsere Hülfe in Anspruch genommen. Seit etwa 8 Tagen etwas Husten mit Abendfieber, Verdriesslichkeit, Neigung zum Schlafen, Klagen über Kopf- und Leibschmerz. Die Untersuchung zeigt Schleimrasseln zwischen den beiden Schulterblättern, mässiger *Rhonch. sybil.* über beide Lungen verbreitet, Percussion normal; Kopf wie der ganze Körper heiss und trocken, Pupillen eng, Zunge belegt, übler Geruch aus dem Munde, Unterleib aufgetrieben, Stuhlgang täglich, mässig hart; Puls 120, regelmässig und gleichmässig.

Diagnose: Entzündlicher Bronchialcatarrh mit Verdacht auf Tuberculose.

Behandlung: *Tart. stib.* gr. j, *Aq. dest.* ℥iij, 3stündl. 1 Theelöffel voll zu nehmen.

25. Jan. Unruhe etwas vermindert, sonst keine Veränderung.

26. Jan. Fast keine *Rhonch. sybil.* mehr, sehr wenig Husten, Haut nicht mehr so heiss, Puls 110, regelmässig. Zunge noch belegt, wenig Appetit, kein Stuhlgang seit 2 Tagen, Unterleib noch aufgetrieben: Das Kind ist im Allgemeinen viel heiterer, keine Klage als über geringen Schmerz im Kehlkopf.

Behandlung: *Natr. sulf.* ℈j 3stündl.

27. Jan. Wieder etwas Klage über Kopf- und Leibweh; Kopf nicht besonders heiss, das Gesicht blass; Zunge belegt, zweimal flüssiger Stuhlgang, Unterleib etwas eingefallen; Puls noch 110, regelmässig und gleichmässig; Haut trocken.

28. Jan. Nach dem Genuss einer rohen Rübe zweimaliges Erbrechen, bei fortdauernd belegter Zunge und dünnem Stuhlgang; Puls zwischen 100 und 115, meist regelmässig, doch bei häufig wiederholtem Untersuchen manchmal ungleich und unregelmässig gefunden, Pupillen mässig, reagiren aber träge, der Blick etwas starr.

Zur Diagnose wurde hinzugefügt: Whytt'sche Krankheit mit Oligämie.

Behandlung: Einreibung von *Ung. tart. stib.* auf den Scheitel, 2stünd. 5 Gr. *Kal. jod.*

29. Jan. Züge des Kindes sehr verändert, Blick ausdruckslos, Pupillen sehr träge, Gesicht zuweilen geröthet auf den Wangen, meist blass, Kopf nicht heiss; grosse Unruhe, häufiges Wimmern, zuweilen schrilles Aufschreien, zuweilen Zähneknirschen; theilnahmslos. Erbrechen nicht wiedergekehrt, Stuhlgang dünn; Puls 85—95, häufiger, ungleich, durch geringe Bewegung auf 130 steigend.

In der Nacht zum 30. während einer halben Stunde allgemeine

Krämpfe, darauf Lähmung der rechten Seite, Erweiterung der linken Pupille, Schielen, die Iris reagirt nicht auf Lichteinwirkung; fortwährendes Wimmern; Puls 110—120, sehr schwach, fast regelmässig. — Auf dem Scheitel entsteht nur wenig Anschwellung und Röthe.

1. Febr. Zuweilen Zuckungen der linken Seite, die rechte schlaff und bewegungslos; Puls nicht verändert, Respiration sehr ungleich, zuweilen schnell, zuweilen ganz selten. Hände und Füsse, sowie Stirn kalt. Seit mehreren Tagen kein Husten mehr. Kein Zeichen von Erkenntniss der Aussenwelt, ausser einer unbedeutenden Bewegung des Kopfs beim Rufen des Namens.

Tod in der Nacht vom 2. zum 3. Febr.

Section 60 Stunden nach dem Tode; die Leiche war in einem kalten Zimmer, mit erhobenem Kopf.

Schädelhöhle. Aeusseres Ansehen normal. Zwischen Arachnoidea und *Pia mater* etwas Flüssigkeit, die nicht allein unter der Spinnwebenhaut, sondern auch nach dem Ausfliessen etwas getrübt und opalescirend erscheint. Durch die Arachnoidea schimmern an vielen Stellen kleine Knötchen von der Grösse eines kleinen Nadelkopfs bis einer halben Linse, besonders reichlich auf der von den hintern Lappen der Hemisphären bedeckten Oberfläche des kleinen Gehirns, der unteren vorderen Fläche des verlängerten Markes und in der *Fossa Sylvii* beider Seiten, wo die Haut durch Infiltration mit einer graugelblichen körnigen Masse sehr verdickt ist. Arachnoidea überall etwas getrübt; Substanz des Gehirns zähe und blutreich; Ventrikel nicht sehr ausgedehnt, etwa 2 Unzen fast klare Flüssigkeit enthaltend.

Brust. Die rechte Lunge zeigt viele Tuberkelmassen von Hirsekorn- bis Erbsengrösse, ebenso die *Pleura costal.* und *pulmon.* (nur hier viel kleiner); die linke Lunge fast frei von Körnchen; die Bronchien beider Seiten mit zäher Masse aus Schleim und Eiter angefüllt, Schleimhaut wenig geröthet. Bronchialdrüsen angeschwollen und an einzelnen Stellen mit gelblicher Masse infiltrirt.

Unterleib. Sowohl der Ueberzug als die Substanz der Milz enthalten sehr viele jener kleinen gelblichen Körperchen, welche ebenso wie die in der Lunge und der *Pia mater* untersuchten dieselbe mikroskopische Beschaffenheit haben, wie sie in den beiden vorhergehenden Fällen beschrieben.

Einige kleine Körnchen im Leberüberzug, die übrigen Organe normal. (Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Sitzung der Gesellschaft für wissenschaftliche Medicin in Berlin vom 6. October 1851.

Hr. Waldeck II. theilt, anknüpfend an das Protokoll, einen Fall mit, welcher den ausgesprochenen Bemerkungen des Hrn. Behrend zu widersprechen scheint: Ein häufig syphilitisch gewesener Mann verheirathete sich, und sein erstes Kind war kräftig und gesund; das zweite Kind, ein Mädchen, hatte 4 Wochen nach der Geburt eine Ozaena, welche der Calomelgebrauch heilte; das Kind blieb leben und wurde später recht kräftig und wohl.

Hr. Remak hielt einen Vortrag über pigmentkugelhaltige Zellen der Milz und Leber und über runde Blutgerinnsel:

„Kölliker, Ecker, Gerlach u. A. haben behauptet, dass in der Milz, zuweilen auch in der Leber und in anderen Organen, Blutkörperchen haltende Zellen vorkommen. Nach Gerlach u. A. sollen diese Zellen Geburtsstätten für neue Blutkörperchen sein, nach Kölliker, Ecker u. A. dagegen sind sie Untergangsstätten für Blutkörperchen. Es sollen sich nämlich, namentlich in der Milz, Blutkörperchen zusammenballen, mit Zellenmembranen unter Auftreten eines Kernes umhüllen, und die so entstandenen Blutkörperchen haltenden Zellen sollen sich in farblose granulirte oder in Pigmentzellen umwandeln. Diese verschiedenen Angaben stützten sich auf Wahrnehmungen, welche theils am Menschen, theils an anderen Wirbelthieren, namentlich an Amphibien und Fischen gemacht waren. Hr. R. hat diese Angaben an den verschiedensten Wirbelthieren und am Menschen geprüft, und ist zu dem Ergebnisse gelangt, dass „Blutkörperchen haltende Zellen“ in den Organen, in welchen sie vorkommen sollen, überhaupt nicht zu finden sind, dass vielmehr die bezüglichen Angaben auf eine zweifache Fehlerquelle zurückzuführen sind, nämlich auf pigmentkugelhaltige Zellen, die sich ausserhalb der Gefässe in dem Parenchym der Organe finden, sowie auf runde mikroskopische Blutkörperchen haltende Faserstoffgerinnsel, die nach dem Tode der Thiere innerhalb der Gefässe sich bilden.

Die pigmentkugelhaltigen Zellen sind in dem Parenchym der Milz des Menschen selten: sie finden sich hier zuweilen in dem Centrum der sogenannten Malpighischen Körperchen neben den bekannten farblosen Parenchymzellen der Milz, auch in dem Scheidenparenchym der Arterien und in dem intercapillaren Parenchym (der sogenannten Pulpe). Weit häufiger sind diese Zellen an den genannten Orten bei den Amphibien, namentlich dem Frosch, sowie bei manchen Fischen, besonders den Cyprinoiden. Bei diesen Thieren zeigt der grösste Theil oder ein grosser Theil des zelligen Parenchyms die Pigmentmetamorphose des Inhalts. Die in den Zellen enthaltenen Pigmentkugeln haben zuweilen einige Aehnlichkeit mit Blutkörperchen, die jedoch bei näherer Untersuchung verschwindet. — Aehnliche folliculäre Pigmentzellenhaufen finden sich bei manchen Fischen auch in der Leber und den Nieren, ohne dass ein Entstehen derselben aus Blutextravasaten, für welche sie von Kölliker und Ecker gehalten worden sind, nachzuweisen oder wahrscheinlich wäre. — In den Leberzellen bei Fröschen zeigen sich während des Winterschlafes und nach längerem Mangel an Bewegung und an Nahrung Pigmentkugeln verschiedener Art. Bei Froschlarven, die aus dem Freien kommen, ist die Lebersubstanz weiss, und die Leberzellen enthalten grosse Fettkugeln, die von zarten Membranen umhüllt sind. Nach 5—6 Tagen der Unfreiheit und des Hungers verwandeln sich die Fettbläschen der Leberzellen in Pigmentbläschen, die zuweilen mit Blutkörperchen eine grosse Aehnlichkeit haben. Binnen einigen Wochen pflegt die Leber ihr Fett fast ganz zu verlieren und die Mehrzahl ihrer Zellen sich in pigmentkugelhaltige Zellen umzuwandeln, wodurch die Leber ein schmutzig-braunes Ansehen bekommt und zusammenschrumpft. Aehnliche krankhafte Zustände stellen sich auch in der Milz ein. Auch werden sie zuweilen an Hühnerembryonen bemerkt, wenn die Eier im Brütofen nicht häufig genug umgewendet werden.

Die zweite Fehlerquelle bilden runde mikroskopische Gerinnsel. Hr. R. hat dieselben bisher bloss im Blute der Milz und der Nieren beim Schlei in drei Fällen finden können, obgleich er sie bei vielen Thieren suchte, zweifelt aber nicht, dass sie unter günstigen Umständen auch bei anderen Thieren und beim Menschen sich bilden können. Ihre Entstehung hängt damit zusammen, dass das Blut der Milz und der Niere beim Schlei zuweilen später gerinnt als in den übrigen Gefässen. Alsdann gerinnt es nicht mehr in zusammenhängenden Massen, sondern in runden sehr zierlichen Häufchen, die in der That leicht für Zellen gehalten werden können. — Dass solche Gerinnsel auch während des Lebens unter pathologischen Umständen sich in den Gefässen bilden, ist weder erwiesen noch wahrscheinlich.“

Hr. Reinhardt bemerkt, man habe allerdings diese Veränderungen auch in pathologischen Präparaten beobachtet, namentlich habe Kölliker in apoplektischen Heerden (bei Hühnern) Zellen, welche Blutkörperchen enthielten, vorgefunden; Hr. Reinhardt habe dieses aber für Kunstprodukt gehalten, also kein weiteres Gewicht darauf gelegt. Hr. Remak bestätigt diese Anschauung noch durch die Beobachtung Kölliker's, der in einem solchen Gerinnsel sogar ein Stück Nervenmark vorgefunden hat. Interessant sei hierbei nur das Gerinnen von Faserstoff während des Lebens. Hr. Reinhardt erwidert aber, er habe in der Melaena pigmenthaltige Faserstoffschollen gesehen, ebenso auch in einer Ovarienkyste, bei welcher wegen der verschiedenen Form eine genaue und wiederholte Untersuchung dazu gehörte, um sich zu überzeugen, dass diese Körper nicht Zellen aus der Kyste, sondern wirklich Faserstoffgerinnsel seien, welche Blutkörperchen einschliessen. Hr. Remak findet das Gerinnen des Faserstoffes während des Lebens auffallend. Hr. Reinhardt hält es aber für sehr wahrscheinlich, dass kleine Apoplexien in die viel Serum enthaltende Kyste stattgefunden haben, dass dort das ergossene Blut geronnen, mit Faserstoff umgeben sei und eine solche Veränderung seines Farbstoffes erlitten habe. Hr. Paasch erwähnt auch des *Aneurysma spurium* als Fundort solcher Pigmentinseln, doch meint Hr. Remak, dass dort die Gerinnung schichtenweise geschähe. Auf eine Anfrage des Hrn. Remak erklärt Hr. Reinhardt, dass er bei der Leber von Menschen solche Pigmentbildungen nicht beobachtet habe, wohl aber an der Haut der Neugeborenen.

Hr. Remak stellt die Bitte an die Mitglieder, ihm Warzen und Condylome, mit der Cutis exstirpirt, zur Untersuchung zu verschaffen, da er sich gerade mit einer Arbeit über diesen Gegenstand beschäftige.

Schluss der Sitzung 9½ Uhr.

Der Secretär der Gesellschaft: Krieger.

Sitzung vom 27. October 1851.

Hr. Hallmann hält seinen angekündigten Vortrag über die Wasserbehandlung der Gicht.

Während seiner 5 bis 6jährigen Leitung der Wasserheilanstalt Marienberg bei Boppard a. Rh. hatte Hr. H. Gelegenheit, einige Erfahrungen über die Wirksamkeit der Wasserkur gegen Gicht zu machen. Wir beschränken uns hier auf eine Inhaltsanzeige des Vortrages, da Hr. H. beabsichtigt, seine in Marienberg gemachten Beobachtungen über die Wasserbehandlung chronischer Krankheiten, gehörig verarbeitet,

demnächst in einem besondern Werke zu veröffentlichen. Hr. H. stellte sich als Arzt der Anstalt Marienberg die Aufgabe, durch gewissenhafte Beobachtung herauszubringen, was man durch eine methodische und beharrliche Anwendung der Mittel, welche die Wasserkur in sich vereinigt, in der Behandlung chronischer Krankheiten erreichen könne und was nicht; und er ersuchte die Herren Collegen, die vorurtheilsfrei von ihm gemachten Beobachtungen auch vorurtheilsfrei aufnehmen zu wollen. Der Vortragende theilte die von ihm behandelten Fälle von Gicht in vier Klassen: 1) solche, in denen während der Kur acute Anfälle eintraten; 2) solche, in denen während der Kur neue, aber schmerzlose Gelenkanschwellungen eintraten und völlig wieder verschwanden; 3) solche, in denen kleinere oder grössere Reste von regelmässiger Gicht vorhanden waren, welche durch die Kur ganz oder zum Theil beseitigt wurden; 4) solche, in denen die Kur gar keine Besserung hervorbrachte. Diese Fälle waren 3 Frauenzimmer: 1 Wittwe und 2 unverheirathete.

Die Ergebnisse der Beobachtungen, welche Hr. H. zu machen Gelegenheit hatte, sind ungefähr folgende:

Wenn irgend eine Disposition zu einem acuten oder subacuten Anfalle vorhanden ist, so bringt die Wasserkur diesen alsbald zum Vorschein und völlig heraus und zu Ende. Auch diejenigen Kranken, welche nur mit chronischen Ueberbleibseln von früheren Anfällen her behaftet waren, wurden, mit Ausnahme der 4. Klasse, durch die Kur theils völlig von denselben befreit, theils bedeutend gebessert. Vortheile der Wasserbehandlungen vor anderen Behandlungsarten der Gicht sind die, dass der Kranke sich schon während der Kur an eine mässige Lebensweise und starke Leibesbewegung gewöhnt, und dass seine Haut gestärkt und nicht, wie in den warmen Bädern, verweichlicht wird. Hr. H. sah es gern, wenn sich die Kranken dazu verstanden, während des grössten Theils der Kur gar kein Fleisch zu essen. Zu wohlbeleibte Kranke nahmen während der Kur an Gewicht ab, 10—20—30 Pfd.; hagere Kranke nahmen zu, selbst während der Schwitzkur. Die Frage, ob die Gicht durch die Wasserkur radical geheilt werde, beantwortet der Vortragende dahin, dass man sie nicht unbedingt bejahen könne. Diejenigen, bei denen während der Kur sämmtliche Reste von Gicht verschwunden sind, haben gegründete Hoffnung, auch künftig von Anfällen verschont zu bleiben, wenn sie fortwährend eine streng nüchterne Lebensweise befolgen. Es liegt aber in der Natur der Sache, dass man durch eine üppige Lebensweise sich die gichtische Dyskrasie von Neuem erzeugen könne. Ueble Zufälle während der Kur, welche als Wirkung der Kur betrachtet werden müssten, hat Hr. H. nie beobachtet, hält solche auch für unmöglich, wenn man, wie er stets that, den Kranken nicht einseitig örtlich behandelt, sondern die allgemeine und örtliche Behandlung Hand in Hand gehen lässt. Den Grundsatz, dem Priessnitz schon seit mehreren Jahren huldigt, die Gicht ohne Schwitzkur heilen zu wollen, verwirft der Vortragende ganz entschieden. Das Schwitzen sei für Gichtkranke in der Mehrzahl der Fälle äusserst heilsam und unerlässlich. Lasse man die Kranken gar nicht schwitzen, so erreiche man dadurch nur das Ergebniss, dass man die in vielen Fällen ohnehin schon langwierige Kur zum Nachtheil des Kranken über alle Gebühr in die Länge ziehe. —

Hr. Parow erklärt, er habe in Bezug auf Gicht wenige Erfahrungen, und namentlich wenig günstige, dagegen bei acuter Gicht sehr gute Erfolge von der Wasserbehandlung gesehen, aber ein anderes Verfahren beobachtet, nicht kalte Einwickelungen, sondern nur Umschläge um die leidenden Theile machen und in bestimmten Pausen Wasser trinken lassen, worauf er einen sehr profusen Schweiss habe eintreten sehen, auf welchen er eine Abreibung oder ein kaltes Bad folgen liess.

Hr. Körte macht auf die sehr lange Dauer dieser Kur aufmerksam, ferner darauf, dass Hr. Hallmann die Wichtigkeit der strengen Diät auch bei der Wasserbehandlung zugegeben, und fragt, worin denn eigentlich die Vorzüge der Wasserbehandlung beständen. Hr. Hallmann erwidert, er habe eben über andere Kurmethoden keine Erfahrung, und sage nur so viel, dass, wenn Gichtkranke Geld, Zeit und Neigung haben, sich dieser Kur zu unterwerfen, sie sich sehr wohl dabei befinden; in Städten sei eine solche Kur nicht möglich, überdies scheinen ihm Medicamente nur eine palliative Hülfe zu gewähren, während die Wasserkur wenigstens auf eine längere Zeit von neuen Anfällen befreie.

Hr. Waldeck bemerkt, indem er Hrn. Körte's Einwürfen beipflichtet, diese ganze Wasserbehandlung verdiene eigentlich nicht den Namen einer Kur, sondern bestehe eben nur in einer naturgemässen Abänderung der Diät und des Regimen, welche eine entsprechende Besserung zur Folge habe, während die Verschlimmerung wieder eintrete, sobald der Kranke sich dem früheren Culturzustande wieder ergebe.

Hr. Reimer widerspricht dem von Hrn. Hallmann aufgestellten Satze, dass der Rheumatismus ein örtliches, die Gicht ein allgemeines Leiden sei. Menschen mit sehr feinem Hautgewebe, welche immer zu Rheumatismus geneigt seien, werden leicht bei dazu disponirender Lebensweise der Gicht anheimfallen, und ausserdem sei bei Gichtischen oft ein örtliches Leiden in einem Gelenk nicht von einem Gichtanfalle zu unterscheiden.

Hr. Hallmann entgegnet, er habe durch seine Eintheilung nur die Erfahrung erklären wollen, dass er als Wasserarzt alle und jede rheumatische Affection völlig habe beseitigen können, wogegen es ihm bei gichtischen Leiden nicht so vollkommen habe gelingen wollen.

Hr. Henoch wirft die Frage auf, ob Hr. Hallmann die dann ungeheilt gebliebenen Frauen für wirklich an Gicht leidend gehalten habe oder nicht. Hr. Hallmann erklärt, er sei darüber ungewiss; der am Rhein sehr berühmte Dr. Wolff habe aber die Anschwellungen nicht für gichtische, sondern für skrophulöse gehalten. Hr. Henoch giebt an, er habe 7 ähnliche Fälle gesehen, die von Engländern zwar *Arthritis nodosa* genannt werden, aber mit der Gicht nichts gemein haben, sondern in allen von den Sexualorganen auszugehen scheinen, und durch eine eigenthümliche Verbildung der Hände kenntlich sind, so dass die Hand sich in einen stumpfen Winkel gegen die Ulnarseite des Unterarmes stellt und die Finger sich dachziegelartig über einander legen. Oertliche wie allgemeine Mittel seien in allen diesen Fällen erfolglos geblieben, und nur in einem habe der mehrmonatliche Gebrauch von Nenndorf völlige Heilung herbeigeführt. Hr. Hallmann erklärt sich für diese Mittheilung sehr dankbar, und findet gerade in derselben eine Bestätigung seiner Ansicht, dass die Gicht der Wasserbehandlung weiche. Hr. Waldeck hat 3 Fälle solcher *Arthritis nodosa* beobachtet, und in einem sehr veralteten eine gute Wirkung von anhaltendem Gebrauch des Jodeisens gesehen. Hr. Körte fragt, warum Hr. Henoch solche Fälle nicht für Arthritis wolle gelten lassen, während doch gerade bei Gichtischen die angeführte Verbildung der Hand nicht selten sei. Auf diese Formveränderung will Hr. Henoch kein grosses Gewicht gelegt wissen, meint aber, es komme hier die Frage in Betracht, was Gicht sei; man verstehe unter Gicht diejenigen Gelenkanschwellungen, die mit dyspeptischen Erscheinungen verbunden seien; die von ihm angeführten Fälle haben aber diese Complication nicht dargeboten, wohl aber eine solche mit Störungen in den Sexualorganen, wie Todd dieses in einem kleinen Werke über Rheumatismus und Gicht dargethan. Hr. Wegscheider erwähnt, er habe ähnliche Fälle von *Arthritis nodosa* bei Männern gesehen, und Hr. Schütz hat auch bei Frauen eine Reihe von Fällen der *Arthritis nodosa* beobachtet, in welchen durchaus keine Störungen in den Sexualfunctionen und keine Abnahme harnsaurer Salze im Urin vorhanden waren. Hr. Henoch erklärt diese Fälle aber nicht für Gicht, sondern für Rheumatismus, und sei überdies neuerlich die Anwesenheit von harnsauren Ablagerungen bei den Gichtkranken geleugnet, da jene nur aus phosphorsaurem Kalk bestehen sollen.

Auf Hrn. Reimer's Aufforderung theilt Hr. Pätsch das Sectionsresultat der Leiche des Prof. Lachmann mit, in welcher grosse und ausgedehnte Ablagerungen harnsaurer Salze im Kniegelenk stattfanden.

Hr. Mor. Meyer zeigt einen neuen selbstthätigen Rotationsapparat von Goldberger vor. Hr. Vettin bemerkt dazu, dass diese Form die ursprüngliche, älteste und unbequemste, und durch die Saxton-schen Apparate längst verdrängt sei. Hr. Meyer setzt den Apparat in Bewegung und macht darauf aufmerksam, dass man bei einzelnen Fällen von Lähmung, oder sonst, wo man die Einwirkung der Elektricität längere Zeit auf einen bestimmten Punkt wünsche, denselben mit Nutzen gebrauchen könne.

Schluss der Sitzung $9\frac{3}{4}$ Uhr.

Der Secretär der Gesellschaft: Krieger.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Grossh. Hessen. Dem Prof. Frhrn. Dr. v. Liebig das Commenthurkreuz des Ordens Philipps des Grossmüth.

Oesterreich. Dem Dr. A. Bée, dirig. Stabsarzt 1. Klasse, das Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens (zugleich pensionirt); dem Unterarzte vom Inf.-Reg. No. 36 H. Skeppich das silberne, dem Dr. Rapaport in Lemberg das goldene Verdienstkreuz mit der Krone.

Würtemberg. Dem Oberamts-Arzte Dr. Hofer in Biberach das Ritterkreuz des Kron-Ordens.

Personalveränderungen. Baden. Ernannt: Primär-Arzt P. Schmidt in Hilzingen zum Amts-Chirurg in Herrischried.

Grossh. Hessen. Ernannt: Dr. Kullmann in Schaafheim zum Physikats-Wundarzte des Bezirks Dieburg.

Preussen. Versetzt: Kreis-Physikus Dr. Bailowitz zu Namslau in gleicher Eigenschaft nach Ohlau; Kreis-Physikus Dr. Steudner zu Liebenwerda nach Friedeberg. Angestellt: Die prakt. Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer Dr. Dyckhoff als Kreis-Physikus für den Kreis Beckum, Dr. Deutschmann desgleichen für den Kreis Delitzsch. Niederlassungen: Der praktische Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer Dr.

W. Hahn in Weiden, Landkreis Aachen; der prakt. Arzt und Wundarzt Dr. Langiewicz in Witkowo.

Würtemberg. Ernannt: Der prakt. Arzt Mammel in Heubach zum Assistenz-Arzt bei der Heilanstalt Winnenthal.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes [1]).

I. Chirurgie.

[Fortsetzung aus No. 48.]

Rösch, Verletzung des ischiadischen Nerven, Tod durch Gehirn- und Rückenmarkreizung. Würt. Corr.-Bl. 14.

— Verletzung durch den Biss eines Hundes. Heilung der dadurch veranlassten, sowie anderer adynamischer Hautentzündungen durch die äusserliche Anwendung einer Auflösung von salpetersaurem Silber. Ibid.

Roth, Glückliche Anheilung eines beinahe ganz abgehauenen Fingergliedes. Casper's Wochenschr. 18.

— *Gangraena parotidis.* Ibid.

— Ein Todesfall durch eine in die Luftröhre gekommene Bohne; nebst Section. Ibid. 26.

Roux, Beobachtungen aus der praktischen Chirurgie. L'Union 78. 79.

Saunders, Chirurgische Fälle. (Amputation beider Oberschenkel. Diffuses Aneurysma der Femoralis.)

Schlasser, Ueber die Radical-Bruchoperation nach Mössner. Deutsche Klinik 28. 29. 30.

Schuh, Ueber die chirurgische Behandlung der Kysten der Schilddrüse. Wien. med. Woch. 1.

— Ueber die Erkenntniss der Pseudoplasmen. Wien, 1851.

Schuster, Ueber Thoraxgeschwülste. Mit einer Abbildung des Wintrich'schen Trocart explorateur. Erlangen, 1851.

Seitz, Ueber *Struma cystica.* Würt. Corr.-Bl. 21.

Seutin, Der abnehmbare unveränderliche Verband etc. etc. Aus dem Französischen von Burger. Stuttgart, 1851.

— Schmetterbruch des rechten Unterschenkels. Presse méd. 19.

Simon, Fall von Tracheotomie. Ibid. 25.

Smith, Chirurgische Fälle. Med. Times, Mai.

Spengler, Beobachtungen über Herniotomie. Aus den Notizen des Dr. Lanz. Deutsche Klinik 38.

Startin, Ueber den Vortheil elastischer Bandagen bei varicösen Venen. Med. Times, März.

Stute, Zertrümmerung des Hirnschädels ohne alle Folgen. Casper's Wochenschr. 19.

Skrivan, Leistenbruchsack-Schwangerschaft. Wien. Ztschr., Sept.

Taberger, Die englische Charpie. Hann. Corr.-Bl. II. 8.

Tatum u. Hervett, Fractur des Femur bis in's Kniegelenk. Lancet, Febr.

Textor, Luftröhrenschnitt. Verh. d. phys.-med. Gesellsch. zu Würzb. II. 6—13.

— Zwei Fälle von Aussägung eines grossen Theils der Untergrätengrube des Schulterblattes. Virch. u. Reinh. Archiv IV. 1.

Thierry, Polyp im Pharynx. Gaz. des Hôp. 77.

Trogher, Ueber Perinäalrisse und deren Behandlung mittelst Serres fines. Wien. Ztschr., Sept.

Tufnell, Ueber Militär-Chirurgie. Med. Times, Mai.

Tuson, Quetsch- und Risswunde des *Sphincter ani* und des unteren Theils des Rectum. Lancet, April.

Uhde, *Exarticulatio femoris* mit Abtragung des Knorpels der Pfanne. Deutsche Klinik 29.

— Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Braunschweig. (*Exarticulatio phalang. digitorum. Cartilaginis resectio. Fractura simplex condyli externi femoris. Luxatio humeri infraglenoidea recens. Luxatio phalangis secundae digiti quarti et quinti.*) Ib. 25.

Valentini, Mehrere der interessanteren im Wilhelminen-Lazareth zu Flensburg im J. 1848 beobachteten Fälle von Schusswunden. Ib. 32.

Valette, Ueber die Radicalkur des Leistenbruches. Gaz. de Paris 17. 19. 20. 21. 24. 27.

Velpeau, *Aneurysma spurium consecutivum* in Folge eines Aderlasses. Bull. de Thér., Juni.

Verhaeghe, Luxation des rechten Oberschenkels, Fractur des linken. Gaz. des Hôp. 70.

Verral, Ueber Behandlung d. Rückgratsverkrümmungen. Med. Times, März.

Vidal, Operation der Varicocele par enroulement. Gaz. des Hôp. 72.

Wade, Praktische Bemerkungen über die Behandlung der Harnröhrenstricturen. Med. Times, Mai, Juni.

Wakley, Clinical reports on the use of Glycerine in the treatment of certain forms of Deafness. Ed. by Robertson. Lond., 1851.

[1]) Sämmtliche Journale sind vom Jahre 1851.

Wagner und Führer, Mittheilungen aus Geh. Rath Langenbeck's chirurgischer Klinik. (Ulcerirte Geschwulst an der Unterlippe, Exstirpation. Recidiv nach 2 Wochen, Resection des Mittelstücks des Unterkiefers, Lippenbildung. Deutsche Klinik 33. 34.

Wagner, Mittheilungen aus Geh. Med.-Rath B. Langenbeck's Klinik: Neurom des *Nervus ulnaris.* Exstirpation. Obliteration der Lymphgefässe (?) auf dem Rücken des Penis. Exstirpation der dadurch gebildeten Geschwulst. Heilung. Ibid. 35.

v. Walther, System der Chirurgie. 5. Bd. 2. Abth. Freiburg, 1851.

Watson, Schusswunde in der rechten Schulter. Americ. Journ., April.

Weber, Chirurgischer Almanach für das Jahr 1850. Osterode und Goslar, 1851.

— Verschiedene Fälle von Verletzungen der weiblichen Genitalien. Ztschr. d. D. Chir.-V. V. 2.

— Fall von *Varix aneurysmaticus* der *Art. femor. sin.* D. Klinik 29.

Werner, Erläuternde Fälle zum dritten Zeitraume der habituellen Skoliosis. Pr. Vereins-Ztg. 38.

— Der Werth der subcutanen Tenotomie, als Heilmittel des angeborenen Klumpfusses. Casper's Wochenschr. 25—27.

— Die Krümmungen des Rückgrats. Pr. Vereins-Ztg. 27. 30. 31. 40.

— Die gewöhnliche Seitwärtskrümmung des Rückgrates und deren Behandlung. Journ. f. Kinderkr., Mai, Juni.

Wilde, Ueber die Krankheiten des Ohres. Med. Times, März.

Wolff, Ueber Oxyokoia durch Paralysis des *Nervus facialis.* Deutsche Klinik 22.

Wutzer, Amputation im Fussgelenk nach Syme. Ibid. 31.

— Mittheilungen aus seiner Klinik: II. Urethrotomie. Ibid. 35. 36.

— Aus dessen Klinik: Steinschnitt am Weibe. Ibid. 39.

(Fortsetzung folgt.)

Sonnabend, № 50. 13. December 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber den Erstickungstod durch Spulwürmer, welche in die Luftröhre eingedrungen.

Von

Dr. Fr. Oesterlen in Heidelberg.

Sehr verschiedene Zufälle können sich bei unseren Kranken ereignen, welche den Arzt nicht allein durch ihr jähes, oft ganz und gar unerwartetes Eintreten, sondern auch, und noch mehr durch ihre für den ersten Augenblick wenigstens räthselhafte Natur wie durch den Grad ihrer Gefährlichkeit in die grösste Verlegenheit bringen. Ich erinnere nur an jene plötzlichen Anfälle von Convulsionen, an jene Rupturen innerer Organe und Gefässe, an jene exorbitanten Blutflüsse, wie sie jedem Praktiker vorgekommen, — oder an unerwartet eingetretene Entzündung, z. B. des Unterleibs, des Bauchfells bei Typhuskranken in Folge perforirter Darmgeschwüre u. s. f. Am schwersten müssen aber solche Ereignisse ins Gewicht fallen, wenn sie gar zum jähen Untergang des Kranken zu führen drohen, — wie z. B. Schlagfluss, heftige Hirnsofälle, vielleicht in Folge von plötzlich entstandenem Pneumothorax, Glottisödem u. s. f. Auch pflegt der Natur der Sache nach die Verlegenheit des Arztes in solchen kritischen Situationen um so mehr zu steigen, je weniger ihm — für den ersten Augenblick wenigstens — eine klare Einsicht in die Natur solcher Zufälle, in ihren ursächlichen Zusammenhang zu Gebote steht, und wenn eben deshalb seinem Geiste nicht sogleich die Mittel und Wege vorschweben, die vielleicht noch zur Rettung seines Kranken führen könnten.

Zu den seltensten und zugleich dunkelsten Fällen dieser Art dürften nun diejenigen gehören, wo Kranke unter den Erscheinungen der heftigsten Sticknoth zu Grunde gegangen, und nachträglich bei der Leichenöffnung Spulwürmer in der Luftröhre, überhaupt in den Luftwegen vorgefunden worden sind, — vielleicht als Ursache jener Stickanfälle. Derartige Fälle sind zwar schon in älteren Zeiten, z. B. von einem Haller, P. Frank hie und dort beobachtet worden; die Kritik indess war lange Zeit geneigt, dieselben in Zweifel zu ziehen. Ein Guersant z. B., Cruveilhier, de la Berge, Mondret u. A. zweifelten, ob je ein Spulwurm beim Leben des Kranken diesen so gefährlichen Error loci begehen und gleichsam seine Eintrittskarte in die Luftwege eines Lebenden erlangen könne. Erst nach dem Tode eines Patienten sollten sie dahin gelangt sein. Auch wird diese Ansicht auf manche solcher Fälle ihre richtige Anwendung finden, auf solche nämlich, wo die Kranken ohne alle Zufälle der Erstickung, überhaupt ohne bedeutendere Beeinträchtigung des Athmens verstorben oder aber längere Zeit vor dem Tode in agone, im Zustande äusserster Erschöpfung und Bewusstlosigkeit dagelegen waren. Nur erwies sich diese Ansicht späterhin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als eine zu exclusive, und eben deshalb — wie so häufig in unserer Medicin — als eine unrichtige. Denn im Laufe der letzten 20 Jahre wurden Fälle veröffentlicht, welche diese Erklärung nicht wohl zuliessen, wo vielmehr der Tod des Kranken mit mehr oder weniger Sicherheit von dem plötzlichen Eindringen eines Spulwurms in die Stimmritze, in die Luftwege abgeleitet werden konnte, wo die Kranken auf einmal Zufälle von Suffocation gezeigt hatten und den Erstickungstod gestorben waren, oder wo umgekehrt der Kranke sich wieder erholte, nachdem er unter den heftigsten Stick- und Hustenanfällen einen oder mehrere Spulwürmer ausgeworfen.

Derartige Fälle wurden besonders von Aronssohn in Strassburg berichtet [1]), und selbst Guersant sah sich dadurch veranlasst, seine frühere Ansicht zu berichtigen [2]). Seit dieser Mittheilung Aronssohn's scheint nichts weiter von Belang darüber bekannt worden zu sein. Die grosse Seltenheit dieser Fälle nun, zumal solcher, welche schon im Leben genau genug beobachtet und diagnosticirt, bei der Leichenöffnung aber bestätigt worden, veranlasst mich, folgenden Fall des Weitern zu berichten, welchen ich in meiner Klinik zu Dorpat zu beobachten Gelegenheit hatte, und der auch in anderer Hinsicht dem Arzte einiges Interesse gewähren dürfte.

Lena H., ein 19jähriges, esthnisches Mädchen, wurde den 13. März 1847 in die Klinik aufgenommen. Sie zeigt ein schlechtes, kachektisches Aussehen, etwas gedunsen, zumal im Gesicht, ist unruhig, ängstlich, ächzt fast beständig, und stinkt in hohem Grade aus dem Munde. Soweit sich aus ihren unklaren Antworten ermitteln lässt, hat sie noch

[1]) Arch. génér. de méd. t. X. 1836.
[2]) Dictionnaire de méd. t. XXX. 1846.

Feuilleton.

Wien und die Wiener Schule.

Von

Dr. L. Büchner in Darmstadt.

(Fortsetzung aus No. 46.)

Der anspruchslose Rokitansky bietet in Charakter und Einfachheit der Erscheinungsweise viele Aehnlichkeit mit Skoda. Obgleich in Verhältnissen lebend, die nichts weniger als glänzend sind, hat er bis jetzt durch die enormsten buchhändlerischen Anerbietungen nicht bewogen werden können, eine zweite Auflage seines berühmten Werkes zu veranstalten. Wie man sagt, behindere ihn daran ein Uebermaass der Bescheidenheit, welches ihn glauben lasse, noch nicht hinreichend für ausgiebige Verbesserungen und Vervollständigungen gearbeitet zu haben. So hätte vorerst das grössere Publikum von seinem bedeutenden Fleiss nichts zu erwarten, mit Ausnahme einer Arbeit über Hüftkrankheiten, die ihn gegenwärtig beschäftigt. Der erste Anblick erkennt in Rokitansky's Physiognomie leicht den Denker, und möchte er vielleicht unter seinen Collegen der geistig bedeutendste genannt werden dürfen. Gross als Forscher, macht ihn sein zurückhaltendes, schweigsames Wesen weniger tauglich als Lehrer; seine in einem monotonen Vortrag gehaltene Vorlesung wird vorzugsweise von den dazu verpflichteten Oesterreichern besucht [1]).

Täglich in der Frühe finden wir ihn in der Leichenkammer, meist beschäftigt bei den gerichtlichen Sectionen, welche gleichzeitig mit den Hospitals-Sectionen, jedoch in einem getrennten Raume, abgehalten werden und in Folge sehr anerkennenswerther Liberalität nicht weniger als jene für den Zutritt des ärztlichen Publikums jederzeit offenstehen. Die Leichenkammer selbst, ein kleines Hintergebäude in einem der äussersten Höfe, mit dem unbequemen dunkeln Sectionsstübchen, contrastirt komisch genug mit der Fülle von Licht, die von ihr ausging. 10—15 Leichen liefern hier täglich ein Beobachtungsmaterial, wie es kaum irgend sonst wo an einem Orte und unter einer Hand versammelt sein möchte. Auf einem alten, durch den Gebrauch beinahe ruinirten Steintisch folgen sich die durch den Assistenten Roki-

[1]) Früher gab R. selbst einen Cursus für fremde Aerzte, der in jeder Beziehung ausgezeichnet war. Zu einer Stunde täglich verpflichtet, hielt er meistens 2½ Stunden mit nicht ermüdendem Eifer. Mit mir werden sich noch Viele dankbar dieser Vorträge und praktischen Uebungen erinnern. G.

nie menstruirt, ist früher immer gesund gewesen, ausser dass sie vergangenen Herbst einmal Blut ausgehustet. Ihr Vater ist längst verstorben, ihre Mutter aber wie ihre Geschwister — sämmtlich älter als sie selbst — sind alle noch am Leben und gesund. Vor 6—10 Wochen sei sie an Husten, Schmerzen auf der Brust, in den Gliedern, im Kopf und an Fieber erkrankt, ihr Befinden sei immer schlechter geworden, und die letzten 4 Wochen her habe sich jeden andern Tag Morgens und Mittags ein heftiger Frostanfall eingestellt mit darauf folgender Hitze, während sie am zwischenliegenden Tag bloss von einem solchen Fieberanfall heimgesucht worden. Erst mit den letzten Tagen stellten sich täglich 2 Frostanfälle ein.

Ihr Athem ist sehr beschleunigt, 50 in der Minute, dabei ungleich, zuweilen keuchend. In den letzten 24 Stunden hat sie über 10 Unzen purulenten, stinkenden Auswurf ausgehustet, welcher unten einen dicken, eiterartigen Satz ohne Klümpchen, Blut u. s. f. abgelagert hat.

Die Brust ist gut gebaut, giebt bei der Percussion vorne auf beiden Seiten einen tympanitischen Ton, besonders gegen oben; auf der Rückenfläche ist der Percussionston gleichmässig sonor, bloss gegen oben auf beiden Seiten etwas gedämpft. Das Athmen ist auf der rechten Brust oben unter dem Schlüsselbein nur schwach zu hören, aber mit einem hellen, fast amphorischen Ton, ohne alle Rasselgeräusche; auch giebt hier der Husten, die Stimme eine starke Resonanz, so ziemlich wie bei der Pectoriloquie. Gegen die untere Partie der Brust hört man auf beiden Seiten und vorne wie hinten ein kurz abgestossenes, etwas rauhes und zumal neben der Wirbelsäule wirklich bronchiales Athmen, mit feinem Rasselgeräusch in den untersten Partien. Herz normal; Puls 100, ziemlich voll, weich. Die Haut fühlt sich heiss und trocken an, während die Kranke über Frost klagt. — Beim Husten fühlt sie keine Schmerzen in der Brust, wohl aber im ganzen Unterleib; dieser ist überhaupt empfindlich gegen Druck, zumal unter den kurzen Rippen beiderseits, auch in der Magengegend. Die Leber scheint — nach dem gedämpften Percussionston in grösserem Umfang zu schliessen — vergrössert, nicht aber die Milz. — Mund, Rachen, Nasenhöhle zeigen nichts Abnormes; nur die Zunge ist trocken, hinten weisslich belegt. — Durst in hohem Grade, kein Appetit, übrigens ohne Uebligkeit oder Erbrechen; mehrere dünne Stühle in 24 Stunden, womit zugleich fast aller Harn abgeht; — der wenige für sich gesammelte Harn ist ziegelfarb, sehr trübe, reagirt sauer.

Mittags 1 Uhr — einige Stunden nach der ersten Besichtigung — stellt sich ein heftiger Schüttelfrost ein, während die Haut sich so heiss wie früher anfühlt, und das Thermometer in der Achselhöhle + 33° R. zeigt. — Der Kopf ist frei.

(Die Diagnose schwankt zwischen acuter Tuberculose der Lungen und Pneumonie in einem spätern Stadium eiteriger Infiltration, vielleicht mit Uebergang in Gangrän, mit sogenannter Pyämie. — 6 Schröpfköpfe auf die Brust. *Inf. Herb. Digit.* mit 2 Gr. Brechweinstein. — ¼ Kost.)

Die beiden folgenden Tage wiederholten sich Morgens 7 Uhr und gegen Mittag die Frostanfälle; der Puls steigt auf 120; die Brustsymptome wesentlich die alten, doch ist das Athmen noch schwieriger geworden. Die Kranke liegt immer auf der rechten Seite, wird bei jedem Versuch, auf dem Rücken zu liegen oder sich aufrecht zu setzen, sogleich von Hustenreiz und Athemnoth befallen. Auf der ganzen Brust hört man stärkere Rasselgeräusche, besonders oben auf der rechten Seite.

16. März. Als die Kranke — nach einer ziemlich erträglichen Nacht — Vormittags zwischen 11 und 12 Uhr auf die Bettschüssel gesetzt werden sollte, stösst sie plötzlich einen dumpfen Schrei aus, und sinkt unter der heftigsten Athemnoth der Wärterin in die Arme, ohne ein Wort herauszubringen. Etwa 10 Minuten nachher finde ich sie mit leichenblassem, entstelltem Gesicht daliegend, auf der linken Seite, nicht wie früher auf der rechten, todesschwach, die Augen halbgeschlossen, den Bulbus nach oben gerollt — mit Anstrengung keuchend, ächzend. Sie kann nicht reden, giebt auch sonst auf keine Weise Auskunft, vermag nichts zu schlingen. Athem 45—50 in der Minute, mit starkem Spiel der Nasenflügel beim Ein- und Ausathmen, Puls 110, klein, etwas ungleich. Im Spuckglas sind seit gestern Abend gegen 6 Unzen schmutzig-grauliche und gelbliche Sputa, mit einzelnen Blutstreifen gemischt, stinkend wie immer; aus dem Munde fliesst etwas Blut mit Mundflüssigkeit gemischt. Die rechte Brust, welche allein untersucht werden kann, giebt einen tympanitischen Ton, und man hört dort eine schwache, etwas dumpfe amphorische Respiration, wie wenn die Luft durch einen grossen leeren Raum striche. — Eine halbe Stunde später steigt der Puls auf 160, der Athem auf 55 in der Minute; es stellt sich wieder Husten ein, doch ohne Auswurf.

(Senfteige auf die Waden; Reibungen mit warmem Campher-Essig.)

Abends 7 Uhr ist das Athmen wieder etwas leichter geworden; Puls 120, Haut trocken und heiss. Die Kranke liegt gegen die linke Seite geneigt, ächzt und stöhnt beständig, antwortet auf keine Frage, scheint übrigens bei Bewusstsein; die Augen sind geschlossen, jedoch beim Oeffnen normal, auch die Pupille. Beim Husten werden jetzt wieder Sputa — vermischt mit etwas Blut — entleert, welche sie aus dem Mundwinkel fliessen lässt. Bauch ziemlich klein, nicht gespannt, nicht empfindlich beim Druck; seit Mittag war sie einmal zu Stuhl gewesen. Die Untersuchung der Brust, des Herzens, des Kehlkopfs ergeben nichts Besonderes und Neues; eine Untersuchung des Rachens ist unmöglich.

Die Kranke stirbt in der Nacht, ohne vorher weitere Zufälle gezeigt zu haben. —

Ich gestehe, dass mich die Diagnose jenes plötzlichen Anfalls bei unserer Kranken mit Allem, was ihn begleitete und ihm nachfolgte, — dass mich die Beantwortung der Frage, was hier mochte vorgegangen sein, in einige Verlegenheit brachte. Nur so viel war so ziemlich sicher, dass wenn überhaupt — wie wahrscheinlich — auf einmal eine neue Störung oder Alteration eingetreten war, dieselbe vor allem die Luftwege werde betroffen haben, nicht wohl das Gehirn oder Herz, die grösseren Gefässstämme. Weiter natürlich musste das Urtheil darüber abhängen von der Ansicht über die ganze bisherige Krankheit, und die ihr zu Grunde liegenden Alterationen, zumal der Lungen selbst. Dass wir es nun mit Tuberculose dieser letzten zu thun hatten, war bei dem guten Bau der Brust, bei dem ganzen übrigen Zustande der Kranken, bei der Gesundheit ihrer Mutter, Geschwister ziemlich unwahrscheinlich geworden, während umgekehrt z. B. die Beschaffenheit des Auswurfs und zumal ihr anhaltender bedeutender Gestank in Verbindung mit dem ganzen Complex der übrigen Symptome eine Gangrän des Lungenparenchyms immer wahrscheinlicher machten. Für einen etwa plötzlich entstandenen Pneumothorax fehlten die charakteristischen physikalischen Symptome, während anderseits ein solcher wohl so wenig als das etwaige rasche Eintreten eines Lungenödems, einer Lungenapoplexie — oder etwa der Erguss einer Caverne, eines Abscesses oder erweichter Bronchialdrüsen in die Luftröhre, in den Pleurasack, die plötzlichen und so heftigen Zufälle bei unserer Kranken erklärlich zu

---

tansky's oder einen Gehülfen desselben ausgeführten Sectionen einander in einer rapiden Geschwindigkeit, nur sichtbar für die Wenigen, die gerade den Rand des Tisches umstehen. Reden hört man nur dann, wenn der Assistent dann und wann ein Befundprotokoll diktirt, das indessen trotz seiner Kürze nicht im Stande ist, gleichen Schritt mit dem Verlauf des Befundes selbst zu halten, so dass man nicht selten komischer Weise über den Befund der Kopfhöhle diktiren hört, während die Bauchhöhle bereits in Untersuchung ist. Um 8 Uhr beginnt man, um 9, höchstens 10 Uhr sieht man bereits die Diener mit zufriedenen Gesichtern den Tisch abwischen. Bei ganz besonderen Vorkommnissen ruft man Rokitansky aus dem Nebenzimmer herbei, aus dessen Munde wir uns jedoch nicht erinnern, bei solcher Gelegenheit irgend ein Wort vernommen zu haben. Die Schüler oder Aerzte, welche einen wirklichen Nutzen aus der Leichenkammer ziehen wollen, nehmen den Privatcursus des Assistenten an, welcher darin das Merkwürdigste des täglichen Befundes aufzeigt und eine Section ausführen lässt. Rokitansky besass in den letzten Jahren kurz nach einander 4 Assistenten. Mit dem geistreichen Engel, dem jetzigen Professor in Prag, der ihn selbst einigermassen in den Schatten zu stellen drohte, konnte er sich nicht vertragen; der kaum minder tüchtige Koletschka starb; Bauthner, der am meisten gerühmt wird, musste im October flüchten und bekleidet jetzt eine einflussreiche ärztliche Stellung im Orient. Der jetzige Assistent, Dr. Häschel, mag vielleicht durch die Bescheidenheit seiner Ansprüche Rokitansky am meisten zusagen [1]). Man erstaunt mit Recht, wie man die Leichenkammer, diesen Glanz- und Kernpunkt des Wiener Ruhms, an äusserer Ausstattung und Zahl der Angestellten so sehr vernachlässigen könne. Wie kann die Kraft eines Einzelnen ausreichen, diese Masse des Materials für Unterricht und Wissenschaft möglichst nutzbar zu machen? und zwar in Räumen, die alle Nachtheile der Unbequemlichkeit in sich vereinigen? Die Ursachen dieser Erscheinung liegen theils in der bescheidenen Persönlichkeit R.'s, theils in der Abneigung der österreichischen Regierung, welcher die Leichenkammer, als eine vermeintliche Schule des religiösen und politischen Unglaubens, ein Dorn im Auge sein soll. Freilich ist die freie Forschung überall dieselbe; und wer sie scheut, mag sie selbst da nicht freigeben, wo sie am wenigsten gefährlich erscheinen möchte. Abgesehen davon, scheint man überhaupt in Oesterreich jetzt mehr als je jede Geldausgabe für wissenschaftliche Zwecke zu scheuen.

[1]) Diese Angaben sind nicht ganz genau. Koletschka war bereits in der ersten Hälfte der Dreissiger Jahre Assistent, es erstreckt sich also die Reihe der hier erwähnten Assistenten ziemlich weit zurück, er ist auch nicht in seiner Stellung als Assistent R.'s gestorben. Dann ist Dlauby ganz ausgelassen. G.

machen schienen. Eben so unwahrscheinlich war ein einfacher Glottiskrampf bei einer Erwachsenen; dem plötzlichen Eintritt eines Glottisödems aber widersprach die spätere Abwesenheit wirklicher Strangulationssymptome, das laute, obschon gedämpfte Brüllen der Kranken beim Anfall selbst, der Mangel eines Geräusches oder sonstiger abnormer Töne im Kehlkopf u. s. f. Weil aber einmal der ganze Zustand der Kranken zugleich mit der Kürze der Zeit einer genügenden und wiederholten Untersuchung im Wege standen, so liess sich auch keine bestimmte Prognose der Alterationen riskiren, die sich in der Leiche vorfinden würden. Nur so viel konnte ich meinen Praktikanten nach Erwägung aller Symptome und der Art ihrer Aufeinanderfolge als sehr wahrscheinlich voraussagen, dass sich wohl ausser den früheren Alterationen des Lungenparenchyms u. s. f. noch etwas Besonderes dürfte ereignet haben. Unter all den Möglichkeiten aber, an die hier zu denken war, wurde auch jener Fälle gedacht, wo Spulwürmer in die Luftwege eingedrungen.

Die Leichenöffnung wurde 30 Stunden nach dem Tode vorgenommen.

Kopfhöhle: Schädel von normaler Dicke, *Sinus longitudinalis* fast leer von Blut; die Venen der *Pia mater* auf der Gehirnoberfläche enthalten viele Luftblasen, zumal auf der rechten Seite. Gehirn selbst normal, nicht blutreich, von ziemlich zäher Consistenz; in jedem Seitenventrikel etwa ein Theelöffel voll klares Serum.

Brusthöhle: Beim Punktiren beider Pleurasäcke entweicht kein Gas. Die rechte Lunge ist durch alte, dichte Pseudomembranen innig mit den Rippen verwachsen, zumal oben und mit dem Zwerchfell; desgleichen sind alle Lappen der rechten Lunge unter sich dicht verwachsen. Kein Erguss im Pleurasack. Die rechte Lunge selbst zeigt eine schmutzig braunrothe Farbe in ihren hinteren Partien; die vorderen Partien aller drei Lappen sind emphysematös, blutarm, trocken. — Die grösseren Bronchien ergiessen in Menge einen schmutzig gelben und graulichen purulenten Schleim, untermischt mit Blut; die Schleimhaut der Bronchien ist theilweise blass, stellenweise düster geröthet, besonders gegen die Luftröhre zu. Die Lungenwurzel zeigt sich hepatisirt, mürbe, zugleich ödematös, auf der Schnittfläche jedoch ohne deutliche Granulationen; ausgeschnittene Stücke halten nur wenig Luft, sinken übrigens im Wasser nicht unter. Die hinteren Partien aller Lappen der rechten Lunge sind in obiger Weise verändert, doch vorzugsweise am oberen Lappen. In diesem allein ist die ganze hintere Partie in eine schmutzig braune und grünliche, structurlose, mürbe und für den Finger leicht durchdringliche Masse verwandelt, welche keine Luft mehr enthält und einen starken Gestank verbreitet, — mit allmäligem Uebergang in die einfach hepatisirten und serös infiltrirten Partien. Mitten in jener gangränösen Partie — doch zunächst von compacterer Lungensubstanz umgeben — in der Nähe der Eintrittsstelle der grossen Bronchien ist eine Caverne etwa von der Grösse einer Welschnuss, mit irregulären, buchtig ausgeschweiften Rändern. Ihre Innenfläche ist stellenweise von einer schmutzig braunen und grünlichen diphtheritischen Schichte oder einer Art Pseudomembran bedeckt, welche sich an anderen Stellen abgelöst hat und in Fetzen herabhängt. In die Höhlung münden an einer Seite mehrere kleine Bronchien. Die Bronchialdrüsen sind bedeutend vergrössert, und wie die Lungensubstanz selbst (in den Winkeln der Bronchien) fest, derb, halb indurirt und von schmutzig braunrother oder grünlicher Farbe. — Auf den Durchschnittsflächen der vorderen Partien sämmtlicher drei Lappen fliesst überall ein purulenter Schleim aus den durchschnittenen Bronchien. Im mittleren und unteren Lappen, welche das Emphysem in stärkerem Grade zeigen als der obere, sind die Bronchien auffallend erweitert, cylindrisch, von der Form eines Handschuhfingers, an vielen Stellen aufgeschnitten wohl $^3/_4$ Zoll im Querdurchmesser, ihre Schleimhaut stellenweise leicht gewulstet, düsterroth gefleckt.

Die linke Lunge erweist sich in ihren hinteren Partien stark ödematös und spleniairt, doch lufthaltig; auch ihre Bronchien sind cylindrisch erweitert, nur in viel geringerem Grade, als in der rechten Lunge. Im linken Pleurasack befinden sich etwa 6 Unzen blutiges Serum; die Pleura selbst ist durchaus blass, nur auf dem das Zwerchfell überkleidenden Brustfell erscheinen einige Venennetze.

Der Herzbeutel enthält gegen 5 Unzen klares Serum; die rechte Herzkammer ist in geringem Grade erweitert, die Wandungen des linken Ventrikels mässig hypertrophisch, ihr Muskelfleisch ziemlich schlaff und mürbe. Im linken Herzen befindet sich nur wenig dünnflüssiges Blut, im rechten einige mit Serum durchdrungene Faserstoffgerinnsel. Alle Klappen normal; desgleichen Aorta, Lungenarterie und Lungenvenen; letztere enthalten nur wenig dünnflüssiges Blut.

Kehlkopf: Beim Oeffnen desselben sieht man unter der Stimmritze das Stück eines Spulwurmes schlingenförmig herabhängen in den Kehlkopf, während sein anderes Ende aus dem Eingang des Kehlkopfes — hinter der Epiglottis — in den Schlund hinüberhängt. Die Länge des Spulwurmes beträgt $6^1/_2$ Zoll. Die Stimmritze wird nicht vollständig, doch nahezu, durch diese Schlinge des Wurmes ausgefüllt. Die Schleimhaut des ganzen Kehlkopfes wie der Luftröhre ist blass, überhaupt normal.

Bauchhöhle ist frei von jedem Erguss; auch Netz, Gedärme, Gekröse zeigen sich beim äussern Anblick gesund. Dagegen fällt die Leber sogleich durch ihre Grösse auf, indem sie 3 Zoll unter den kurzen Rippen hervorragt. Die convexe Fläche des grossen Lappens ist überall fleckweise getrübt, missfarbig, stellenweise schmutzig roth und bräunlich grün, selbst schwärzlich. Auf Durchschnitten sieht man die meisten dieser missfarbigen Stellen $^1/_2$ — 1 Linie tief in die Lebersubstanz sich hineinerstrecken, manche sogar 2 Zoll und tiefer, und ohne scharfe Abgrenzung gegen das umgebende Parenchym der Leber. Bei genauerer Untersuchung (deren Detailschilderung ich hier unterlasse) ergiebt sich, dass an diesen Stellen die feineren Gefässträubchen mit einem schmutzig gelben und graulichen Eiter gefüllt sind, so dass sich hier die peripherischen Verästelungen der Pfortader im Zustande capillärer Phlebitis zu befinden schienen. Zugleich sind viele dieser missfarbigen Stellen nach innen zu erweicht, selbst breiartig, und stellen so — nach Entfernung ihres Inhalts mittelst des Scalpellrückens — kleine Abscesshöhlen dar. Auch in der Tiefe der Lebersubstanz — besonders in der Nähe grösserer Pfortaderzweige — zeigen sich auf den Durchschnittsflächen unregelmässig rundliche Stellen von $^3/_4$ — 1 Zoll Durchmesser, welche durch ihre schmutzige, düsterrothe und braune Farbe, wie durch ihre weichere Consistenz auffallen, jedoch ohne scharfe Abgrenzung von der Lebersubstanz rings herum. In der Mitte des rechten Leberlappens sitzen zwei kleine Abscesshöhlen, welche durch die schön orangegelbe Färbung ihrer Wandungen auffallen; beide sind leer. In der Gallenblase nur wenig braungelbliche, dickflüssige Galle.

Die Milz ist wenig vergrössert, etwas in die Länge gestreckt, von schmutzig rothbrauner Farbe, durchaus erweicht, fast zerfliessend; an der convexen Fläche befinden sich einige missfarbige Stellen, wie auf der Leber. Beim Einschneiden findet sich im Innern des Milzparenchyms an vielen Stellen capilläre Phlebitis, und nach aussen gegen die

---

Bedenkt man dabei die überaus kärgliche Besoldung der Angestellten des Hospitals, und hört man die täglichen Klagen über Vernachlässigung der Anstalt selbst, so wird man wohl geneigt sein, das, wodurch bis da die Medicin in Oesterreich eine bedeutende Stufe erklommen hat, weniger dem guten Willen des Gouvernements zuzuschreiben, als — der Gunst der Umstände. — Was nun die eigentliche Behandlung der pathologischen Anatomie in Wien anlangt, so wird, abgesehen von Rokitansky's Arbeiten, für deren wissenschaftlichen Fortschritt im gegenwärtigen Moment beinahe nichts geleistet. Die „grobe Arbeit", wenn wir so sagen dürfen, in dieser Disciplin ist gemacht, und Neues möchte hier kaum noch gefunden werden; aus diesem Wiegenzustand einer Notizensammlung kann sie wohl nur durch die mit Hülfe der Chemie und Mikroskopie angestellten Forschungen nach innerem Grund und Zusammenhang der pathologischen Processe zu dem Rang einer Wissenschaft erhoben werden. Jüngere Kräfte, welche in diesem Sinne arbeiten, existiren in Wien kaum, während es in Deutschland daran nicht fehlt. So möchte auch die Herrschaft der pathologisch-anatomischen Schule, falls man nicht andere Anstrengungen auf die bisherige Erschlaffung folgen lässt, aus Wiens Händen in andere übergehen und der Leichenkammer des allgemeinen Krankenhauses vielleicht nur der Ruhm bleiben, der ihr nicht streitig gemacht werden kann, nämlich die am reichlichsten sprudelnde Quelle des ärztlichen Studiums zu sein. Wie sehr man dies in Wien, vielleicht unbewusst, aber doch empfindet, könnte uns ein kürzlich in der Hebra'schen Zeitschrift erschienener und das neue Werk Förster's kritisirender Aufsatz aus Dr. Häschel's Feder lehren, worin dieser eine Lanze bricht gegen die „Theorien und Philosophien" der Neueren; während doch kaum in einer Branche des ärztlichen Wissens die Neueren solidere und wichtigere Entdeckungen gemacht haben. Aber was man nicht begriff oder begreifen wollte, hat man von je Theorien und Philosophien genannt. Zum Schluss noch die Bemerkung, dass die Virchow'sche Ansicht, wonach die Erweichungsprocesse der Lungen und Luftwege meist durch Ueberfliessen der Magenflüssigkeiten beim Leichentransport entstehen sollen, sehr bei dem an Wahrscheinlichkeit gewinnt, der in Wien die Leichen transportiren und auf die roheste Weise bei den Beinen umherschleifen sieht.

Den medicinischen Kliniken folgen von $8^1/_2$ — $10^1/_2$ Uhr die beiden chirurgischen der Herren Schuh und Dummreicher, denen indess ausser den klinischen Sälen noch anderweitige Abtheilungen untergeben sind. Dies, sowie die bedeutende Ambulance und nicht wenige wichtige Fälle, die von Aussen zureisen, machen dieselben sehr lehrreich und wechselvoll und liefern anhaltend ein grosses Operations-

Oberfläche zu sitzen zwei kleine Abscesshöhlen (die grösste ¼ Zoll lang), welche mit einer braunröthlichen Jauche gefüllt sind. Pfortader, Hohlvene, Pancreas zeigen nichts Abnormes, eben so wenig Gebärmutter, Ovarien, Harnblase, Darmkanal und Magen. In letzterem befinden sich 5 Spulwürmer, im Dünndarm 8—12, im Schlund aber keine. Beide Nieren sind vergrössert, zumal die linke; — ihre äussere Kapsel ist verdickt, die Nierenoberfläche mit einzelnen braunröthlichen Flecken besetzt, und beim Durchschneiden ergiesst sich dünnflüssiges Blut in grosser Menge. Die Nierensubstanz selbst ist blass, matsch, brüchig, Rinden- und Tubularsubstanz ziemlich verwaschen. —

Es liegt nicht in meiner Absicht, hier in eine weitere Betrachtung der in unserem Falle vorgefundenen Alterationen, jener capillären Phlebitis, der sogenannten metastatischen Abscesse in Leber, Lungen u. s. f. einzugehen. Nur die Frage interessirt uns hier, ob und in welchem Nexus der in der Stimmritze vorgefundene Spulwurm mit jenem Stickanfall vor dem Tode, wie mit dem tödtlichen Ausgange selbst gestanden haben möge? Es fragt sich also weiter, ob jener Anfall u. s. f. schon durch die anderen bei unserer Kranken vorgefundenen Alterationen, zumal der Lungen, hinlänglich erklärt werden kann oder nicht, und ob somit im letzteren Fall jener fremde Körper schon im Leben, nicht erst nach dem Tode werde eingedrungen sein, und wesentlich zur Entstehung jenes Stickanfalles u. s. f. werde beigetragen haben? — Die Antwort hierauf fällt aber um so schwieriger, als die Athmungsorgane u. s. f. wahrlich Zerstörungen genug darboten, um nicht allein bedeutende Athmungsbeschwerden, sondern auch endlichen Erstickungstod begreiflich zu machen. Aehnliche Stickanfälle sind ja schon bei einfacher Pneumonie nicht so selten; ich selbst sah welche, z. B. bei Pneumonie alter Leute, 20—40 Stunden dem Tode vorangehen. Auch ist bekannt, dass oft plötzlicher Tod ohne halbwegs so tiefe Alterationen wichtiger Organe, wie bei unserer Kranken, eintreten kann [1]). Ich für meinen Theil wage daher obige Frage nicht zu entscheiden. Vielleicht dass beide Ursachen in unserm Fall eine Rolle spielten. Denn obschon die Kranke beständig mehr oder weniger Athembeschwerden zeigte, so geht doch aus der Krankengeschichte hervor, dass wohl zu Störungen von Seiten der Lunge u. s. f. auf einmal noch ein weiteres Hinderniss des Athmens getreten sein dürfte. Während die Kranke bisher relativ ruhig, mehr oder weniger schlummersüchtig dagelegen, fährt sie auf einmal mit dumpfem Brüllen in die Höhe, zu ersticken drohend, halb ohnmächtig. Bei der so bedeutenden Erschöpfung und vorherigen Passivität unserer Kranken aber, bei dem gewöhnlichen indolenten passiven Wesen der Esthen überhaupt — auch bei den schwersten und schmerzhaftesten Leiden — kann wohl auf obiges Benehmen der Kranken ein doppeltes Gewicht gelegt werden.

Aber gesetzt den Fall, das Verschliessen der Stimmritze durch den Spulwurm habe jenen Stickanfall, und weiterhin sogar den tödtlichen Ausgang mehr oder weniger veranlasst, so fragt sich noch, warum er nicht bei den folgenden Hustenanfällen wieder ausgeworfen worden? und warum nachher die relative Besserung der Athemnoth u. s. f., trotz der Gegenwart eines Wurmes in der Stimmritze, und warum endlich der erst viele Stunden später eingetretene Tod? — Zur Erklärung dieser scheinbaren Widersprüche fehlt es indess keinesweges an den verschiedensten Möglichkeiten. So haben wir vor Allem keine Beweise dafür, dass der Spulwurm, wenn er überhaupt im Momente jenes Stickanfalles in die Luftwege eingedrungen, gerade dieselbe Lage in der Glottis gehabt haben werde, in welcher wir ihn in der Leiche gefunden. Möglicherweise konnte er z. B. vom Schlunde aus seinen Vordertheil nur auf kurze Zeit in den Kehlkopf hereingedrängt und sich später wieder zurückgezogen haben, um vielleicht während der letzten Züge unserer Kranken aufs Neue seine Invasion in die Luftwege vorzunehmen. Oder konnte er umgekehrt gleich anfangs tiefer in die Luftröhre herabgesunken, und erst später — vielleicht in Folge des Hustens, der angestrengteren Exspiration — wieder in den Kehlkopf oder Schlund zurückgeworfen worden sein? — Ferner wissen wir ja, dass zu den verschiedensten materiellen Alterationen des Kehlkopfes (z. B. bei Croup, Glottisödem), wie der Athmungsorgane überhaupt, noch diese und jene Störungen der sogenannten Innervation, der Athemnerven und contractilen Gewebe, als sogenanntes nervöses Element der Krankheit hinzuzutreten pflegen, z. B. Krampf der Stimmritze, asthmatische Zufälle. Wenn aber, wie so häufig, die Athembeschwerden, die Sticknoth des Kranken durch diese letzteren Störungen in noch höherem Grade veranlasst werden, als gerade durch die palpablen Alterationen des Kehlkopfes, des Lungenparenchyms an und für sich, so liesse sich auch unschwer begreifen, warum bei unserer Kranken z. B. in Folge nachlassenden Glottiskrampfes die heftigste Sticknoth der ersten Augenblicke wieder nachlassen konnte, trotz der fortdauernden Gegenwart der Wurmschlinge in der Stimmritze. Auch liesse sich bei einer so erschöpften, dem Tode ohnedies so nahen Kranken noch leichter als bei manchem andern begreifen, warum es zu keinen weiteren heftigeren Stickanfällen gekommen, warum vielmehr das Leben vollends sachte und mit relativer Ruhe erlöschen konnte.

Vergleichen wir unseren Fall mit anderen bisher bekannt gewordenen ähnlicher Art, so zeichnet er sich vor allen durch den Sitz des Spulwurmes gerade in der Stimmritze aus, und zwar in der Weise, dass die vorderen zwei Drittheile seines Körpers hier eine Schlinge bildeten, während der andere Theil in den Schlund hinüberhing. Denn stelle ich die mir bekannten, in der Literatur verzeichneten Fälle zusammen, so befanden sich die Spulwürmer:

1) in einem Fall (Haller) im Rachen und zugleich tief unten in der Luftröhre;
2) unten in der Luftröhre und im rechten Bronchus [1]) in zwei von Aronssohn beobachteten Fällen, in einem von Blandin, endlich in einem von Höring mitgetheilten Fall (vergl. Aronssohn l. c.).

Die Erscheinungen am Kranken selbst waren in allen Fällen mehr oder weniger dieselben gewesen, wie in unserem Fall, obschon sich a priori erwarten lässt, dass sie je nach dem Sitze der Spulwürmer, je nach dem vollständigeren oder unvollständigeren Verschliessen der Stimmritze, Luftröhre, Bronchien durch dieselben, je nach dem Grade hinzutretender krampfhafter Contractionen u. s. f. immer wieder einige Modificationen zeigen werden. Immer war jedoch der Stickanfall plötzlich und unerwartet eingetreten und rasch wieder vorübergegangen; auch kehrte derselbe nicht leicht zum zweiten Male zurück. — Unser Fall unterscheidet sich aber wieder von den bisher bekannt gewordenen besonders dadurch, dass die Kranke nicht gehustet, und eben so wenig mit der Hand an den Hals gegriffen, oder meines Wissens über ein Hinderniss, einen fremden Körper im Halse u. dergl. geklagt hat. Dies

[1]) Vergl. Louis, Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques p. 457 ff.

[1]) Die Gründe, warum sich überhaupt fremde Körper, die in die Luftwege eingedrungen, vorzugsweise in der rechten Lunge und im rechten Bronchus vorzufinden pflegen, besonders in Folge der Richtung und grösseren Weite dieses letzteren, hat u. A. Jobert erst in diesem Jahre in der Académie des sciences genauer auseinandergesetzt. (Vergl. Gaz. des Hôp. No. 56. Mai 1851.)

Material. Die Einrichtung der für Operationen und Ambulance bestimmten Säle ist zweckmässiger, als wir sie sonst irgendwo sahen. Schuh besitzt einen wohlbegründeten Namen, er ist ein besserer Diagnostiker, der jüngere Dummreicher ein gewandterer und kühnerer Operateur. Die Eifersucht zwischen beiden ist so gross, dass sie, im Auftrag der Regierung nach London geschickt, zu verschiedenen Zeiten reisten. Aus Schuh's Feder ist in diesen Tagen ein Buch über die „Erkenntniss der Pseudoplasmen" erschienen, das er in der Vorrede mit allzugrosser Bescheidenheit als nur für seine Schüler geschrieben ankündigt und in dem er von dem Herbeiziehen chemischer und mikroskopischer Untersuchungen in einer Weise spricht, als hätte er damit mehr einer Mode gehuldigt. Wir hätten von dem geist- und kenntnissreichen Mann eine andere Sprache erwartet. Von wem anders soll das ärztliche Publikum umfassende und den Fortschritt einer Disciplin bedingende Arbeiten verlangen, als von Männern, denen der Objectenreichthum in solcher Weise gegeben ist, und die schon in ihrer Stellung eine Verpflichtung gegen die wissenschaftliche Welt erblicken sollten? Und wenn auch die Einflüsse jener Hülfswissenschaften dem Praktiker derzeit noch als unbedeutend erscheinen mögen, so sollte er doch nicht verkennen, dass sich dieses Verhältniss mit der Zeit ändern wird und muss. — Von erwähnungswerthen Operationen sahen wir bei Dummreicher die 4 Mal wiederholte Galvanopunctur eines grossen Aneurysma der Schenkelarterie mit ziemlich günstigem Erfolg; eine partielle Zungenexstirpation; sehr zahlreiche Exstirpationen der Mamma, welche nach D.'s Erfahrung selten Recidive zur Folge haben; endlich die durch einen Assistenten ausgeführte Exstirpation eines über den Kreuzwirbeln gelegenen Lipoms bei einer Frau, welche durch Anstechen einer darunter gelegenen und vorher unbekannten hydrorhachitischen Geschwulst in wenigen Tagen tödtlich wurde. Eine Zerbrechung anchylosirter Kniegelenke lässt Schuh ohne Maschine verrichten. Ueberhaupt schenkt man der Orthopädie eine gebührende Aufmerksamkeit. Das *Genu valgum* operirt Dummreicher nie durch die zu keinem Ziel führende Tenotomie, sondern durch langsamen Maschinendruck. Künstliche Gliedmaassen konnten bis jetzt, trotz der Geschicklichkeit und Eleganz des Wiener Arbeiters, nicht so construirt werden, dass sie sich besser als ein Stelzfuss erwiesen hätten. Die Extension bei Querbrüchen der Knochen hält D. nicht für nöthig, bei Schiefbrüchen nicht für möglich, weil sie nicht vertragen werde. Den Kleisterverband beginnt man allmälig, vieler Nachtheile wegen, wieder zu verlassen. Die Anwendung der feuchten Wärme geschieht nicht mehr durch Cataplasmen, sondern durch feuchte Linnen, die man mit Wachstaffet bedeckt, eine namentlich in Hospitälern der Reinlichkeit und Luftbeschaffenheit sehr zuträgliche

Alles dürfte sich indess aus dem ganzen Zustande unserer Kranken, wie aus der gewöhnlichen Passivität und Indolenz des esthnischen Volkes unschwer erklären. Umgekehrt schien die Sticknoth unserer Kranken im Anfalle selbst heftiger gewesen zu sein, als in anderen bekannt gewordenen Fällen, und der Grund hiervon könnte wohl vorzugsweise in dem ungewöhnlichen Sitze des Spulwurmes — nämlich in der Stimmritze selbst — zu suchen sein.

Bei weitem die Mehrzahl ähnlicher Fälle ist bis jetzt bei Kindern beobachtet worden; nur ein einziger Fall unter 6, welche Aronssohn zusammengestellt hat, hatte einen 52jährigen Mann betroffen, — der unsere ein erwachsenes Mädchen. Auch begreift sich unschwer, dass ein solches Ereigniss in Ländern, wie z. B. Livland, wo Spulwürmer bei Erwachsenen so häufig vorkommen wie bei Kindern, auch bei jenen eher wird eintreten können als anderswo. Doch habe ich auch in Dorpat in mehreren hundert Leichen in keinem anderen Fall Spulwürmer in den Luftwegen gefunden. Auch mag es vielleicht auffallend erscheinen, dass ein solches Ereigniss bei der Häufigkeit sogenannter Wurmkrankheiten so selten beobachtet worden ist.

Ueber das therapeutische Verfahren endlich, welches etwa in derartigen Fällen, wenn man sie ja im Leben erkennt, einzuschlagen wäre, habe ich auf meinen Fall hin kaum das Recht, etwas zu bemerken. Denn bei unserer Kranken wurden keine weiteren Mittel gegen einen Zufall angewandt, dessen wahrscheinliche Ursache nicht erkannt worden, als bis es zu spät war. Die Behandlung würde aber für gewöhnlich eine mehr oder weniger symptomatische sein, wie etwa bei anderen Stickanfällen auch, — mit Rücksicht auf andere gleichzeitig vorhandene Krankheitszustände. Hätte man aber Verdacht auf das Eindringen eines Spulwurmes in die Luftwege, oder gar das Glück, bei Untersuchung des Rachens, Kehlkopfes u. s. f. solchen zu entdecken, so müsste man den Feind direkt oder durch künstliches Erregen von Brech- und Exspirationsbewegungen (z. B. durch Kitzeln im Schlund, Brechmittel) zu entfernen suchen. — Ob man sich in derartigen Fällen — zumal bei der so zweifelhaften Diagnose — zum Oeffnen des Kehlkopfes, der Luftröhre entschliessen dürfte, wird einerseits von der Beschaffenheit des einzelnen Falles, andererseits von dem Muthe und der operativen Gewandtheit des Arztes abhängen.

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik in Bonn.

Von

Dr. Hermann Weber.

Zur Pathologie der Whytt'schen Krankheit.

(Fortsetzung aus No. 49.)

IV. Fall. Beobachtet mit Prof. Nasse und Dr. Steinebach.

Therese Wingeheim, $2\frac{1}{4}$ Jahre alt; Vater stark dem Trunke ergeben, Mutter schwächlich; die einzige Schwester des Kindes im zweiten Jahre unter Krämpfen nach kurzer Krankheit gestorben. Th. früher nicht besonders kränklich, geistig gut entwickelt, sehr fröhlich; seit 8 Tagen, d. h. seit Anfang Februar 1850, zuerst verdriesslich, still, oft durstig, ohne Appetit, am 6. und 7. kam Durchfall hinzu, am 8. Febr. wurden wir gerufen und fanden das Mädchen in folgendem Zustande: Körperbau und Hautfarbe zart, mässig geröthet, Kopf wohl gebildet, nicht heiss, keine besondere Klage über Kopfschmerz, Gesicht blass, Blick unruhig, Pupille normal weit, aber träge gegen Lichteinfluss, Zunge weisslich belegt, übler, säuerlicher Geruch aus dem Munde, keine Neigung zu Speisen und Getränken, sechsmaliger Durchfall in 24 Stunden (hellgrüne, wässrige Masse), Leib eingefallen, nicht empfindlich gegen Druck, zuweilen jedoch Klage über Leibschmerz ohne Druck, zuweilen Hüsteln, ohne dass die Untersuchung der Brust etwas Positives ergiebt; Haut etwas kühl, Puls frequent und schwach (120), regelmässig, nur selten etwas ungleich. Meist theilnahmslos, häufiger, aber unterbrochener Schlaf, zuweilen mit Zähneknirschen.

Diagnose: Nicht ganz sicher; Verdacht auf Whytt'sche Krankheit mit allgemeiner Tuberculose und Oligämie.

Behandlung: *Muc. Salep* ℥iv, *Conch. praep.* ʒj. D. S. Stündlich 1 Essl. voll. — Milchdiät mit Eigelb.

9. Febr. Durchfall mässiger (3 Mal), Kind zuweilen heiter, sonst keine Veränderung.

10. Febr. Pupillen etwas erweitert, sehr träge, Blässe des Gesichts zuweilen durch flüchtige Röthe der Wangen verdrängt; Blick ausdruckslos; grössere Schlafsucht mit häufigem Auffahren und Wimmern während des Halbschlafs, bei Berührung und Untersuchung nicht selten Ausstossung eines sehr schrillen Schreis; Hüsteln dauert fort, an verschiedenen Stellen Schleimrasseln, besonders zwischen den Schulterblättern; Durchfall wieder vermehrt, am Abend ein einmaliges Erbrechen von Milch und Schleim; Puls immer noch 100, manchmal regelmässig, oft aber ungleich und unregelmässig, Haut trocken, mässig warm.

Die zweifelhafte Diagnose ist zur Gewissheit erhoben.

Behandlung: Zu der frühern wird 2stündl. 4 Gr. *Kali jodat.* zugesetzt, auf den Scheitel *Ung. Tart. stib.* eingerichen.

11. Febr. Während 15 Minuten klonische Krämpfe der Arme, später mehrmals in schwächerem Grade wiederholt; darauf die Pupille ganz weit, ohne Reaction; Mund fest geschlossen, die Zähne nur mit Gewalt von einander zu entfernen.

12. Febr. Krämpfe mehrmals in heftigem Grade wiederholt, Gesicht bald roth, bald blass; Augen halb geschlossen; kein Hüsteln mehr, sehr ungleiches Athemholen; nur noch einmal Oeffnung (hart, dunkel gefärbt); Beugemuskeln des rechten Arms und Beins stark contrahirt; Puls 130—150, kaum zu fühlen; tiefes Coma, nur bei gewaltsamer Lageveränderung klägliches Wimmern oder der eigenthümliche Schrei.

13. Febr. Mehrmals treten Krämpfe des ganzen Körpers ein, nach welchen die Beugemuskeln der Gliedmaassen der rechten, die Streckmuskeln derer der linken Seite stark contrahirt bleiben, am linken Fuss jedoch sind ebenfalls die Flexoren contrahirt, die Kinnladen nicht von einander zu entfernen, der Kopf stark nach hinten gezogen, die Nacken- und Rückenmuskeln ganz steif und hart anzufühlen. Während der Krampfanfälle bildet der Körper einen vollkommenen Bogen. — Oeffnung nur durch Essigklystiere. — Urin wird nicht gelassen; die Blasengegend angefüllt, durch mässigen Druck eine grosse Menge entleert.

Am 14. u. 15. Febr. Die Krampfanfälle weniger heftig, die linke Seite nimmt keinen Antheil daran; Contraction der Muskeln nicht ver-

---

Verfahrungsweise. Die kalten Umschläge finden die allerausgedehnteste Anwendung; mit ihnen und der Compression durch Heftpflasterstreifen behandelt man die den Hospitälern so lästigen Fussgeschwüre mit Glück. Das *Hygroma patellae* lässt D. ganz spalten und durch Eiterung heilen. Die neuerdings sehr in Mode gekommenen, weiter nach hinten gelegenen Fussexarticulationen führten ihn zu keinem guten Resultate, da durch Anziehen des *Tendo Achillis* der Stumpf unpassend verrückt und beim Durchschneiden der Sehne unbrauchbar wurde. Chloroformtode bei Operationen sind früher einige vorgekommen. Bei einem jungen Arzt, einem Angestellten des Krankenhauses, der einen Selbstmord durch Chloroform begangen hatte, ergab die Section ein durchaus negatives Resultat.

Schuh's und Dummreicher's erste Assistenten, Dr. Wimmer und Dr. Linhart, halten Operations-Uebungen an Leichen in sechswöchentlichen Cursen. Der ältere und bedeutendere Linhart bewirbt sich um eine Professur in der Provinz, zu der ihn indess wohl nur sein Talent im Operiren befähigen möchte. Er will ausgedehnte anatomische Untersuchungen über Entstehung und Beschaffenheit der Brüche gemacht haben, leugnet namentlich die Existenz des *Ligam. Gimbernati* und behauptet, dass die Einklemmung der Schenkelbrüche nicht hier, sondern tiefer unten durch die *Vagina vasorum femoralium* geschehe. Eine von ihm über diesen Gegenstand verfasste Broschüre befindet sich im Druck. Mehreres in der Operationslehre selbstständig von ihm Vorgebrachte leidet bisweilen an einem outrirten Streben nach Vereinfachung. Die Trepanation will er ganz verbannt wissen; die Durchschneidung des Periost's bei Amputationen hält er für unnöthig; der Oesophagotomie und Tracheotomie will er kaum ein Recht zugestanden wissen. Die Hypocystotomie verrichtet er mit Vermeidung aller complicirten Instrumente nach Einführung der Leitungssonde mit dem Scalpell durch Führung eines Schnittes, der einen Zoll über dem After in der Raphe beginnt und direkt nach dem Knorren des Sitzbeins geht. Die Epicystotomie soll in allen Fällen, die er beobachtete, ungünstigen Erfolg gehabt haben. Die geschichtliche Kritik der Operationsmethoden, die Herr Linhart seinen Ausführungen vorhergehen lässt, dürfte etwas gründlicher sein. Von Wichtigkeit wäre die Bestätigung günstiger Erfolge, die er bei der Behandlung von Urethralstricturen durch die Galvanopunctur gehabt haben will.

Von einem Privatdocenten im chirurgischen Fach, Dr. Gessner, der einen Cursus über Verband- und Instrumentenlehre abhält, ist so eben ein umfangreiches Buch über diesen Gegenstand erschienen.

(Fortsetzung folgt.)

ändert, nur werden die Augen meist im Kopfe hin und her gerollt. Das Wimmern hat aufgehört, alles Gefühl scheint zu fehlen, das Gehör jedoch noch vorhanden. Häufige Schweisse des Kopfes, Urin nur durch Druck auf die Blase entleert. — Das Athmen in hohem Grade ungleich, jedoch mit einem gewissen Rhythmus; zuerst mehrere Athemzüge ziemlich rasch auf einander, dann allmälig seltener, bis nach etwa 9 bis 12 Zügen der Athem während 40 — 50 Secunden ausbleibt, dann wieder mehrmaliges rasches Athmen, dann wieder allmälig seltener etc.

Am 15. Febr. um die Mittagszeit starb das Kind.

Section 36 Stunden nach dem Tode. — Die Leiche hat in einer Temperatur von 8 — 10° R. gelegen. Die Pockensalbe hat oberflächliche Geschwürsbildung erzeugt. Grosse Fontanelle noch nicht ganz geschlossen. — Zwischen *Dura mater* und *Arachnoidea* einzelne Tuberkeln, sehr viele zwischen *Arachn.* und *Pia mater*, vorzüglich zu beiden Seiten der grössern Blutgefässe, besonders in der *Fossa Sylvii*. Zwischen *Pia mater* und *Arachn.* fast keine Flüssigkeit, *Arachn.* an einzelnen Stellen nicht ganz durchsichtig, nicht verdickt, ausser auf der Brücke und dem unteren Theil des verlängerten Marks. Die Substanz des Gehirns mässig consistent, dem Auge nichts Auffallendes bietend [1]). Die Seitenventrikel sehr erweitert, nicht ganz gefüllt, enthalten zusammen etwa $3\frac{1}{2}$ Unzen durchsichtiger Flüssigkeit, das Septum und die Umgebung der Ventrikel erweicht (unter dem Mikroskop weder Eiterkörperchen noch Exsudatkugeln zeigend); *Ductus Sylvii* sehr weit, ebenso der vierte Ventrikel, in dem etwa 3 Drachmen durchsichtige Flüssigkeit; das kleine Gehirn sehr weich, nur wenige Knötchen auf der Oberfläche. *Medulla oblongata* mässig consistent, ihre Häute durchsichtig. Rückgratskanal bietet nichts Abnormes.

Brust. Unter der Pleura beider Seiten viele jener gelben Knötchen, die lufthaltigen oberen Lungenlappen mit grösseren und kleineren Tuberkeln reichlich durchsetzt, weniger die unteren Lappen.

Unterleib. Keine Darmgeschwüre, Darmkanal blass, sonst normal, unter der serösen Haut einige gelbliche Knötchen, sehr viele im Ueberzuge und in der Substanz der Milz, so wie im Ueberzug der Leber. Mesenterialdrüsen angeschwollen, nur einzelne tuberculöse Massen enthaltend.

V. Fall. Beobachtet mit Prof. Nasse und Dr. König.

Cathar. Zeising, 4 Jahre alt; schwächliche Eltern; das Kind selbst von zartem Aussehen, selten kränkelnd, geistig sehr gut entwickelt, stets heiter und zuthunlich.

Anfangs December 1850 etwas verdriesslich, zuweilen Kopfweh, keine anderen Störungen beobachtet. Am 7. Dec. wurde unsere Hülfe in Anspruch genommen: Lebhafter Schmerz in beiden Stirnhälften, anfallsweise sehr vermehrt, Kopf heiss, Pupille normal weit, Puls frequent, gleich, regelmässig. Erbrechen am Morgen, bei reiner Zunge, Stuhlgang noch gestern. Schlaf häufig unterbrochen, keine Schlafsucht, im Gegentheil grosse Aufregung.

Diagnose: *Meningitis cerebralis*.

Behandlung: 4 Blutegel an die Stirn. *Calom.* gr. ij 2stündl.

8. Dec. Zu den gestrigen Erscheinungen hinzugetreten: langsam reagirende Iris, unregelmässiger Puls, Erbrechen wiederholt; kein Stuhlgang, dabei eingefallener Unterleib, Harnentleerung sparsam.

Diagnose: Entzündliche Form der Whytt'schen Krankheit.

Behandlung: *Kalium jodat.* gr. ij dreistündlich. *Calom.* wie gestern; *Ung. tart. stib.* auf den Scheitel eingerieben; Essigklystiere.

9. bis 13. Dec. Wenig Veränderung; das Gesicht fällt sehr ein, der Ausdruck bekommt etwas Stieres; zuweilen leichter Grad von Schlafsucht, oft jedoch ist das Kind während einer Stunde ganz heiter, hat Appetit zum Essen, klagt wenig über Kopfschmerz, bis plötzlich ein heftiger Anfall kommt, bei welchem es sich wimmernd im Bette herumwälzt. Die Anfälle dauern 10 — 15 Minuten in ihrer ganzen Heftigkeit, der Schmerz wird als bohrend und wühlend beschrieben, wie wenn ein Thier hinter der Stirn sei und über der Nase heraus wolle; nach dem Anfall meist etwas Schlaf. Puls 75 — 85, etwas unregelmässig und ungleich.

14. Dec. Calomel ausgesetzt, da Mercurialgeruch aus dem Munde und Durchfall, Klage über Leibschmerz, grosser Durst.

Am Abend des 14. und Nachmittag des 15. zuweilen Krämpfe in den Händen, Zähneknirschen. — Augen häufig mit Schleim angefüllt, Pupille normal weit, durch das Licht aber wenig und langsam verändert; Athemholen nicht mehr regelmässig.

16. Dec. Bewusstsein nicht gestört, allein das Kind kann oft seine Gedanken nicht aussprechen, was schon gestern begann; es kann die gewünschten Worte nicht finden, bringt andere hervor, als es beabsichtigt, bemerkt aber selbst seine Fehler und wird dann ganz unwillig. — Athemzüge in hohem Grade unregelmässig, mit ähnlichem Typus wie in dem vorher beschriebenen Falle. Die Temperatur des linken Armes und Beines ist um 2° R. niedriger als die der rechten Seite. Stuhl- und Harnentleerung seit der verflossenen Nacht unwillkürlich. Puls sehr häufig und schwach, aber regelmässig. Die Pupille weiter, allein erst wenige Stunden vor dem Tode verliert sie alle Reaction gegen Lichteindruck.

Am 17. Morgens erfolgte der Tod, ohne dass Lähmung eines Gliedes eingetreten war; auch das Bewusstsein war am 16. Abends spät noch nicht geschwunden, obgleich grosse Theilnahmslosigkeit; schwache allgemeine Zuckungen gingen kurz vorher.

Leichenbefund. Am 19. Dec., 44 Stunden nach dem Tode. Temperatur des Zimmers 7 — 10° R.

Kopf wohlgebildet, Fontanellen und Nähte geschlossen, Schädelknochen von normaler Dicke. *Dura mater* mit den Schädelknochen fest verwachsen; der *Sinus longitud.* wenig angefüllt, das darin enthaltene Blut nicht abweichend; zwischen *Arachnoidea* und *Pia mater* in den Windungen etwas durchsichtige Flüssigkeit; *Arachnoidea* an einigen Stellen nicht ganz klar, jedoch nicht verdickt, nur an einzelnen Stellen der Basis zwischen *Arachnoidea* und *Pia mater* sehr kleine grünliche Knötchen. Sowohl das grosse als kleine Gehirn gleichmässig mehr zähe als in anderen Fällen; in der weissen Substanz beim Durchschneiden viele Blutpunkte; die Seitenventrikel kaum erweitert, in denselben etwa 2 Unzen nicht ganz klare, aber flockenlose Flüssigkeit. Die Umgebung durchaus nicht erweicht; im vierten Ventrikel ebenfalls einige Drachmen seröser Flüssigkeit; die *Medulla oblongata* normal. Aus dem *Canalis spinalis* ergiesst sich beim Umdrehen keine Flüssigkeit.

Organe der Brust und des Unterleibes normal, nur in der rechten Lunge sind einzelne hirsekorngrosse Tuberkeln.

VI. Fall. Beobachtet mit Prof. Nasse und Dr. C. O. Weber.

Jos. Fischer, 13 Monate alt, aus sehr skrophulöser Familie, hatte im Anfang des Monats November 1850 an entzündlichem Durchfall gelitten, welcher erst nach 14tägiger Dauer in Behandlung kam, und dann bald der Anwendung von *Muc. Salep* mit *Conch. praep.* wich.

Am 16. Dec. wurde unsere Hülfe wieder in Anspruch genommen; seit mehreren Tagen Durchfall, häufig unterbrochener Schlaf, Verdriesslichkeit, mehrmals leichte Zuckungen des ganzen Körpers mit Verdrehung der Augen. Wir fanden das Kind sehr abgemagert, welk, kühl, meist in einem schlafähnlichen Zustande liegend, mit halbgeöffneten Augen, zuweilen mit einem schrillen Schrei auffahrend, besonders wenn es bewegt wurde, zuweilen Zähneknirschen. Der Kopf nicht wärmer als der übrige Körper, das Gesicht eingefallen, meist blass, zuweilen jedoch während einiger Minuten geröthet, der Blick stier, zuweilen mit dem Ausdruck von Aengstlichkeit, die Pupille mässig weit, durch Lichteinfluss nur sehr langsam verändert; theilnahmlos gegen die Mutter, trinkt jedoch ihre Brust (bis jetzt fast die einzige Nahrung), wenn es angelegt wird. Puls mässig frequent (110), klein, regelmässig, zuweilen Hüsteln mit etwas Schleimrasseln; kein Erbrechen, Zunge nicht auffallend; sechsmaliger Durchfall während 24 Stunden, die entleerte Masse ist dünn, hellgrüngelb; der Unterleib weich anzufühlen, dem Anschein nach nicht besonders schmerzhaft. Haut trocken. Lage auf dem Rücken mit etwas angezogenen, gekreuzten Beinen; die eine Hand häufig auf dem Unterleib liegend, die andere umherbewegend, zuweilen nach dem Kopfe fahrend.

Diagnose: Oligämie mit allgemeiner Tuberculose und Whytt'scher Krankheit [1]).

Behandlung: Stündlich $2\frac{1}{2}$ Gr. Jodkalium, ferner einen kleinen Esslöffel voll von *Muc. Salep.* ℥iv, *Conch. praep.* ʒj; auf den Nacken ein zweithalergrosses Spanischfliegenpflaster; gute Ernährung der Mutter.

17. Dec. Wenig Veränderung.

18. Dec. Contraction der Iris noch träger, Pupillen etwas weiter; mehrmaliges Erbrechen von geronnener Milch und Schleim. Stuhlgang etwas seltener, aber immer noch dünn und hellgrün; Puls 110 bis 120, ungleich, zuweilen, jedoch selten, auch unregelmässig, sehr klein; Haut trocken, etwas wärmer als gestern.

Behandlung wie früher, dazu lauwarme Umschläge eines Aufgusses von Rothwein auf *Spec. arom.* Das Spanischfliegenpflaster in Eiterung erhalten.

19. Dec. Kein Erbrechen, kein Hüsteln mehr.

20. Dec. Der soporöse Zustand sehr vermehrt, nur für kurze Zeit daraus zu erwecken, häufig wimmernd und bei Bewegung aufschreiend, nicht selten Zuckungen in den Gliedern, Verdrehen der halb offenen Augen, Knirschen der Zähne; Puls nicht verändert; Durchfälle vermehrt, Haut trocken und kühl, nur Kopf und Hals zuweilen mit Schweiss bedeckt, mässig warm, bald blass, bald leicht geröthet.

Behandlung wie früher, dazu häufiges Einflössen von rothem Wein, Fleischbrühe mit Eigelb.

[1]) Eine Unze aus Substanz des hinteren Lappens der Hemisphäre wurde während 24 Stunden in verdünntes Blutserum gelegt, ebenso eine Unze aus derselben Gegend eines an einer Lungentuberculose verstorbenen Kindes; die letztere hatte nach 24 Stunden um 2 Gr. mehr an Gewicht zugenommen, als die erste.

[1]) Letzteres entschieden von Dr. C. O. Weber ausgesprochen, von mir selbst weniger bestimmt bis zum 18. Tage, wo kein Zweifel mehr sein konnte.

21. und 22. Dec. Wenig verändert, Athmen etwas unregelmässig, Durchfall nicht ganz so häufig (5—6 Mal täglich).

23. Dec. Am Abend wird Lähmung der linken Seite bemerkt, während der rechte Arm häufig nach dem Scheitel und Gesicht bewegt wird; Schielen, Pupillen ganz weit, ohne Reaction, Augen oft mit Schleim überzogen. Athmen sehr unregelmässig, Puls kaum zu fühlen, Herzcontractionen sehr häufig, regelmässig, schwach.

24. Dec. Abends Tod.

Section 38 Stunden nach dem Tode; Temperatur des Zimmers 8—10° R.; Kopf hatte etwas erhaben gelegen.

Kopf: *Dura mater* und Schädelknochen fest verwachsen, zwischen *Arachnoidea* und *Pia mater* seröse durchsichtige Flüssigkeit in geringer Menge. Auf der rechten Seite längs dem *Sulc. longit.* zwischen *Pia mater* und *Arachnoidea* Infiltration einer gelblichen Masse von der Consistenz des weichen Käses, 1 Linie dick, 2 Linien breit; auf beiden Seiten viele Knötchen von derselben Farbe. Substanz des grossen Gehirns nicht auffallend verändert; die Seitenventrikel sehr erweitert, etwa 3 Unzen durchsichtige Flüssigkeit enthaltend, die Umgebung nur wenig erweicht. Auf der Basis in der *Fossa Sylvii* der rechten Seite und ihrer Umgebung beide Häute durch etwa liniendicke Ablagerung jener gelblichen Masse mit einander verklebt, sehr viele einzelne Knötchen über den übrigen Theil zerstreut, besonders längs der Gefässe; auf der linken Seite dieselben Erscheinungen in geringerem Grade. In die Substanz des *Pons Varolii* eingelagert, von einer Kapsel umgeben, zwei erbsenförmige, gelbliche, bröckelige Körper in der rechten Hälfte, ein anderer ganz ähnlicher in der linken; sie lassen sich leicht herausnehmen, ohne dass etwas von der sonst normalen Substanz der Brücke daran hängen bliebe. Auf der *Medulla oblongata* die *Pia mater* verdickt, ohne jene Knötchen, welche auch auf dem nicht ganz durchsichtigen Ueberzug des kleinen Gehirns fehlen.

Die mikroskopische Untersuchung sowohl der Knötchen, als auch der käsigen Infiltration und der harten Körper in der Brücke zeigt ganz dasselbe Bild: amorphe Masse mit Körnchen von $^1/_{700}$—$^1/_{1000}$''', welche letztere zuweilen zu unregelmässigen Körperchen von $^1/_{300}$ bis $^1/_{500}$''' zusammentreten — durch Aether nur wenige gelöst, ebenso durch Essigsäure kaum verändert.

Brust. Die Lungen enthalten in den oberen Lappen einzelne Miliartuberkeln, die Lymphdrüsen längs der Vertheilung verdickt bis zur Grösse einer Haselnuss durch Infiltration weissgelblicher, leicht zerreiblicher Masse; in der Mitte von einigen beginnt Erweichung. Unter der *Pleura costal.* und *pulmonal.* ebenfalls einige jener Knötchen.

Unterleib. Leber- und Milzüberzug mit vielen solchen Körperchen besetzt, einzelne auch auf den Nieren. Im Darmkanal zeigt sich nichts Regelwidriges.

VII. Fall. Beobachtet mit Professor Nasse, Dr. Jung und Hrn. Nöggerath.

Anna Fischer, 27 Monate alt, einziges Kind. Mutter aus skrophulöser Familie, Vater früher an secundärer Syphilis behandelt. Die Kleine selbst soll früher gesund gewesen sein bis etwa zum 19. Jan. 1851, wo sie ihre Heiterkeit verlor, verdriesslich wurde, mit häufiger Neigung zum Schlaf, der oft unterbrochen wurde; der Appetit unregelmässig, Kopf manchmal heiss und später mit Schweiss bedeckt.

Am 24. kam das Kind in unsere Behandlung; es war wohl genährt, Kopf gut gebildet, Haare und Haut von heller Farbe, vollkommen bei Bewusstsein, jedoch theilnahmslos, ohne Neigung zu antworten, klagt nur, wenn wiederholt befragt, über Schmerz in der Stirn, deren Wärme etwas erhöht; das Gesicht roth, die Pupillen mässig weit, jedoch nur langsam durch Lichteinfluss verändert; kein Appetit, vermehrter Durst, einmaliges Erbrechen der genossenen Milch bei reiner Zunge; Leib eingefallen; Stuhlgang seit fast zwei Tagen fehlend; Urin sparsam; Puls 100, regelmässig, bei geringer Bewegung auf 125 steigend; Haut trocken, etwas heiss.

Diagnose: Whytt'sche Krankheit.

Behandlung: 4 Blutegel an die Stirn; Essigklystiere. *℞ Kali jodati* ʒj, *Aq. dest.* ℥iv. D.S. Stündlich 1 Kinderesslöffel voll. — *℞ Calom.* gr. ij, *Rad. Jalap.* gr. iv, *Pulv. gummos.* gr. v. Mf. pulv. 3 Mal täglich einzunehmen.

25. Jan. Wenig verändert, nur die Schlafsucht und Theilnahmlosigkeit vermehrt; einige Male Oeffnung; kein Erbrechen.

Behandlung wie gestern; dazu ein lauwarmes Senfbad bis zur beginnenden Röthung der Haut (9 Minuten). Die Schlafsucht nach dem Bade während einer Stunde vermindert, dann wieder Rückfall in den alten Zustand.

26. Jan. Schlafsucht vermehrt, doch zuweilen Heiterkeit während einiger Minuten, Unterhaltung mit der Mutter; Puls 110—115, etwas ungleich, nicht ganz regelmässig.

27. Jan. Wie gestern, die Pupillen etwas erweitert und noch träger als früher, die Augen meist geschlossen, wenn geöffnet, so erscheint der Blick starr, der Ausdruck der sehr veränderten, eingefallenen Züge ist ähnlich dem wie bei plötzlichem Erwachen aus tiefem Schlaf oder Traum; Farbe des Gesichts meist blass, zuweilen jedoch leicht geröthet, Kopf nur mässig warm; häufiges Umherfahren mit den Händen, besonders nach dem Kopf; Ungleichheit des Pulses vermehrt, Frequenz dieselbe; Haut meist trocken, nur selten Hals und Kopf mit Schweiss bedeckt; Stuhlgang hart, mehrmaliges Erbrechen von Milch und Schleim. — Athmen nicht ganz regelmässig.

Behandlung wie früher, dazu alle 2 Stunden *Unguent. tart. stib.* auf den Scheitel eingerieben, lauwarme Umschläge auf Stirn und Kopf mit einem Aufguss von Rothwein auf *Species aromat.*

28. Jan. Unregelmässigkeit des Athmens vermehrt; Puls 90—95, immer noch ungleich, durch geringe Bewegung aber ganz gleich und sehr frequent (bis 135), erst nach mehreren Minuten in den früheren Zustand zurückkehrend.

29. Jan. Athmen in so hohem Grade unregelmässig, dass häufig Pausen von 40 Secunden zwischen zwei Athemzügen; meist folgen auf einen sehr tiefen Zug mehrere allmälig oberflächlicher werdende, dann eine lange Pause, dann wieder ein sehr tiefer Zug und mehrere weniger tiefe u. s. w.; Zahl der Athemzüge nicht über 11 in der Minute. Kein Erbrechen. Stuhlgang nur durch Calomel mit Jalap. und die Essigklystiere.

30. Jan. Am Morgen war das Kind auffallend lebhaft, wenig schlafsüchtig, sprach viel mit der Mutter, genoss etwas Milch, die Athemzüge (32—34 in der Minute) und der Puls (110 in der Minute) mehr frequent, fast regelmässig; die Contraction der Pupillen besser, der Blick nicht so stier; Schweiss über den ganzen Körper. Am Nachmittag der Zustand des vorhergehenden Tages; am Abend wieder scheinbare Besserung, jedoch nach 9 Uhr vermehrte automatische Bewegung der Hände nach dem Kopf; gegen 12 Uhr Nachts heftige Krämpfe des ganzen Körpers, nach welchen die linke Seite nicht mehr bewegt wurde; starkes Röcheln auf der Brust; nach 6 Uhr am Morgen erneute allgemeine klonische Krämpfe, in welchen der Tod erfolgte.

Section 25 Stunden nach dem Tode; Kopf hat etwas erhaben gelegen; Temperatur 9—12° R. Abmagerung nicht beträchtlich, noch viel Fett im Unterhautzellgewebe.

Kopf. Wo das *Ungt. tart. stib.* eingerieben, mehrere Pusteln, bis zum Periost eindringend; Fontanellen geschlossen, Schädelknochen mässig dick. In dem Sack der *Arachnoidea* eine kleine Menge durchsichtiger Flüssigkeit, wenig zwischen *Arachnoidea* und *Pia mater*, deren Gefässe mit Blut stark angefüllt sind; an einzelnen Stellen der Oberfläche und Basis, sowie auf dem kleinen Gehirn jene kleinen Knötchen; Substanz des Gehirns etwas zähe, sonst normal; die Seitenventrikel sehr ausgedehnt, etwa 4 Unzen durchsichtiger Flüssigkeit enthaltend. Die *Arachnoidea* an einzelnen Stellen der Basis nicht ganz durchsichtig, auf der Brücke und dem verlängerten Mark fast eine Linie dick. Aus dem Rückgratskanal ergiesst sich beim Umdrehen nur wenig Flüssigkeit.

Brust. In beiden Lungen zerstreute Tuberkeln bis zu Linsengrösse, von gesundem Gewebe umgeben; auch unter der Pleura einzelne durchscheinende graugelbliche Knötchen.

Unterleib. Dieselben Knötchen im Ueberzug und in der Substanz der Milz, weniger im Ueberzug der Leber; die übrigen Organe normal. Die mikroskopische Beschaffenheit der kleinen Knötchen nicht verschieden von der in den früheren Fällen beschriebenen.

VIII. Fall. Beobachtet mit Prof. Naumann und Dr. E. Jung.

Christian Henseler, etwas über 2 Jahre alt; Mutter gesund, Vater an *Phthisis tuberc.* gestorben. Geistig und körperlich wohl entwickelt, bis zur Mitte März 1851 stets gesund; nach mehrtägiger Verstimmung und Mangel an Appetit erschien Kopfweh mit vermehrter Wärme in der Stirngegend, Röthung des Gesichts; Puls frequent und regelmässig, Zunge etwas belegt. Stuhlgang fest und arm an Gallenfarbstoff; Schlaf sehr unruhig, zuweilen Delirium.

Diagnose: Nicht ganz bestimmt. Verdacht auf beginnende Whytt'sche Krankheit, jedoch mehr als gastrische Störung betrachtet.

Behandlung: *℞ Kali tart.* ʒij, *Aq.* ℥vj. D.S. Alle 2—3 St. 1 Esslöffel voll zu nehmen.

Nach 5 Tagen verschwand die Unruhe und das Delirium, der leichte Grad von Fieber mit Appetitlosigkeit dauerte fort, das Aussehen des Kindes sehr blass; Ernährung durch Eigelb, Milch, Fleischbrühe etc.; Leberthran, *Rheum, resin. Guajaci* mit *Conch. praep.* und Zucker in kleinen Gaben.

Zu Anfang des Monats April trat ein leichter entzündlicher Katarrh hinzu, der mit kleinen Dosen von *Stib. sulph. aur.* bekämpft wurde. Die Untersuchung der Brust ergab vermindertes vesiculäres Geräusch beim Einathmen auf der linken Seite der Brust, besonders oben, mit verlängertem, etwas pfeifendem Ausathmen, ohne Veränderung des Percussionstones. Die Diagnose wurde jetzt auf Tuberculose mit miliärer

Ablagerung in der linken Lunge gestellt, der Leberthran von Neuem angerathen, jedoch von dem kleinen Kranken stets zurückgewiesen oder wieder ausgebrochen. Gerösteter Speck eine Zeit lang als Ersatzmittel, aber auch dieser nicht für die Dauer. Dabei leichte Eisenpräparate mit Rheum, und mehrmals täglich eine Abkochung von Carragheen mit *Syrup. amygdal.*

Anfangs schien sich der Zustand des Kindes zu bessern, nur selten Hüsteln, die Pulsfrequenz blieb jedoch stets bedenklich (120 bis 130 Schläge). In der Nacht vom 1. zum 2. Mai plötzlich heftiges Erbrechen; der Kopf erschien etwas heisser als gewöhnlich, die Pupille kaum verändert, die Reaction der Iris gegen Lichteinfluss träge, die Zunge wie immer weisslich, seit 2 Tagen keine Oeffnung. Form des Unterleibes nicht verändert, Puls 120—130, nicht ganz gleichmässig. Haut trocken und heiss; Gemüthsstimmung ruhig, fast theilnahmslos; häufiges Auffahren, zuweilen mit einem Schrei, aus dem oft unterbrochenen Schlafe.

Diagnose: *Morbus Whyttii* auf tuberculösem Grunde, mit Oligämie.
Behandlung: *Calom.* gr. jβ zweistündlich, Essigklystiere.

Am Abend hatte der Puls nur noch 90 Schläge, war auch etwas unregelmässig, zuweilen Zuckungen in den Gliedmaassen. Zu der früheren Behandlung 4 Gr. *Kal. hydrojod.* alle 2 Stunden.

3. Mai. Wenig Aenderung; mehrmalige Oeffnung von mässiger Consistenz und dunkler Farbe.

4. Mai. Soporöser Zustand, aus dem das Kind fast nur durch das Anrufen der Mutter erweckt wird; Kopf kühl, Gesicht blass, Augen eingefallen, meist geschlossen, Reaction der Iris sehr träge; Athemholen zuweilen mit tiefen Seufzern untermischt; keine Convulsionen, kein Erbrechen, einmalige Oeffnung.

Behandlung: Lauwarme Umschläge von einem Aufguss von Rothwein auf *Species aromaticae.* Wurden jedoch von den Eltern nicht lange fortgesetzt, da sie meinten, die bald nach dem Beginn ihrer Anwendung auftretenden allgemeinen Krämpfe seien dadurch erzeugt.

5. Mai. Sopor vermehrt, Pupille ganz weit und bewegungslos, Kopf abwechselnd warm und kühl, Gesicht meist blass, zuweilen jedoch geröthet, häufiges Knirschen mit den Zähnen und Schnalzen mit der Zunge: linke Seite schlaff, während das rechte Bein und besonders der Arm häufig umherbewegt werden. Am Nachmittag wieder ein sehr heftiger allgemeiner Krampfanfall während einer halben Stunde (die klonische Form), nach welchem das Gefühl und selbst das Gehör fast ganz geschwunden erschien; das Athmen in hohem Grade unregelmässig, zuweilen schluchzend; der Puls sehr beschleunigt und klein, häufig unregelmässig und ungleich.

6. Mai. Das Athmen wird immer seltener und unregelmässiger; kein Urin mehr von selbst ausgeschieden, die Harnblase sehr angefüllt, durch leichten Druck zu entleeren.

Section 36 Stunden nach dem Tode; die Leiche hat in einer Wärme von circa 13° R. gelegen; Kopf etwas erhaben.

Schädelhöhle. Form normal, Schädelknochen von mässiger Dicke, Fontanellen geschlossen. Zwischen beiden Blättern der *Arachnoidea* an einzelnen Stellen sehr leichte Adhäsionen, die *Arachnoidea* jedoch fast ganz durchsichtig, zwischen ihr und der *Pia mater* eine geringe Menge von durchsichtiger Flüssigkeit, an mehreren Stellen sind beide Häute durch gelbliche Knötchen von Mohnsamen- bis Senfkorngrösse mit einander verwachsen; diese Knötchen besonders zahlreich, zusammenfliessend in der *Fossa Sylvii*, weniger auf dem kleinen Gehirn; die ganze untere Fläche der rechten Hemisphäre ist stärker mit Knötchen besetzt wie die linke. Die Substanz des Gehirns selbst etwas weich, besonders in der Umgebung der Ventrikel, welche etwa 3 Unzen durchsichtiger, fast wasserheller Flüssigkeit enthalten. Auch der vierte Ventrikel enthält gegen 2 Drachmen Flüssigkeit; das verlängerte Mark normal; aus dem Rückgratskanal ergiesst sich bei umgekehrtem Körper nur wenig Flüssigkeit.

Brusthöhle. In der rechten Lunge und unterhalb der Pleura einzelne Miliartuberkeln, die ganze Lunge sehr mit Blut angefüllt, alle Theile auf dem Wasser schwimmend, an mehreren Stellen leichte Adhäsionen mit der Rippenpleura. Die linke Lunge blutleer, die Lungenbläschen an der Oberfläche emphysematisch ausgedehnt, besonders an den Rändern; in der Substanz einzelne Tuberkeln; um den grossen Bronchus einzelne hasel- bis wallnussgrosse Drüsen, welche das Lumen desselben um mehr als die Hälfte verengern; kleinere Drüsen, bis zur Grösse von einer Erbse bis Haselnuss angeschwollen, begleiten die grösseren Verzweigungen bis zur dritten und vierten Theilung; die grösseren dieser Drüsen in der Mitte erweicht, auf der Durchschnittsfläche von hellgelber Farbe und bröckelig-weicher Consisteuz. Unter dem Mikroskop zeigt sowohl der Inhalt der Drüsen als auch derjenige der kleinen Knötchen dieselbe Beschaffenheit, wie sie in den früheren Fällen beschrieben.

Unterleibshöhle. Ausser einigen Tuberkeln auf dem Ueberzuge der Milz zeigt sich nichts Krankhaftes.

(Fortsetzung folgt.)

Jahresbericht der geburtshülflichen Poliklinik an der k. Universität München vom 1. Jan. 1850 bis 1. Nov. 1850.

Von
Dr. Hofmann, Vorstand derselben.

Uebertrag vom Jahre 1849.

Am 31. December 1849 blieben in Behandlung und wurden in das Jahr 1850 übernommen:

4 Schwangere
5 Wöchnerinnen
4 Kinder
Summa 13 Personen.

Zugang.

Aufgenommen wurden im Jahre 1850: 260 Personen, nämlich:
256 Erwachsene, davon 255 lebend
1 todt (Journal No. 250)
Summa 256 Erwachsene und
4 von ihren kranken Müttern nicht trennbare kranke Kinder
Summa 260 aufgenommene Personen.

Dem Stande nach waren unter den 256 aufgenommenen Erwachsenen:
145 ledige Personen und
111 Frauen
Summa 256 Erwachsene.

Dem Zustande der Aufgenommenen im Augenblicke der Aufnahme nach nahmen wir auf:
7 zweifelhaft Schwangere
33 Schwangere, darunter 32 lebend
1 todt
Summa 33 Schwangere
199 Gebärende
1 zweifelhafte von uns nicht entbundene Wöchnerin (Journal No. 244)
15 kranke von uns nicht entbundene Wöchnerinnen
1 stillende Mutter (Journal No. 1)
Summa 256 Erwachsene, dazu
4 kranke Kinder
Summa 260 Personen.

Dem Alter nach waren von den 256 Erwachsenen:
14 bis 20 Jahre
116 von 21—30 Jahren
100 von 31—40 Jahren
25 von 41—50 Jahren
1 über 50 Jahre alt (Journal No. 135)
Summa 256 Erwachsene
dazu 4 Kinder
Summa 260 Personen.

Schwangerschafts-Verhältnisse.

I. Zweifelhafte Schwangerschaftsfälle.

Solcher Fälle nahmen wir 7 auf.

1) Der erste Fall kam uns im Februar 1850 zu. Eine 42 Jahre alte Bierwirthin, seit dem 13. Jahre bis zu ihrer Verheirathung im 25. Jahre regelmässig menstruirt, und seit dieser Zeit 13 Mal, mit Ausnahme der ersten durch die Zange vollendeten Geburt, regelmässig, schon das 12. Mal im Jahre 1849 von der Poliklinik entbunden, in den letzten Jahren aber an Unregelmässigkeiten der Menstruation leidend, war vom Mai 1849, als der Zeit nach dem letzten Kindbette, bis November 1849 regelmässig menstruirt. Zu Allerheiligen 1849 war die letzte Menstruation zugegen, und blieb im December 1849 aus. Die in früheren Schwangerschaften stets dagewesenen Symptome: Ekel, Uebelkeiten, Erbrechen etc. waren diesmal nicht vorhanden; zugleich war aber im Januar 1850 ein früher noch nie in ihrem Leben dagewesener Schleimfluss aus den Geschlechtstheilen eingetreten. Die Frau merkte zwar eine zunehmende Dicke des Unterleibes, aber keine Veränderung an den Brüsten, und hielt sich eher für krank als schwanger.

Bei der äusserlichen Untersuchung des Bauches konnte man, trotz der dicken und fetten Bauchdecken, durch Gefühl und Percussion eine kugelige Geschwulst zwischen Nabel und Symphyse entdecken; die *Linea alba* zeigte eine geringe Färbung; die Auscultation ergab kein Resultat. Die innerliche Untersuchung zeigte die äusseren Genitalien und die Vagina ungemein schlaff, turgescirend, wie diese Theile während der Schwangerschaft zu sein pflegen; der Uterus stand so hoch, dass man durch die innerliche Untersuchung über seine Grössenverhältnisse und allenfallsige Massenzunahme nicht in's Klare kommen konnte; eben so wenig war es möglich, die Länge des Vaginaltheils zu taxiren und die

Orificialöffnung genau in den Bereich des Fingers zu bekommen; nur der unterste Rand der angeschwollenen, wulstigen, aber weichen vordern Muttermundslippe war erreichbar. Mittelst des Speculums entdeckten wir eine sehr starke Uterinal- und Vaginalblennorrhöe mit zähem, gelblichem Secrete, jedoch keine Granulationen oder Erosionen an der Schleimhaut des Vaginaltheils.

Vorzüglich das Resultat der äusseren Untersuchung war es, welches uns bestimmte, im entfernten Grade die Frau für wahrscheinlich schwanger zu erklären. Wir behielten sie daher unter Aufsicht, und als wir sie im Mai 1850 wiederholt untersuchten, liessen die fühlbaren Kindestheile und Kindesbewegungen, sowie die Milchsecretion in den Brustdrüsen, keinen Zweifel über ihren Zustand. (Journal No. 36.)

2) Den zweiten Fall nahmen wir sub Journal No. 59 im März 1850 auf. Eine 26 Jahre alte Frau, die schon 4 Mal regelmässig und leicht geboren hatte, wollte 14 Tage nach Jacobi, d. h. um den 8. bis 10. August 1849 herum, ihre letzte Menstruation gehabt haben. Seit dieser Zeit wollte sie an fortwährendem Erbrechen hellen Wassers leiden; mit Ausnahme dieses Leidens und zeitweiser geringgradiger Schweratlmigkeit waren alle Functionen normal, der Appetit sehr gut. Die Untersuchung zeigte einen sehr mässig grossen Bauch mit enorm fetter Bauchdecke, welche überall gleichmässig dem Fingerdrucke einwärts wich, und weder durch das Gefühl noch durch die Percussion eine Vergrösserung des Uterus erkennen liess. Eben so wenig konnten äusserlich Kindestheile, oder durch die Auscultation eines der bei der Gravidität gewöhnlichen Geräusche wahrgenommen werden. Der Vaginaltheil war wie bei Ungeschwängerten, das Scheidengewölbe leer, die Brüste milchleer. In Anbetracht dieser Erscheinungen glaubten wir die Frau für sehr wahrscheinlich gar nicht schwanger, auf keinen Fall aber für seit dem August 1849 schwanger erklären zu dürfen. Wir waren daher auch erstaunt, als Anfangs August 1850 die Frau wieder in der Poliklinik erschien und erklärte, sie habe seit dem 8. April 1850 Kindesrührungen, und glaube in ungefähr 14 Tagen ihrer Niederkunft entgegensehen zu dürfen.

3) Der dritte Fall zweifelhafter Gravidität kam im Juli 1850. Eine Frau von 34 Jahren, die schon 8 Mal geboren hatte, und das letzte Mal im Jahre 1849 von der Poliklinik entbunden worden war, hatte in der Mitte Aprils 1850 zum letzten Male ihre Menstruation. In der Nacht vom 13. auf den 14. Juli 1850 trat unter grossen Schmerzen Blutfluss ein, und an letzterem Tage Morgens wurde die Hülfe der Poliklinik gesucht. Wir fanden fieberfreien Zustand, Bauch überall gleich weich, völlig schmerzfrei, Brüste etwas angeschwollen, aber beim Druck keine Milch entleerend; die äusseren Genitalien und die Vagina sehr schlaff, den Vaginaltheil gut $^1/_4$ Zoll lang, die Muttermundsöffnung etwas geöffnet, den Uterus bei festerer Berührung mit dem Finger mässig schmerzhaft, ob vergrössert oder nicht, konnte in liegender Lage nicht ermittelt werden. Wir gaben Haller'sches Sauer, worauf bald der ohnehin mässige Blutfluss nachliess und allmälig aufhörte. Eine Untersuchung in stehender Stellung, die Anfangs August 1850 gemacht wurde, liess keine Massenzunahme des Uterus, und den Vaginaltheil wie im ungeschwängerten Zustande erkennen. Der wiederholte Eintritt von Blutung am 16. August 1850 erregte in uns den Verdacht einer Menstrualblutung, welcher Verdacht zur Gewissheit gesteigert wurde, als Mitte September 1850 neuerdings eine Blutung eintrat, und die Ende September 1850 darauf hin vorgenommene umfassende hebärztliche Untersuchung nicht das geringste Zeichen von Schwangerschaft ergab. (Journal No. 145.)

4) In den ersten Tagen des August 1850 kam ein 26 Jahre altes Dienstmädchen zu uns, das im April desselben Jahres erst geboren und Mitte Juni 1850 einmal die Menstruation gehabt hatte, Mitte Juli 1850 aber sie vergeblich erwartete. (Journal No. 162.) Sie wollte wissen, ob sie schwanger sei. Ihr Allgemeinbefinden liess keine Erscheinungen wahrnehmen, die auf Gravidität deuteten. Die Brüste waren nicht gross, milchleer, der Vaginaltheil $^1/_2$" lang, nicht aufgelockert, der Muttermund bildete eine Querspalte, das Scheidengewölbe war leer, das Volumen des Uterus nicht vergrössert, die Vagina nicht aufgelockert, ihre Secretion nicht vermehrt. Gleiche Beschaffenheit zeigten die äussern Genitalien. Wir theilten dem Mädchen mit, dass überhaupt die Zeit zur Erkenntniss ihres Zustandes noch zu früh, jetzt kein bestimmtes Zeichen von Schwangerschaft zugegen sei, und wir uns unseren Ausspruch auf spätere Zeit vorbehalten müssten. Sie wurde in das Journal pro $18^{50}/_{51}$ übertragen.

5) In demselben Monat August 1850 kam eine 24 Jahre alte ledige Person zu uns. Sie führte ein sehr liederliches Leben, war schon dreimal entbunden, das letzte Mal im Mai 1850, und war schon öfter syphilitisch. Seit dem letzten Abortus im Mai 1850 hatte sie ihre Menstruation nicht mehr bekommen, und wollte deshalb wissen, ob sie schwanger sei oder nicht. Wir fanden die Brüste ganz schlaff und milchleer, die äussern Genitalien nicht turgescirend, ebenso die Vagina, den Cervicaltheil $^1/_2$" lang, nicht aufgelockert, derb anzufühlen, sein hinteres Labium länger als das vordere, das Orificium eine längliche Querspalte bildend, das Scheidengewölbe ganz leer, der Uterus nach dem Resultate der inneren und der in liegender Stellung vorgenommenen äusseren Untersuchung bezüglich seines Volumens nicht vergrössert. Wir entliessen die Person sogleich als nichtschwanger. (Journal No. 170.)

6) In den ersten Tagen des November 1850 kam eine 39 Jahre alte ledige Stickerin zu, welche mit 19 Jahren das erste und einzige Mal geboren hatte. Sie hatte im April 1850 das letzte Mal regelmässig ihre Menstruation. Von dieser Zeit an trat zwar noch die Menstruation ein, jedoch jedesmal um 3—4 Tage früher, dauerte jedesmal viel kürzer als gewöhnlich, die Qualität des Menstrualblutes war jedoch nicht verändert. Seit Mitte October 1850 vermeinte die Person Kindesbewegungen zu spüren, und nur die Fortdauer ihrer, wenn auch unregelmässigen Menstruation liess ihr über ihren Zustand einige Zweifel und bestimmte sie, deshalb die Poliklinik zu fragen. (Journal No. 240.) Die objectiven Erscheinungen, die sich darboten, waren folgende: keine Anschwellung der übrigens milchleeren Brüste, durch die Bauchdecken mehr nach rechts hin eine abgrenzbare Geschwulst, durch Gefühl und Percussion erkennbar, bis an den Nabel reichend, hart, keine Kindestheile durch die Bauchdecken fühlbar, schwache Färbung der *Linea alba*, Vaginaltheil hart, $^1/_4$" lang, Muttermund eine Querspalte bildend, Uterus offenbar auch nach dem Resultate der inneren Untersuchung vergrössert, kein vorliegender Kindestheil, Auscultation ergebnisslos. Wahrscheinlich dünkte uns, dass wir es in diesem Falle mit einer Induration des Uterus und einer in seine Wandungen eingebetteten Fremdbildung zu thun hatten; die Uterussonde trauten wir uns wegen der Möglichkeit, wenn auch Unwahrscheinlichkeit von Gravidität nicht in Gebrauch zu ziehen. Wir behielten daher die Person unter Aufsicht, und trugen sie in das Journal pro $18^{50}/_{51}$ über.

7) An demselben Tage im November 1850 kam auch noch eine Frau von 42 Jahren, die früherhin zweimal geboren hatte, das erste Mal ein ausgetragenes Kind gut und leicht, und das zweite Mal einen Abortus von 4 Monaten. Es war eine grosse Frau von kolossaler Dicke und Fettleibigkeit. Sie gab an, im März 1850 das letzte Mal regelmässig menstruirt gewesen zu sein; vom März 1850 bis August 1850 war zwar die Menstruation allmonatlich da, aber höchst sparsam. Nach dem August 1850 kam die Menstruation nicht mehr; dagegen stellten sich im September 1850 Kindesbewegungen ein, die, als die Frau im November 1850 in die Poliklinik kam, nach ihrer Angabe noch da waren. Sie datirte ihre Schwangerschaft vom März 1850 und erwartete ihre Niederkunft Weihnachten 1850; sie hatte sich schon eine Hebamme genommen, welche an ihrem Zustand Bedenken hegte, hatte sich deshalb an mehrere andere Hebammen der Reihe nach gewendet, von denen sie theils für unzweifelhaft schwanger und demnächst entbindend, theils für nicht schwanger erklärt wurde. Diese Zweifel zu beheben und Gewissheit über sich zu erlangen, kam sie in die Poliklinik. (Journal No. 241.) Der objective Befund war folgender: Brüste gross, schlaff, Milch enthaltend; Bauchdecken enorm fett, Bauch wie im 8. Schwangerschaftsmonate ausgedehnt, überall weich und eindrückbar, nirgends ein vergrösserter Uterus zu entdecken oder Kindestheile durchzufühlen; Nabel einwärts gezogen, keine Färbung der weissen Linie; nichts durch die Auscultation vernehmbar; Vaginaltheil $^1/_2$" lang, aufgewulstet, Muttermund ein Oval bildend, keine Vergrösserung des Uterus bei der inneren Untersuchung bemerkbar; Scheidentheil leer. Wir erklärten der Frau, dass sie höchst wahrscheinlich gar nicht, auf keinen Fall aber seit dem März 1850 schwanger sei; wenn sie überhaupt schwanger sei, wofür ausser dem zweifelhaften Symptome der Milchsecretion in den Brüsten gar kein Anhaltspunkt gegeben sei, so habe jedenfalls ihre Schwangerschaft die erste Hälfte noch nicht überschritten, denn bezüglich der Kindesbewegungen walte offenbar ihrerseits Täuschung ob. Auch diese Frau übernahmen wir auf das Jahr $18^{50}/_{51}$.

II. Krankheitszustände.

Wir behandelten überhaupt 29 Personen während ihrer Schwangerschaft an den verschiedensten Krankheitszuständen, deren überwiegende Mehrzahl geringfügiger Natur war.

1) Mit der Schwangerschaft nicht in Nexus stehende Krankheiten kamen im Ganzen in 4 Fällen zur Beobachtung, und zwar:

a) Exanthematische Krankheitsformen in 2 Fällen: einmal Scabies (Journal No. 94) und einmal *Lichen acutus* (Journal No. 127). Die erstere bekämpften wir mit Schwefelsalben, Bädern und dem inneren Gebrauche des Schwefels binnen der bekannten kurzen Zeit mit Glück und entliessen die Schwangere auf ihren Wunsch ins Gebärhaus, wo sie niederkommen wollte; gegen den *Lichen acutus* richteten wir bloss im Allgemeinen die Diätetik und das Regimen ein, um ihn schon nach 5 Tagen verschwinden zu sehen.

b) Syphilis kam zweimal vor bei Schwangeren: das erste Mal bei einem 19jährigen Mädchen, das schon zweimal, einmal mit 5 und das andere Mal mit 7 Monaten, zu früh geboren hatte. Es waren

Condylome am Muttermunde und *Lichen syphiliticus* mit *Blennorrhoea Vaginae* zugegen. In Anbetracht des höchst leichtfertigen Lebenswandels, den dieses leichtsinnige junge Mädchen führen musste, in Anbetracht, dass eine geburtshülfliche Poliklinik nicht zur Behandlung Syphilitischer da sei, und wenn wir auch diese gewähren wollten, Mangel an Pflege und Beaufsichtigung alle Behandlung illusorisch machen würde, wiesen wir die Kranke ins Krankenhaus. (Journal No. 4.) Der andere Fall betraf eine 31 Jahre alte Drittgeschwängerte, ledig. Sie hatte am absteigenden Aste des rechten Gaumensegels ein mit scharf abgeschnittenen Rändern und speckigem Grunde versehenes ovalrundes, 1" langes und $^1/_4$" breites Geschwür, dessen syphilitischen Ursprung sie selbst nachwies. Der Genitalapparat war von floriden syphilitischen Krankheitsformen frei. Wir gaben innerlich Sarsaparilldecocte, welche sich die Schwangere höchst unregelmässig bereitete, und beschränkten uns äusserlich auf die Cauterisation mit Lapis. Einen Erfolg unserer Behandlung sahen wir während der Schwangerschaft nicht. (Journal No. 43.)

2) Mit der Schwangerschaft in näherem Nexus stehende Krankheiten. Von diesen kamen folgende Formen vor:

a) Von beträchtlicheren Circulationsstörungen beobachteten wir einen Fall. In den allerersten Tagen des Septembers 1850 wurden wir (Journal No. 186) zu einer 39jährigen Schwangeren gerufen, die früherhin schon zweimal gut geboren hatte. Es waren sehr starke Congestionen gegen das Gehirn bei fieberfreiem Zustande mit ihren Begleitungssymptomen: Kopfweh, Schwindel, Röthung des Gesichts und der Conjunctiva, Lichtscheu etc. zugegen, was uns zu einem Aderlass und der Darreichung eines salinischen Laxans bestimmte. Es währte 5 Tage, während welcher Zeit der Stuhl immer träge war, und einer Nachhülfe bedurfte, bis unter dem fortgesetzten Gebrauche kalter Fomente auf den Kopf sich diese Congestionen allmälig verloren, um auch nicht für den Rest der Schwangerschaft wiederzukehren.

b) *Oedema pedum et pudendorum* kam zweimal in höherem Grade vor: Der erste Fall betraf eine 44 Jahre alte Fünftgeschwängerte, die viermal regelmässig geboren hatte und bei ihrer Aufnahme in die Poliklinik ihrer Rechnung nach 39 Wochen schwanger war. (Journal No. 81.) Gleichzeitig war geringgradiges Oedem der Hände und des Gesichts zugegen, was um so mehr uns darauf hindeutete, dass seröse Blutkrase diesem über die ganze Körperoberfläche verbreiteten Oedem zu Grunde liege, als auch die Kranke über abwechselnd stärkere und geringere Athemnoth klagte. Eine genaue Untersuchung der Brust- und Bauchhöhle ergab keine Extravasate in diesen Cavitäten, auch lag kein *Vitium cordis* vor. Die Urinsecretion war nicht alterirt. Wir beförderten den etwas trägen Stuhlgang durch Bittersalz. Der andere Fall höhergradigen Oedems kam bei einer 35jährigen erstgeschwängerten Dienstmagd vor, welche 7 Monate schwanger war. (Journal No. 237.) Eine Blutkrase lag diesem Oedem nicht zu Grunde, dafür sprach das gesunde Aussehen der Schwangeren, auch waren in den Körpercavitäten keine serösen Ergüsse. Wir machten trockene aromatische Fomentationen auf das stark geschwollene *Pudendum externum* ohne sonderlichen Erfolg.

c) An Krankheiten der Respirationsorgane behandelten wir 7 Schwangere.

α) 4 Fälle von *Catarrhus bronchiorum et pulmonum febrilis* kamen in den Monaten Januar und Februar 1850 vor. Zwei Fälle konnten mit Erfolg durch *Nitrum* und *Sulph. Antimonii aurati*, mit (Journal No. 2) oder ohne Zusatz von Morphium (Journal No. 10), der 3. Fall durch ein antiphlogistisches Decoct mit Zusatz von Brechweinstein *in refracta dosi* (Journal No. 40) mit Erfolg in kurzer Zeit behandelt werden. Der 4. Fall benöthigte bei einer 40jährigen achtgeschwängerten Frau einen Aderlass neben *Nitrum* mit *Sulph. aurat.* Da gleichzeitig sehr starker Hämorrhoidalzustand mit Obstipation zugegen war, gaben wir später mit sehr gutem Erfolg ein *Decoct. fort. Rhamni frangulae* mit *Nitrum*. Erst nach 12 Tagen schwand der Bronchialkatarrh ganz; die Schwangere kränkelte aber den ganzen noch übrigen Rest ihrer Schwangerschaft von 2 Monaten aus Mangel an erquickender und labender Ernährung *ex miseria*. (Journal No. 7.)

β) Sub No. 182 unseres Journals nahmen wir im August 1850 eine aussereheliche, zum 8. Male schwangere Person von 40 Jahren in den letzten Tagen ihres Schwangerseins auf. Es war laut ausgesprochener Zeichen durch Auscultation, Percussion, Qualität der Sputa etc. Pneumonie des unteren linken Lungenlappens zu ermitteln. Eine Venäsection mit Nitrum und Bittersalz brachte schon nach 24 Stunden eine wesentliche Abnahme aller Symptome hervor, die gerade noch Zeit hatten, sich innerhalb weiterer 3 Tage vollkommen zu beschwichtigen, als auch schon die ersten Wehen eintraten.

γ) Eine Schwerkranke brachte uns der Monat Juli. (Journal No. 152.) Eine ledige, 26 Jahre alte, tuberculöse, zum 5. Male schwangere und gerade 6 Sonnenmonate schwangere Person war schon seit 3 Tagen krank, vernachlässigte aber ihre Krankheit. Wir nahmen sie am 22. Juli 1850 auf mit heftigem Fieber und mit Pleuropneumonie rechterseits; zugleich war im rechten Pleurasacke unten bereits pleuritisches Exsudat von 1" Höhe durch die Percussion erkennbar. Die Entzündung bestand dabei noch fort, wie ausser den Ergebnissen der Auscultation der stechende Schmerz bei selbst nicht sehr tiefem Einathmen und der trockene Husten beurkundeten. Wir machten eine Venäsection und gaben ein *Decoct. nitrosum*, und als am folgenden Tage der Zustand um Weniges nur besser war, liessen wir 10 Hirudines an die rechte Brustseite unten setzen; gaben das *Decoct. nitrosum* fort, und als auch in den folgenden 2 Tagen besonders der Husten die Kranke sehr quälte, nebenbei noch Morphium. Am 28. Juli 1850 war die ganze untere Hälfte des linken Pleurasackes mit Exsudat angefüllt, wie die Percussion ergab; der quälende Husten und das Fieber dauerte fort und es stellten sich Nachtschweisse ein. Wir applicirten ein Vesicans und erhielten dieses fortan im Flusse, gaben hin und wieder zur Beruhigung $^1/_4$ Gran Morphium und wirkten stark auf die Diurese durch fortgesetzten Gebrauch eines *Inf. Petroselini et Digitalis* mit *Extr. Squillae et Kali aceticum*. Bis zum 4. Aug. 1850 sahen wir keine Aenderung der Dinge; erst dieser Tag brachte eine Besserung, die so rasch vorwärtsschritt, dass die leichtsinnige Person schon am 7. Aug. 1850 aufstehen zu können wähnte, und dies auch wirklich that, aber nur um recidiv zu werden. Es erfolgte Infiltration beider Lungen. Wir setzten die bezeichnete Behandlung fort, schnitten ihr noch am rechten Arm ein Fontanell und erhielten das Vesicans auf der rechten Hälfte des Thorax noch eine geraume Zeit in Fluss. Es erfolgte eine sehr langsam vorwärtsgehende Reconvalescenz.

δ) Im Mai 1850 bekamen wir eine 39jährige Frau von einem Collegen überwiesen. Sie hatte schon elf- oder zwölfmal geboren, darunter mehrere Abortus und 1 oder 2 Placentenlösungen; alle diese Geburten waren sehr rasch einander gefolgt in einer 12jährigen Ehe. Sie befand sich im letzten Stadium der Lungenphthise und war uns nur in der Voraussicht ihres demnächst zu erwartenden Todes als Gegenstand des Unterrichts für die Poliklinik aus Wohlwollen von dem sie behandelnden Collegen überlassen worden. Von einer Behandlung konnte nur insofern die Rede sein, als es unsere Pflicht war, die letzten Lebenstage dieser armen Frau zu erleichtern. (Journal No. 119.)

d) Von gleichzeitig bestehenden Krankheitszuständen im Bereiche des Respirations- und Digestionsapparates kamen 2 Fälle vor. Beide waren Catarrhe des Magens und der Bronchien, und zwar der eine (Journal No. 11) ein febriler, behandelt mit *Tinct. Rhei aquosa in Aq. foeniculi*, der andere ein febriler (Journal No. 137) mit *Inf. Sennae* behandelt.

e) An Krankheiten der Organe des Digestionsapparates, die poliklinisch zur Beobachtung kamen, bemerken wir hier 10 Fälle.

α) Jene Schwangere, die schon im Juni 1850 einen *Catarrhus Ventriculi et bronchiorum febrilis* hatte (Journal No. 137), zog sich im November 1850 einen Gastricismus zu, der einem *Inf. Sennae* wich.

β) Von fieberlosen Magencatarrhen kamen in den Monaten Januar und Februar 1850 3 Fälle vor. (Journal No. 22, 32, 41.) Alle 3 Fälle waren in wenigen Tagen durch *Magnes. carbon. c. Rheo* oder Brausepulver gehoben.

γ) Im Monate Juni 1850 nahmen wir eine 23 Jahre alte ledige Erstgeschwängerte auf. Sie hatte *Catarrhus Ventriculi febrilis et Febris intermittens quotidiana*. Wir beseitigten zuerst den gastrischen Zustand durch *Tinct. Rhei aquosa*, und gaben dann Chinin. Schon nach der ersten Dosis wurde der Paroxysmus an Dauer und Intensität geringer, und der vierte Paroxysmus nach der einmal begonnenen Darreichung des Chinins bestand nur noch in einem Anfluge geringer Hitze. Ein fünfter Paroxysmus erfolgte nicht. (Journal No. 120.)

δ) Die heissen Sommermonate Juli und August 1850 brachten uns 2 Fälle von *Catarrhus Ventriculi et Intestinorum c. Diarrhoea et Vomitus* (Cholerine), einmal bei einer 42 Jahre alten, zum 14. Male schwangeren und im 8. Monate ihrer Schwangerschaft befindlichen Frau (Journal No. 36), und das andere Mal bei einer 41jährigen, zum 13. Mal schwangern und ebenfalls im 8. Schwangerschaftsmonate befindlichen Frau. (Journal No. 174.) Sie gesundeten beide sehr bald.

ε) Eine 40 Jahre alte, ebenfalls zum 13. Male schwangere Frau kam schon im 2. Monate ihrer Schwangerschaft zu uns. Sie klagte über quälenden und beim Druck sich vermehrenden Schmerz in der Magengegend, ohne dass irgend eine locale Ursache denselben zu Grunde gelegen hätte. Wir sahen die Sache als eine die erste Hälfte der Schwangerschaft so häufig begleitende Gastralgie an, als dieser Schmerz sich keineswegs nach dem Essen vermehrte, die Zunge stets rein war und Vomituritionen zugegen waren. Wir linderten zwar durch *Magisterium Bismuthi* mit Morphium das Leiden, ohne es jedoch zu

heben. Es verlor sich von selbst in der zweiten Hälfte der Gravidität. (Journal No. 181.)

ζ) Im Januar 1850 nahmen wir eine 31 Jahre alte ledige Zweitgeschwängerte auf, die schon seit 11 Tagen ein Wechselfieber hatte. (Journal No. 5.) Da keine gastrische Complication zugegen war, gaben wir gleich Chinin und brachten nach 4 Tagen die Paroxysmen zum Schweigen.

η) Eine Schwangere, die sich bei uns meldete, hatte einen linkseitigen Leistenbruch, der keine Beschwerden während der Gravidität verursachte. (Journal No. 4.)

f) Krankheitszustände der Organe des uropoëtischen Systems beobachteten wir nur einmal, nämlich eine *Incontinentia urinae.* Sie war hervorgerufen durch eine Uterinaldislocation, und schon im nichtschwangeren Zustande zugegen. (Journal No. 27.)

g) Krankheiten der Vagina. Abgesehen von der vermehrten Schleimabsonderung der Vagina, die so häufig bei Schwangeren vorkommt, und abgesehen von der Vaginalblennorrhöe, welche wir bei der schon erwähnten Syphilitischen (Journal No. 4) beobachteten, abgesehen ferner von jenen Vaginaldislocationen, welche die nothwendigen Begleiterinnen der Uterinaldislocationen sind, beobachteten wir mehrere Vorfälle theils der hinteren, theils der vorderen Vaginalwand, in der Regel mit Hypersecretion der Mucosa. Eine besonders hochgradige Dislocation der hinteren Wand kam bei einer 28 Jahre alten ledigen Zweitgeschwängerten vor; sie war Folge der ersten Geburt, und auch bei ihr gleichzeitig *Blennorrhoea Vag.* zugegen. (Journ. No. 137.)

h) Krankheiten des Uterus, und zwar:

α) Dislocationen.

αα) *Anteversio uteri, Metritis.* (Journal No. 125.) Eine 25 Jahre alte, kräftige, gesunde, zum zweiten Male schwangere Frau, die im Jahre 1849 zum ersten Male regelmässig und leicht geboren hatte, säugte ihr Kind noch, obschon bereits im dritten Monate ihrer Schwangerschaft. Am 4. Juni 1850 musste sie zu Stuhl gehen. Plötzlich empfand sie, durch starkes Drücken verursacht, im Unterleibe einen heftigen Schmerz. Sie meinte etwas zerrissen zu haben, weil sich etwas im Leibe gesenkt und umgedreht habe. Sie musste sich sogleich legen, weil sich die Schmerzen immerwährend vermehrten. Der Bauch war aufgetrieben und bei der geringsten Bewegung ungemein schmerzhaft. Später empfand sie auch im Kreuz stechende Schmerzen, die ihr nie Ruhe liessen. Bei der Untersuchung ergab sich, dass durch das Drängen beim Stuhlgang die Mutterbänder sich gedehnt hatten, und der Grund des Uterus nach vorn unter die Symphyse, der Hals der Gebärmutter aber so hoch gegen das Promontorium getreten war, dass er nur mit grösster Schwierigkeit mit zwei Fingern erreicht werden konnte. Die Harnexcretion war seit 24 Stunden geschwunden, die Blasengegend beim Druck schmerzhaft; seit 36 Stunden kein Stuhlgang, mässiges Fieber. Die Kranke erhielt ein *Laxans salinum* mit Nitrum, der Urin wurde mit dem Katheter entleert, dessen Introduction keine Schwierigkeiten machte. Ruhige horizontale Rückenlage und Cataplasmen auf den Unterleib.

Am 6. Juni 1850 hatten sich die Schmerzen im Kreuz beinahe ganz verloren, die Schmerzhaftigkeit des Uterus bei der Vaginalexploration und der äusseren Untersuchung war geringer; es waren Stuhlgänge eingetreten, der Zustand fieberfrei. Es wurde die gestrige Ordination beibehalten. Trotz der strengsten Befehle zu grösster Ruhe befolgte Patientin nicht den gegebenen Rath, und verliess, theils um zu Stuhle zu gehen, theils auch wegen ihres Kindes, einige Male das Bett. Der Zustand der Patientin hatte sich daher am 7. Juni 1850 sehr verschlimmert. Der Uterus war mit seinem Grunde noch mehr unter die Symphyse getreten, so dass jetzt sein Cervicaltheil nicht mehr zu erreichen war; seine Schmerzhaftigkeit hatte sich vermehrt; ebenso die Behinderung der Urinexcretion. Sie hatte starkes Fieber, und die geringste Berührung der Unterbauchgegend und die geringste Bewegung vermehrte den Schmerz im Becken. Folglich Metritis. Sie bekam neuerdings ein *Laxans salinum*, 12 Hirudines auf die Unterbauchgegend, Cataplasmen, strengste Diät und Ruhe in horizontaler Rückenlage, Application des Katheters.

Am 8. und 9. Juni wenig Besserung, zwar geringer Nachlass des Fiebers, aber keine Aenderung in der örtlichen Lage der Dinge. Trotz des salinischen Laxans keine Stuhlgänge. Sie bekam daher am 10. Juni zweistündlich 2 Gran Calomel und 4 Dosen in Summa 8 Gran Calomel, worauf 4 weiche Stühle eintraten, und am 11. Juni grosse Erleichterung vorhanden war, obgleich die örtlichen Krankheitserscheinungen, wenn auch in geringerem Grade, noch zugegen waren. Von diesem Tage an ging es immer besser; die Kranke, einen Abortus fürchtend, folgte fleissig. Wir liessen die Kranke mehrere Wochen lang exclusiv in horizontaler Rückenlage beharren, sorgten fleissig für Leibesöffnungen, und konnten im Juli 1850, als der Uterus von selbst sich nach physiologischen Gesetzen aus der Beckenhöhle erhob, die Kranke geheilt entlassen.

Ist *Anteversio uteri* aus naheliegenden anatomischen und physiologischen Gründen eine seltene Erscheinung, so ist es gewiss noch seltener, dass so hochgradige Zufälle, ähnlich denen einer Incarceration, dadurch hervorgerufen werden. Wir haben absichtlich diesem Falle unsere besondere Aufmerksamkeit zugewendet und ihn so ausführlich mitgetheilt, weil wohl nur die Seltenheit dieser Dislocation manchen Geburtshelfer zu der Behauptung vermocht haben konnte, ihr Vorkommen überhaupt zu leugnen.

ββ) Senkungen des Uterus. Hiervon kamen 2 Fälle vor:

1) Eine 34 Jahre alte Frau hatte im Jahre 1846 zum ersten Male geboren. Die Geburt war regelmässig und glücklich. Auch das Wochenbett verlief regelmässig. Kurz nach dem Wochenbette merkte sie, dass unwillkürlich Urin abfloss, achtete doch auf dieses nicht bedeutend, und suchte auch später, als das Uebel ärger wurde, keine ärztliche Hülfe. Allmälig fiel ihr die Gebärmutter und die Scheide herab, und in dem Grade, als sich das Heraustreten dieser Organe vergrösserte, vermehrte sich immer mehr das Unvermögen den Harn zu halten, so dass sie endlich, so lange sie auf war und ihren Geschäften nachging, nicht die geringste Quantität Harns zu halten vermochte, sondern ununterbrochenes Harnträufeln hatte. In liegender Stellung im Bette war ihr Leiden gelinder. In diesem Zustande verbrachte die Frau volle $3\frac{1}{2}$ Jahre, bis sie im Juni 1849 neuerdings schwanger wurde, und im Januar 1850 sich an die Poliklinik wendete. (Journal No. 27.) Wir fanden bei der Untersuchung zwar eine so bedeutende Uterinalsenkung, dass die Orificialöffnung au niveau der grossen Schamlippen stand, und die Vagina halb umgestülpt, halb nicht den *Introitus vaginae* nach aussen überragte, aber doch zu unserer und der Frau Beruhigung keine Vesico-Vaginalfistel, wie wir anfänglich nach der Erzählung der Frau befürchteten, und folglich die gänzliche Unvermögenheit des Harnhaltens secundär von der Uterinal- und Vaginaldislocation abhing. Ein Versuch zur Ermöglichung einer Radicalheilung sollte und konnte erst nach dem Wochenbette vorgenommen werden, und blieb der Schwangeren für den Rest ihrer Schwangerschaft kein anderer Trost, als durch möglichst anhaltende horizontale Rückenlage ihren Zustand nach Thunlichkeit zu erleichtern.

2) Im Juni 1850 kam eine 35 Jahre alte, mit Lungentuberculose behaftete Frau zu uns. Sie hatte 5 Kinder bereits geboren und war sehr herabgekommen. Auch sie hatte in Folge dieser Geburten und der ärmlichen Verhältnisse, die ihr nicht gestattet hatten, in den Wochenbetten sich zu halten, eine Uterinal- und Vaginaldislocation davongetragen. Im Zustande der Nichtschwangerschaft lag der Uterus mit der umgestülpten Scheide heraus. Sie kam am Ende des 8. oder Anfangs des letzten Schwangerschaftsmonats zu uns, und stand der Vaginaltheil nahe dem Beckenausgange, ohne, wie bei dem vorigen Falle, au niveau der Schamlippen zu stehen, und ohne Prolapsus der Scheide. Wie in dem vorigen Falle, verschoben wir auch hier einen Heilungsversuch bis nach dem Wochenbette. (Journal No. 127.)

β) *Rheumatismus uteri* kam 1 Mal während der Schwangerschaft bei einer 34 Jahre alten und in der 35. Woche ihrer vierten Schwangerschaft befindlichen Frau vor. Dower'sches Pulver hob in 4—5 Tagen neben Regulirung des Regimens das Uebel. (Journal No. 21.)

γ) An Blutflüssen während der Gravidität und drohendem Abortus oder Frühgeburt behandelten wir eine grössere Anzahl Schwangerer, allein keine einzige mit Erfolg: Theils wurden wir erst beigezogen, als die Blutungen schon so überhand genommen hatten, dass die Möglichkeit der Erhaltung des Eies sogleich aufgegeben werden musste, an welche zu späte Herbeirufung wiederum einestheils der Leichtsinn der Weiber gegen anfänglich geringfügige Blutungen, die sie nicht achten, theils die Sorglosigkeit der Hebammen die Schuld trägt, welche die Behandlung solcher Ereignisse als etwas ausschliesslich in ihr Ressort Fallendes ansehen, und sich nach ärztlicher Hülfe erst umschauen, wenn ihre Kunst sie verlässt; theils endlich sind die Verhältnisse des Publikums einer geburtshülflichen Poliklinik nicht der Art, dass solche Zustände mit Erfolg behandelt werden können. Die Armuth eines poliklinischen Publikums erlaubt den Weibern nicht, längere Zeit die strengste Ruhe zu beobachten, und mit dem Hinwegfallen dieses für die Behandlung aller Gebärmutterblutungen während der Schwangerschaft mit drohenden Aborten und Frühgeburten bekanntlich unumgänglich nothwendigen Erfordernisses fällt auch die Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung. In der Regel folgte daher in unserer Poliklinik Abortus oder Fehlgeburt dem Eintritte der Blutung. Eine Ausnahme hiervon, sowohl rücksichtlich der Zeit, binnen welcher die Frühgeburt dem ersten Auftreten der Blutung folgte, als wegen der ordentlichen Pflege, die die Frau hatte, machte nur Ein Fall. In den ersten Tagen des September 1850 wurden wir zu einer 34 Jahre alten Frau beschieden, die schon zwei ausgetragene Kinder glücklich geboren hatte und sich ungefähr im 6. Schwangerschaftsmonate befand (Journ. No. 184). Sie hatte leichte Metrorrhagie, wofür eine von aussen her kommende Veranlassung nicht gegeben war, und leichte Uterincontractionen. Wir

gaben Morphium und *Elixirium acidum Halleri*. Diese Symptome verschwanden nach 24 Stunden, um nach kürzester Zeit wiederzukehren. So dauerte dieses abwechselnde Eintreten und Wiederaufhören von bald geringeren, bald stärkeren, jedesmal aber verhältnissmässig mässigen Blutungen und Wehen einen ganzen Monat hindurch. Die Frau hielt sich sehr gut, kam die ganze Zeit nicht vom Bette auf und hatte alle mögliche Pflege. Dennoch kam es zur Frühgeburt.

δ) Endlich beobachteten wir noch einen höchst interessanten Fall von anomaler Auflockerung der Knochenverbindungen des Beckens (Journal No. 123). Eine zum 5. Male schwangere Frau von 35 Jahren kam zu uns und erzählte, dass sie bei jeder ihrer früheren 4 Schwangerschaften an der Gicht gelitten, die sich dadurch geäussert habe, dass sie mit zunehmender Schwangerschaft immer beschwerlicher geworden, und dass sie am Ende gar nicht mehr habe gehen können. In und nach dem Wochenbette habe sich das Gehvermögen allmälig wieder hergestellt, und im nichtschwangern Zustande merke sie gar nichts von dieser Gicht. Mit jeder Schwangerschaft sei die Intensität und Dauer des Uebels gestiegen und später wieder verschwunden. Diese Anhaltspunkte liessen uns keinen Zweifel, womit wir es zu thun hatten, besonders als wir den wackligen, entenartigen Gang der Frau sahen, und wie sie ihre beiden Hände beim Gehen in's Kreuz stemmte, was ihr Erleichterung verschaffte. Diese anomale Auflockerung der Beckensymphysen ist zwar bekanntermaassen ein nicht so gar selten vorkommender Zustand, allein bekanntlich scheitern auch alle Heilversuche. Weniger weil wir einen Erfolg davon hofften, als weil es den Grundsätzen einer rationellen Therapie entspricht, liessen wir Morgens und Abends die ganze Beckenpartie des Körpers mit dem stärksten Franzbranntwein einreiben, namentlich auf der Kreuzgegend, und diesen vertrocknen. Die Erleichterung, die wir der Frau verschafften, schreiben wir vielmehr einem eng und fest anschliessenden Lendengürtel zu, der die Frau in den Stand setzte, 4 Wochen lang mit wesentlicher Erleichterung gehen zu können. In dem letzten Schwangerschaftsmonate verlor aber auch der Gürtel diese seine Eigenschaft, und war die Frau an ihr Zimmer gefesselt.

III. Am 17. November 1850 nahmen wir eine plötzlich verstorbene Schwangere auf (Journal No. 250). Dieselbe war eine Erstgeschwängerte, 27 Jahre alt, kräftig und robust, und erwartete in den letzten Tagen Novembers 1850, nach Aussage ihrer Angehörigen, ihre Niederkunft, war also ungefähr bis zum Ende der 38. Woche in ihrer Schwangerschaft vorgerückt. Sie bügelte noch den ganzen Vormittag des bezeichneten Tages und war ganz wohl. Mittags 12¼ Uhr klagte sie während des Bügelns über Unwohlsein, taumelte etliche Schritte vorwärts, stürzte nieder und war nach wenigen Minuten eine Leiche. Nach den übrigens ob des Schreckens sehr verworrenen, sich widersprechenden und unklaren Aussagen ihrer Verwandten soll sie ganz dunkelblau im Gesichte ausgesehen, übrigens keine Zuckungen der Gliedmaassen und der Gesichtsmuskeln, und keinen Schaum vor dem Munde, während sie noch lebend auf dem Boden lag, gehabt haben. Die *Causa mortis* musste sonach vor der Section im Unklaren bleiben.

Eine zweite Schwangere starb an Lungenphthise (Journ. No. 110).

IV. Die Untersuchungsübungen wurden auch in diesem Jahre nach jenen Normen cultivirt, wie sie in der Darstellung der allgemeinen Verhältnisse unserer hiesigen geburtshülflichen Poliklinik [1]) näher auseinandergesetzt sind. Es wurden in wöchentlich 2, folglich im Jahre 96 poliklinischen Stunden, 93 Schwangere den Praktikanten zur Uebung im Untersuchen vorgestellt.

(Fortsetzung folgt.)

Miscellen.

Wenig gekannte Ursache des Leibschneidens und der Diarrhöe bei Kindern in den ersten Monaten nach der Geburt.

Von

Sanitätsrath Dr. Droste in Osnabrück.

Nicht selten ist nach Dr. Garnier, den „Annales médicales de la Flandre occidentale" zufolge, bei Kindern dieses Alters der Darm oder das Netz in den Nabelring eingekniffen. Die Bruchtheile können so wenig beträchtlich sein, dass sie der Aufmerksamkeit des Arztes häufig entschlüpfen. Diesen Umstand im Auge haltend und die daraus resultirenden sehr einfachen Indicationen erfüllend, hat Dr. Garnier wenigstens zehn von Leibschneiden und Diarrhöe in den ersten Monden ihres Lebens afficirte Kinder geheilt. Ist der Bruch zurückgebracht, so unterhält er die Reduction durch die Application einer einfachen Pelote von Korkholz, die mit Klebepflaster befestigt wird.

[1]) Hofmann, Versuch eine geburtshülfliche Poliklinik an der k. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München zu gründen und der Erfolg dieses Versuches. Prager Vierteljahrs-Schrift für die prakt. Heilkunde. Bd. 30. 1851. 2. Quartalheft. Originalaufsätze S. 140.

Cholera.

Im Regierungs-Bezirk Breslau ist in diesem Jahre die Cholera in der Stadt Breslau und in den Kreisen Glatz, Frankenstein, Münsterberg, Neumarkt und Nimptsch aufgetreten. Der erste Erkrankungsfall war in Breslau und gleichzeitig in Birgwitz, Kreis Glatz, am 27. Aug.; hier blieb er vereinzelt, wogegen die Krankheit in Breslau, obgleich in nicht hohem Grade, noch fortdauert. Am 28. Aug. kam auch in der Stadt Glatz der erste Cholerafall vor, und dauerte hier die Krankheit bis Ende September, wobei 39 Personen erkrankten, 24 genasen und 15 gestorben sind. — Bis zum 16. Octbr. sind in Breslau überhaupt 67 Personen erkrankt, davon 2 genesen, 36 gestorben und waren noch 29 in der Behandlung.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Kreis-Physikus Dr. Wiesmann zu Dülmen ist der Charakter als Sanitätsrath verliehen.

Personalveränderungen. Preussen. Befördert: Die Stabsärzte zweiter Klasse des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts Dr. Goecke, Dr. Baltes und Dr. Wegner zu Stabsärzten erster Klasse. Verabschiedung: Dem Bataillons-Arzt Witt vom 1. Bat. (Danzig) des 5. Landw.-Reg. ist der nachgesuchte Abschied mit der gesetzlichen Pension bewilligt. Ernannt: Der Oberarzt Dr. v. Stückradt vom 3. Inf.-Reg. zum Bat.-Arzt für das erwähnte Landwehr-Regiment. Versetzt: Der Bat.-Arzt Kroll vom 10. Inf.-Reg. zum 2. Bat. (Kosel) des 22. Landw.-Reg.; der Bat.-Arzt Dr. Hesse vom 2. Bat. (Schrimm) des 19. Landw.-Reg. in gleicher Eigenschaft zum 10. Inf.-Reg. und der für das 2. Bat. (Kosel) des 22. Landw.-Reg. ernannte Bat.-Arzt Dr. Seydel zum 2. Bat. (Schrimm) des 19. Landw.-Reg. Angestellt: Der prakt. Arzt, Operateur und Geburtshelfer Dr. Tschepke zu Freienwalde als Kreis-Physikus des Oberbarnimschen Kreises.

Sonnabend, № 51. 20. December 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen.* Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Zur Casuistik der Bruchschnitte.

Von
Dr. Stadelmann,
prakt. Arzt in Nürnberg.

In den 8 Jahren, da ich die ärztliche Praxis selbstständig übe, hatte ich Gelegenheit, die Operation des eingeklemmten Bruches 18 Mal, und zwar bei 5 Leisten- und 13 Schenkelbrüchen, zu verrichten. In 11 dieser Fälle erfolgte Heilung, 7 hatten tödtlichen Ausgang.

Bruchschnitte mit glücklichem Ausgange.

1) 70jähriger Mann. Leistenbruch der rechten Seite. Netzbruch. Einklemmungserscheinungen seit 48 Stunden. 2) 60jähriger Mann mit sehr grossem linksseitigen Leistenbruch. Darmbruch. Einklemmung seit 8 Tagen. 3) 65jährige Frau mit Schenkelbruch der linken Seite. Darmbruch, 48stündige Einklemmung. 4) 55jähriger Mann mit Leistenbruch. Hodensackbruch der rechten Seite. Darmbruch. Einklemmung seit 3 Tagen. In diesem Falle war die vorgefallene grosse Darmschlinge bei der Operation schon stark entzündet. Ein der Mitte des Bruchsackes entsprechendes zolllanges Darmstück hatte das Aussehen nassen Pergamentes. Der erste Stuhlgang 18 Stunden nach der Operation. Fortdauer des Erbrechens bis zum 5. Tage nach derselben. Dumpfer Schmerz oberhalb der Operationsstelle, bis in der 7. Nacht nach der Operation Erguss einer reichlichen Menge dünnen Darminhaltes aus der Wunde erfolgte. Trotz der Darmdurchbohrung Fortdauer der Stühle. Fünf Monate nach der Operation war die Heilung so weit erfolgt, dass noch ein kleiner, wenig absondernder Fistelgang blieb. 5) 54jährige Frau mit Schenkelbruch der rechten Seite. Netzdarmbruch. Einklemmung seit 15 Stunden. 6) 53jährige Frau mit Leistenbruch der linken Seite; 36stündige Einklemmung. 7) 50jährige Frau mit Schenkelbruch der linken Seite. Darmbruch. Einklemmung seit 2 Tagen. 8) 50 Jahre alte Person mit Schenkelbruch der linken Seite; $2\frac{1}{2}$tägige Einklemmung. 9) 48jähriger Mann mit Schenkelbruch der rechten Seite. Netzdarmbruch; 48stündige Einklemmung. 10) 43jährige Frau mit Schenkelbruch der rechten Seite. Darmbruch. Einklemmung seit 21 Stunden. 11) 34jähriger Mann mit Leistenbruch der rechten Seite. Netzdarmbruch. Einklemmung seit 21 Stunden.

Bruchschnitte mit tödtlichem Ausgange.

1) 70jährige Frau. Schenkelbruch der linken Seite. Darmbruch. Operation am 4. Tage der Einklemmung. Es war bereits Durchbohrung des Darmes eingetreten. Zustandekommen eines widernatürlichen Afters. Abgang alles Darminhaltes aus demselben. Tod 6 Wochen nach der Operation durch Erschöpfung. Die Leichenöffnung erwies die Darmfistel im Ileum. 2) 70jähriger Mann mit sehr grossem Leistenbruch. Operation nach 4tägiger Einklemmung. Darmbruch. 3) 69jähriger Mann mit sehr grossem Schenkelbruche. Darmbruch; 3tägige Einklemmung. 4) 64jähriger Mann mit Schenkelbruch der rechten Seite. Darmbruch; 7tägige Einklemmung. Unversehrte Darmschlinge. Keine Entzündung oberhalb der Einschnürung. Nach der Operation keine entzündlichen Erscheinungen im Unterleibe. Bald darauf noch einmaliges Erbrechen. Stuhlgang nach 2 Stunden. Die schon vor der Operation trockene braune Zunge wurde zwar wieder feucht, jedoch bald klebrig. Es stellte sich kein Appetit mehr ein. Wenig und unerquicklicher Schlaf. Mehr und mehr überhand nehmender Kräfteverfall, bis 5 Wochen nach der Operation der Tod unter den ausgesprochenen

Feuilleton.

Ein Besuch im orthopädischen Institut des Dr. Langaard in Hamburg.

Von
Dr. Ed. Krieger in Berlin.

Es herrscht bei vielen Aerzten, und gewiss nicht mit Unrecht, eine Antipathie gegen orthopädische Institute, theils weil dieselben die bei einer Mehrzahl der Patienten, jungen Mädchen zwischen 13 und 16 Jahren, so äusserst nöthige elterliche Aufsicht ausschliessen, theils weil trotz dieses Opfers die Aussicht auf Heilung oder auf wesentliche Besserung nur eine geringe ist. Das orthopädische Institut in Hamburg hat eine Reihe so glücklicher Heilungen von Skoliosen bewirkt, denn auf diese kann sich das eben Gesagte doch nur vorzugsweise beziehen, dass es fast scheint, als machte es eine Ausnahme von den anderen Anstalten dieser Art. Wir wollen nicht von dem frischen und fröhlichen Aussehen der meisten Patienten sprechen, denn dieses findet in jeder gut eingerichteten orthopädischen Anstalt statt, wo für eine zweckmässige Diät und Bewegung, namentlich durch Turnübungen, gesorgt ist; wir heben nur die Erfolge hervor, welche die Kranken dieser Anstalt der seltenen Consequenz und den durchaus zweckentsprechenden Apparaten ihres Dirigenten verdanken. — Dr. Langaard, ein Däne von Geburt, ist der Bruder des Besitzers der orthopädischen Anstalt in Copenhagen, hat dort von Jugend auf sich mit der Behandlung orthopädischer Kranker vertraut gemacht, darauf mehrere Jahre lang bei einem tüchtigen Mechaniker gearbeitet und sich dann dem Studium der Medicin ergeben, welches er lediglich im Hinblick auf seinen speciellen Zweck auf das eifrigste betrieben hat. Diese glückliche Vereinigung von Arzt und Mechaniker in einer Person ist bisher ein Desiderat gewesen, und ihrem Mangel verdankt unser Armamentarium eine Reihe unzweckmässiger Maschinen, sowie eine grosse Anzahl nicht geheilter Skoliotischer die ihnen gewährte, übel angebrachte und deshalb schädliche Hülfe. Dr. L. dagegen, der als Arzt, obwohl er die Licenz zur allgemeinen ärztlichen Praxis nicht erlangt hat, genau wissen kann, an welchem Punkte und in welcher Richtung er eine Hülfe anwenden will, hat es als geschickter Mechaniker zugleich in seiner Macht, solche Vorrichtungen an seinen Apparaten anzubringen, dass die gewünschte Hülfe wirklich geleistet wird. Die von ihm angewendeten Maschinen, bei denen die Vollkommenheit der Arbeit die Erzeugnisse der Werkstätten aller unserer Instrumentenmacher weit hinter sich zurücklässt, sind daher wirksam, ohne unbequem, oder der Gesundheit in irgend einer andern Beziehung schädlich zu sein. Sie wurden bis vor Kurzem sämmtlich von ihm selbst angefertigt, und erst seitdem eine grössere Zahl von Patienten in der Anstalt Aufnahme findet, legt er nur die letzte Hand an die unter seiner Aufsicht gearbeiteten Apparate.

Wir haben Corsets gesehen, welche alle und jede Bewegung des Oberkörpers zulassen, die Respiration nicht beengen und selbst Turnübungen erlauben, ohne irgend einen anderen Mangel zu haben, als dass sie eine unvortheilhafte Figur machen, weil sie nicht eng anschliessen und von einer lose darüber hängenden Blouse bedeckt sind. Auf den Hüften aufliegend, aber vorn durch eine Feder verbunden, welche die Bewegungen der Bauchmuskeln beim Ein- und Ausathmen mitmacht, trägt der gürtelförmige untere Theil des Gestells die beiden Achselkrücken, welche dem Körper die Haltung geben, und trotzdem dass ihr Schaft aus einer fingerdicken cylindrischen Stahlstange oder

Erscheinungen des Marasmus erfolgte. Section verweigert. 5) 45jährige Frau mit Schenkelbruch der rechten Seite. Darmbruch; 6tägige Einklemmung. Serosa an der eingeschnürten Stelle theilweise verschwärt. Berstung des Darmes unmittelbar nachdem er zurückgebracht war. Tod 6 Stunden nach der Operation. Section verweigert. 6) 36jährige Frau mit Schenkelbruch der rechten Seite. Darmbruch; 5tägige Einklemmung. Serosa verschwärt. Berstung des Darmes während des Zurückgleitens durch die Bruchpforte. Tod in der 4. Stunde nach der Operation. Die Leichenöffnung wies die heftigste Unterleibsentzündung nach. Einklemmung einer Schlinge des Ileum. 7) 65jährige Frau. Einklemmung seit 30 Stunden. Schenkelbruch der rechten Seite. Netzbruch.

Drei der verzeichneten Operationen betrafen Brüche von ausgezeichneter Grösse und dürfen näher beschrieben werden. Ein 70jähriger, für sein Alter sehr kräftiger Mann (No. 2 der Operationen mit tödtlichem Ausgang) war mit 2 Leistenbrüchen behaftet, wovon der linke kleinere in den Hodensack reichte, jedoch die gewöhnliche Grösse dieser Art von Brüchen nicht überschritt, der rechte die entsprechende Hälfte des Hodensacks bis zur Mitte des Oberschenkels ausgedehnt hatte. Der Umfang stand im Verhältniss zur Länge. Dieser Bruch bestand seit 41 Jahren und klemmte sich nach Aussage des Kranken vor 10 Jahren das erste Mal ein, die Einklemmung wäre jedoch in 24 Stunden beseitigt gewesen. Häufiger hatten Einklemmungen des linken (kleineren) Bruches stattgefunden, so ein Jahr, bevor ich den Kranken behandelte (1849) deren drei. Die Einklemmung war jedesmal durch die gewöhnlichen Mittel zu beseitigen. Ein Bruchband war nie anhaltend getragen worden. Der linke Bruch war vollständig zurückzubringen, nicht so der rechte, welcher seit längerer Zeit in einem Tragbeutel getragen wurde.

In den ersten Tagen des November 1849 war eine Einklemmung des linken Bruches, die nach Aussage des dazu gerufenen Wundarztes sowohl, als des Kranken, mit verhältnissmässig geringen Beschwerden verlief, seit einem halben Tage beseitigt, als der Kranke plötzlich von Kolik, Erbrechen, Urin- und Stuhlverhaltung befallen wurde. Durch das Erbrechen wurde grüne, geruchlose Flüssigkeit entleert. Während der Kolikanfälle waren Darmwindungen durch die Bauchdecken weder fühl- noch sichtbar. Da die Urinentleerung in diesem Falle schon seit längerer Zeit mühevoll und unvollkommen war, versuchte ich vor Allem den Katheterismus, doch war weder ein elastischer noch metallener Katheter in die Blase zu bringen. Nachdem noch vor so kurzer Zeit wiederholter reichlicher Stuhlgang dagewesen, der grosse Bruch der rechten Seite überall weich anzufühlen war und beim Zufühlen jenes eigenthümliche Quetschen beweglicher Brüche wahrgenommen wurde, war das ärztliche Verhalten am ersten Tage ein zuwartendes. *Potio Riveri* innerlich, Breiumschlag mit Zusatz beruhigender Kräuter auf die Bruchgeschwulst. Die Fortdauer des Erbrechens und der Stuhlverhaltung, so wie das Wahrnehmbarwerden von Darmwindungen durch die Bauchdecken während der Kolikanfälle liessen am folgenden Tage keinen Zweifel mehr darüber, dass hier eine Einklemmung vorliege. Der linke Bruch war vollkommen beweglich, die Einklemmung konnte daher nur im rechten zu suchen sein. Abführmittel, Breiumschläge, Bäder, wiederholte Repositionsversuche wurden 4 Tage hindurch in Anwendung gebracht, in den Erscheinungen aber keine Veränderung bewirkt. Der Kranke war sehr erschöpft. Ich schlug die Operation als letztes, wenn auch zweifelhaftes Mittel vor. Hr. Prof. Dietz wurde zur Berathung gebeten und bestätigte meine Ansicht. Der Dringlichkeit des Falles wegen wurde sogleich (Nachts zwischen 9 und 10 Uhr) operirt. Hr. Prof. Dietz hatte die Güte, mir zu assistiren und die Nachbehandlung mit zu leiten. Bei Untersuchung der Bruchgeschwulst fühlte man in der Tiefe, dem äusseren Leistenring entsprechend, eine ringförmige Härte und schloss daraus auf eine Verdickung des Bruchsackhalses, welche Annahme bei der Operation bestätigt wurde. Vier Zoll langer Hautschnitt. Der straff um den Bruchsackhals gespannte äussere Leistenring wurde eingeschnitten, und ein Schnitt durch jene Verdickung des Bruchsackhalses geführt, jedoch absichtlich ohne den Bruchsack zu eröffnen, indem es gerade bei diesem so sehr grossen Bruche höchst wünschenswerth schien, die Reposition wo möglich ohne Eröffnung des Bruchsackes zu bewerkstelligen, was jedoch nicht gelang. Bei Eröffnung des Bruchsackes floss kein Bruchwasser aus, eben so wenig nach dem theilweisen Zurückbringen der vorliegenden Darmschlingen. Entzündliche Röthung war an denselben nicht wahrzunehmen. Vereinigung der Hautwunde durch die Naht. Nach der Operation noch einmaliges Erbrechen. Stuhlgang nach 8 Stunden. Am darauf folgenden Tag verhältnissmässiges Wohlbefinden. Leib nicht gespannt, oberhalb des Leistenringes Schmerzhaftigkeit bei der Berührung, zeitweise leichte Koliken, Zunge feucht, Puls, der vor der Operation zusammengezogen war, entwickelt. Aderlass von 8 Unzen, 10 Blutegel. Am Abend dieses Tages grosser Kräfteverfall. Puls 136—140. Beschwerliches Athmen. Blasenzug auf die Brust. Der tödtliche Ausgang schien nahe. Arnicaaufguss mit *Liquor Ammonii anisat.* Nach mehrstündiger Anwendung dieser Arznei einige Besserung. Schlaf. Mehrmalige Stuhlentleerung. Häufige Anfälle von Schluchzen, worüber der Kranke sehr klagt. Schluchzen war auch früher häufig da, wenn der Bruch Beschwerde machte. Am 2. Tage nach der Operation Klage über grosse Mattigkeit, freies Bewusstsein, Puls 120, Schweiss, Leib weich, geringer Schmerz oberhalb der Operationswunde, Bruchgeschwulst weich, nicht schmerzhaft, die Wundabsonderung beginnt. Noch immer starker Durst, Schluchzen seltener. Im Verlauf des Tages ein Stuhlgang. Abends weniger freies Bewusstsein, grosse Neigung zum Schlaf. Der stärkeren Wundabsonderung wegen wurden mehrere Nähte gelöst. Unterleib vollkommen weich. Verfallenes Gesicht. Tod am folgenden Morgen (am dritten nach der Operation). Die Leichenöffnung wurde nicht gestattet.

Wie wäre wohl der Ausgang dieser Operation gewesen, wenn früher operirt wurde? Der bejahrte Kranke hatte erst eine, wenn auch kurz dauernde Einklemmung seines kleineren Bruches überstanden, als

---

aus einer über Zoll breiten und mehrere Linien dicken stählernen Platte besteht, nach allen Richtungen hin biegsam sind. So wunderbar dies auch klingt, so wird es dadurch erreicht, dass ein spiralförmiger Einschnitt bis auf den die ganze Länge dieser Stütze durchbohrenden centralen Kanal dringt, und dadurch eine federartige Bewegung in jeder Richtung möglich macht, ohne der Stütze im Geringsten etwas an Festigkeit zu nehmen. An diesem Skelett sind stellbare Pelotten angebracht, die mittelst einer Druckfeder mit ihrer ganzen Fläche gerade auf den Theil wirken, wo man einen sanften Druck anbringen will. In ähnlicher Weise übertreffen die Klumpfussmaschinen an Zweckmässigkeit der Wirkung alle ähnlichen Apparate, die wir gesehen haben. Der Einwärtskehrung der Fussspitze beim *Pes varus*, der gehobenen Ferse und dem abwärts gewendeten äusseren Fussrande wird auf solche Weise begegnet, dass diese Abweichungen von der normalen Richtung nach Willkür gemindert oder ganz aufgehoben werden können, ja dass sogar eine Abweichung nach der entgegengesetzten Richtung hin künstlich hervorgebracht werden kann. Ein genau passender Schuh trägt in der Mitte der Sohle eine Vorrichtung, mittelst welcher die Fussspitze beliebig nach innen oder nach aussen zu stellen ist. Zwei seitliche Schienen, die nur bis zum Knie gehen, sind in der Gegend des Sprunggelenks in der Weise stellbar, dass der abnorm gehobene innere Fussrand gesenkt wird, und zugleich kann durch eine dicht oberhalb des Fersenbeins angebrachte Schraube die verkürzte Achillessehne gestreckt werden. Diese vielseitige Wirkung ist aber mit einem so geringen Gewicht des ganzen Apparates verbunden, dass die bei uns üblichen, mit einem Stahlgürtel um das Becken befestigten langstangigen Klumpfussmaschinen gegen die kleinen zierlichen Langaard'schen als wahre Ungeheuer erscheinen.

Es ist natürlich die Maschine nicht allein zur Erzielung einer glücklichen Heilung ausreichend, es gehört dazu namentlich noch die Richtigkeit und Consequenz ihrer Anwendung. Dass man z. B. einem Klumpfüssigen, sei an ihm die Tenotomie gemacht oder nicht, nicht von vorn herein seinen Fuss ganz gerade stellen wird, sondern dass man nur sehr allmälig zur normalen Richtung zurückkehrt und durch tägliche genaue Prüfung feststellt, ob und wo eine Abänderung nöthig sei, versteht sich von selbst. Dr. L. giebt sich aber auch die Mühe, seinen Klumpfüssigen die Maschine täglich selbst anzulegen, und lässt sie ohne dieselbe nicht einen Schritt gehen, sondern wenn die Anlegung aus irgend einem Grunde nicht möglich ist, lieber Tage lang in einem kleinen Rollstuhl sitzen, den der Kranke selbst fortbewegen kann. Dieselbe Ruhe, nur in noch weit ausgedehnterem Maasse, gönnt er den Rückgratsverkrümmungen, so lange sie nicht durch eine Maschine gerade gerichtet werden können. Dieser Versuch würde aber ohne Vorbereitung nicht nur nutzlos, sondern sogar schädlich sein; er lässt solche Kranke deswegen in der ersten Zeit nach der Aufnahme in sein Institut durchaus keine Maschinen tragen. Dr. L. sieht in der Skoliose wesentlich eine Achsendrehung der Wirbelsäule, welche erst secundär die Hervortreibung eines Theiles des Brustkorbes und eine entsprechende Abflachung der andern Seite mit sich führt. Die Muskeln sind nach ihm auf beiden Seiten krank, er erkennt nicht ein Ueberwiegen ihrer Thätigkeit auf der erhabenen Seite gegen die ihnen entsprechenden auf der abgeflachten Seite an, sondern er hält sich überzeugt, dass die Muskellage an den hervorragendsten Punkten eben so factisch verdünnt ist und ihre Spannkraft eingebüsst hat, wie solches an der symmetrischen, flachen Stelle erscheint. Ihm ist deswegen eine Streckung des seitlich verkrümmten Rückgrats widersinnig, da ja durch eine solche die Achsendrehung nicht gehoben wird; ein Druck auf die erhabenen Partien des Rückens aber nur ein Mittel, um eine Reaction zu erzeu-

Zufälle durch den grösseren der anderen Seite bedingt wurden. Von Beginn der letzten Einklemmung bis zu der nach 4 Tagen vorgenommenen Operation hatte die Kraft des alten Mannes durch Schmerz, Schlaflosigkeit und Erbrechen grosser Flüssigkeitsmengen wesentlich gelitten. Auch erfolgte der Tod offenbar durch Erschöpfung. Nach der Lehre musste im vorliegenden Falle die arzneiliche Behandlung erschöpft werden, ehe man an die chirurgische denken durfte. Die Einklemmung war bei der weiten Bruchpforte eine kothige, Entzündung stand mithin weniger zu befürchten, als bei Brüchen von entgegengesetzter Beschaffenheit. Bei einem Bruche von so aussergewöhnlicher Grösse war ferner eine sehr grosse Fläche des Bauchfells der für seröse Häute so gefährlichen Berührung der Luft ausgesetzt.

Einen linksseitigen Hodensackbruch, welcher an Grösse dem eben besprochenen nicht nachstand, operirte ich bei einem im 67. Jahre befindlichen Tagelöhner, einen durch Elend und Kränklichkeit (phthisische Anlage) sehr herabgekommenen Mann, am 8. Tage der Einklemmung noch mit Glück. No. 2 der glücklichen Fälle. Zu dieser Operation wurde ich auf Zuthun des Geistlichen gerufen, der den Kranken bereits mit den Sterbesacramenten versehen hatte. Die Einklemmung war hier durch eine Oeffnung im Grunde des Bruchsackes bedingt, die an Umfang einem Zweithalerstücke gleichkommen mochte. Als ich nach dem Hautschnitte, der oberhalb des Leistenringes begann und bis ins mittlere Drittel des Bruches reichte, den Bruchsack an dieser Stelle glatt, verdickt und für die Eröffnung ungünstig fand, erweiterte ich auf der Hohlsonde bis nahe an den Grund der Geschwulst und war überrascht, als eine Menge von Darmschlingen aus dem Schnitt hervordrang. Dieser Vorfall erschien jedoch natürlich, nachdem die Untersuchung jene weite Oeffnung im Grunde des Bruchsackes ergab, aus welcher die Eingeweide unmittelbar unter die Haut getreten waren. Das Zurückbringen der Eingeweide ging durch die weite Bruchpforte leicht von Statten. Auf einige Löffel *Aq. laxativa* folgte bald Stuhlgang. Blutentziehung wurde nicht nöthig. Heilung der grossen Wunde in 2 Monaten. — Merkwürdiger Weise war es in diesem Falle nach 8tägiger Einklemmung nicht zur Entzündung des eingeklemmten Darmes gekommen. Die vorliegenden Darmschlingen zeigten eine vielleicht physiologische Röthung, nirgends die punctirte Röthe, nirgends die netzförmige Gefässeinspritzung der Entzündung seröser Häute. Es fehlte die für die Reposition so ungünstige pralle Aufgetriebenheit des Darmrohrs, wie man solche bei stark entzündeten Därmen findet, wie sie namentlich in dem sogleich zu beschreibenden Falle deutlich ausgesprochen war. Der Unterleib war vor der Operation wenig gespannt, dessen Empfindlichkeit bei der Untersuchung unbedeutend. Das eingefallene entstellte Gesicht des Kranken zeugte von seinen ausgestandenen Qualen. Ob während der Schmerzanfälle knaulförmige Darmwindungen durch die vordere Bauchwand bemerklich wurden, übersah ich bei den so sehr zur Operation drängenden Umständen zu beachten.

Ein Fall von ursprünglich kothiger Einklemmung mit schnell hinzutretender Unterleibsentzündung betraf einen im 69. Jahre stehenden wohlgenährten Mann (No. 3 der tödtlichen Fälle), der einen Schenkelbruch der rechten Seite hatte, wohl des grössten Umfanges, zu dem ein Schenkelbruch gelangen kann, indem die Bruchgeschwulst von der äusseren Grenze der Schenkelfalte so weit nach innen reichte, dass ein Theil der Haut des Hodensackes und des Gliedes über die Geschwulst gespannt war. Wiederholte Einklemmungen waren während des mehr als 40jährigen Bestehens dieses Bruches, gegen welchen nie ein Bruchband getragen worden, vorausgegangen und durch die bekannten Mittel gehoben. Im December 1847 abermalige Einklemmung, angeblich nach einem kalten Trunke. Mein College Birkmeyer leitete die Behandlung schon in den ersten Stunden auf die zweckmässigste Weise und schlug, nachdem anderthalb Tage hindurch alle Mittel vergeblich aufgeboten waren, die Operation vor, die jedoch erst angenommen wurde, nachdem am Abend des 3. Tages die Schmerzen auf's Höchste gestiegen waren. Die Bruchgeschwulst war sehr hart, bei Berührung schmerzhaft, Unterleib aufgetrieben, beim Zufühlen empfindlich, während der Schmerzanfälle die krampfhaften Zusammenziehungen des Darmes wahrnehmbar, der Kranke erschöpft, mit verfallenem Gesicht, kleinem beschleunigtem Pulse. Die zweifelhafte Vorhersage dieses Falles wurde den Angehörigen nicht verschwiegen. Die Operation wurde Abends 9 Uhr gemacht. Nach Eröffnung des verdickten, theilweise knorpelharten Bruchsackes erschien die ungeheure Masse der vorliegenden Darmschlingen gleichmässig tief geröthet, prall, aufgetrieben, wie von eingeblasener Luft. An einer der knorpelartigen Stellen des Bruchsackes untrennbare Verwachsung mit einer Darmschlinge. Das Gimbernat'sche wie das Poupart'sche Band waren, letzteres an zweien Stellen, so ergiebig eingeschnitten worden, dass man mit mehreren Fingern bequem durch die Bruchpforte dringen konnte. Nach dem letzten, in das Poupart'sche Band gemachten Einschnitt stürzten mehrere Darmschlingen vor, wobei man sich überzeugte, dass die Gedärme innerhalb der Bauchhöhle in demselben Maasse entzündet waren, wie die im Bruche liegenden, dass ferner die unmittelbar unter dem scharfen hinteren Rand des Poupart'schen Bandes gelegenen Darmschlingen noch nirgends jene ringartige Verschwärung ihres Bauchfellüberzuges erlitten hatten. Das nur theilweise beabsichtigte Zurückschieben der Gedärme wollte nicht gelingen. Kaum war eine Schlinge zurückgebracht, als beim Versuche, eine andere nachzuschieben, die erste wieder vorgestürzt kam. Etwa beim vierten Repositionsversuche borst eine Darmschlinge. Es braucht wohl kaum versichert zu werden, dass mit aller Vorsicht verfahren wurde. — Einfacher deckender Verband. Tod gegen 2 Uhr derselben Nacht. Die Leichenöffnung wurde nicht gestattet.

N e t z b r ü c h e.

Ein 70jähriger Mann, welcher in der rechten Leiste seit Jahren eine vom äusseren Leistenring bis in den Hodensack reichende pralle, gänseeigrosse Geschwulst ohne Beschwerde trug, wurde plötzlich von Leibschmerz und Brechreiz befallen. Darmwülste waren während der Kolikanfälle durch die Bauchwandungen nicht sichtbar. Die Unterleibs-

---

gen, welche nach Entfernung des wirkenden Agens die ursprüngliche Thätigkeit um so stärker hervortreten lässt, weil eine Heilung der zu Grunde liegenden Formveränderung dadurch nie zu bewirken ist. Vor allen Dingen kommt es ihm deswegen darauf an, die Wirbelsäule der fehlerhaften Kraftäusserung der sich an sie inserirenden Muskeln zu entziehen, und dieses erreicht er durch die absolute Ruhe. Diese Kranken liegen auf festgepolsterten Matratzen und einem ganz schmalen niedrigen Haarkopfkissen, nur mit einer Blouse und weiten Hosen bekleidet, ohne irgendwie angeschnallt zu werden, gerade ausgestreckt auf dem Rücken. Nur in wenigen Fällen wird der Kopf durch ein Kinnband gerade gestellt, welches an dem Kopfende des Bettes befestigt ist, und wieder abgenommen wird, sobald die Kranke ihren Kopf ohne Hülfe gerade zu halten vermag. In dieser liegenden Stellung wird jede Beschäftigung ohne Ausnahme vorgenommen. Lesen und Schreiben, Zeichnen, weibliche Handarbeiten, sogar Musik. Es kann für den letzteren Fall ein Pianoforte über das Bett geschoben werden, welches mittelst einer einfachen Vorrichtung am Kopfende so stellbar ist, dass seine Matratze mit dem Erdboden einen Winkel von etwa 30° bildet. Die Betten sind natürlich so gestellt, dass das Tageslicht sowohl, wie die künstliche, übrigens sehr gute Beleuchtung über den Kopf hineinfällt, und es scheint in der That nicht schwer zu sein, sich daran zu gewöhnen, in dieser Stellung zu arbeiten, denn die uns vorgelegten Proben kalligraphischer Uebungen, Stickereien und Zeichnungen der Zöglinge liessen nichts zu wünschen übrig. Diese absolute Ruhe wird täglich durch die drei Mahlzeiten unterbrochen, für deren jede eine Stunde ausgesetzt ist, wobei denn die Kranken die übrige Zeit nach Gefallen verwenden können, und finden ausserdem täglich zwei Mal halbstündige Turnübungen statt, weniger in heilgymnastischer Tendenz, als zu dem Zwecke, dass das beständige Liegen besser ertragen werde. Diese Vorbereitungskur nimmt selten kürzere Zeit als ein Jahr in Anspruch, und dauert mitunter sogar zwei Jahre und darüber. Es wird dadurch allerdings eine solche Erschlaffung des ganzen Rückgrats erreicht, dass dasselbe nach keiner Richtung Widerstand leistet und dass die Kranken auch in ihren wenigen Erholungsstunden früher als vorgeschrieben ist, das Bett suchen, weil es ihnen Mühe macht, sich aufrecht zu halten. Dieses ist der Zeitpunkt für die Anlegung einer Maschine, welche wesentlich zur Unterstützung und Haltung des Rumpfes beiträgt, doch wird auch bei dieser jeder starke Druck vermieden. Die durch Federkraft wirkenden Pelotten geben bei den Athembewegungen nach, sie thun also eigentlich nicht viel mehr, als dass sie an einer bestimmten Stelle geniren, und diese fortgesetzte Gêne ist es, welche die Natur zwingt, die verkrümmte Wirbelsäule wieder gerade zu richten. Soll dieses aber erreicht werden, so ist es nothwendig, mit derselben Consequenz, mit welcher bisher die ruhige Rückenlage beobachtet wurde, jenen sanften Druck auf dieselben hervorragenden Stellen wirken zu lassen. Die Kranken legen daher von dem Augenblick, wo sie eine Maschine erhalten haben, dieselbe nicht mehr ab, sondern tragen sie während des Liegens wie beim Turnen, beim Essen und bei ihren kurzen Gartenpromenaden. — Dass dieses Verfahren Erfolge hat, davon haben wir uns theils durch eigene Anschauung hergestellter Kranker, theils durch den Vergleich der zusammengehörigen Gipsabgüsse in dem plastischen Cabinet des Hauses überzeugt. Man hat den Gipsabgüssen wiederholt den Vorwurf gemacht, dass sie nichts beweisen, weil es nicht schwer sei, den Kranken in einer Stellung abzuformen, welche die Deformität viel auffallender darstellt, als sie wirklich ist. Dies mag immerhin bis zu einem gewissen Punkte zugegeben werden, es wird aber an solchen Abgüssen das Wahre vom Falschen ziemlich leicht zu unterscheiden sein, indem bei simulirten

erscheinungen dauern bei zweckmässiger Behandlung 2 Tage hindurch fort. Der greise Kranke, ein hagerer Mann, ist sehr erschöpft. Der behandelnde Arzt, mein College Sommer, schlägt die Operation vor, zu der ich von ihm gerufen werde. Auf den Umstand, dass während der Anfälle von Leibschmerz durch die Bauchwandungen keine Darmwülste sichtbar wurden, gründete Dr. Sommer seinen Ausspruch, dass wahrscheinlich nur ein Netzbruch vorhanden sei. Die Operation rechtfertigt diese Ansicht. Das vorliegende Netz war knollig und zeigte auf dem Durchschnitt Fett von festem Gefüge, zwischen welches zellenartig Fasergewebe gelagert war. Einschneiden des äusseren Schenkels des äusseren Leistenringes. Um den Stiel des Netzklumpens wurde eine Schlinge gelegt, und vor dieser das Netz abgeschnitten. Die Schlinge war so fest geschnürt worden, dass nach dem Durchschneiden des Netzes kein Blut floss. Mit der Operation Beseitigung aller Unterleibserscheinungen. Heilung nach 4 Wochen. Der Operirte lebt noch.

Die folgende Beobachtung betrifft eine 65jährige, wohlgenährte Frau, die seit Jahren in der rechten Schenkelfalte eine Geschwulst von Faustgrösse hatte. Seit dem Bestehen der Geschwulst zeitweise Anfälle von Leibschmerz und Uebelkeit. Den Rath, ein Bruchband zu tragen, befolgte die Kranke nur bisweilen. Im Juli d. J. entstanden ohne bekannte Veranlassung plötzlich Anfälle von Magenschmerz, Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen im Unterleibe, besonders in der Kreuzgegend. Während der Leibschmerzen wurden keine Darmwindungen durch die Bauchdecken bemerkbar. Unterleib weich, gegen Berührung nicht empfindlich. Aufrichten und Umwenden im Bette verursacht der Kranken keinen Schmerz. Durch das Erbrechen wurde gelbgrüne, nicht wie Darminhalt riechende Flüssigkeit entleert. Bald nach Auftreten dieser Zufälle Verordnung von Klystieren und abführenden Mitteln, worauf mehrere kothige Entleerungen kamen. Die Unterleibserscheinungen waren durch 30stündige Anwendung beruhigender und eröffnender Mittel eben so wenig zu beseitigen, als es gelang, die Geschwulst in der Weiche durch wiederholte Repositionsversuche zu verkleinern. Bei letzteren hörte man jenes eigenthümliche Quatschen, welches beim Druck auf grössere bewegliche Brüche so häufig wahrgenommen wird. Die Kranke war, wie aus der Entstellung des Gesichts, der kühlen Haut und dem kleinen beschleunigten Pulse hervorging, sehr erschöpft. Längeres Zuwarten schien meinem Collegen Ruckert, mit dem ich diese Kranke behandelte, eben so gefährlich wie mir. Wir beschlossen die Operation. Vergleichung der vorhandenen Erscheinungen machte die Annahme eines Netzbruches wahrscheinlich, wiewohl das Vorhandensein eines Darmbruches nicht zu den Unmöglichkeiten gehörte. Der quatschende, gossernde Ton, den man beim Druck auf diese Geschwulst hörte, kommt gewöhnlich nur bei Darmbrüchen vor. Die Entleerungen konnten von Kothanhäufung unter der eingeklemmten Stelle herrühren. In den letzten 5 Stunden vor der Operation waren trotz des fortgesetzten Gebrauches abführender Mittel keine Stühle mehr erfolgt. Darmwülste scheinen sich bei Einklemmung grösserer Brüche nicht gleich Anfangs während der Schmerzanfälle durch die Bauchdecken bemerklich zu machen. — Nach Spaltung des Bruchsackes drang das vorliegende, nicht entartete Netz daraus hervor. Dasselbe kam an Länge einer Manneshand gleich. Nach Entfaltung des Netzes fand man keinen Darm. Das Zurückschieben des ersteren in die Unterleibshöhle gelang nicht, wiewohl vor Eröffnung des Bruchsackes das Poupart'sche Band und nachher der Bruchsackhals so weit eingeschnitten worden waren, dass der Finger mit Leichtigkeit in die Erweiterung dringen konnte. Mehr zu erweitern schien wegen der Hustenanfälle, mit denen die Operirte seit langer Zeit behaftet war, nicht räthlich. Die einschnürenden Stellen waren, wie das Aufhören der Unterleibszufälle nach der Operation bewies, zum Heben der Einklemmung hinreichend eingeschnitten. Das Netz wurde auf gleicher Höhe mit der Hautwunde in Abtheilungen abgetragen. Die Gefässe sollten einzeln unterbunden werden. Die Blutung war Anfangs von geringem Belang. Es spritzte eine einzige kleinere Arterie. Allmälig zeigte sich eine immer heftiger werdende venöse Blutung, was um so auffallender war, da nach Entfaltung des nicht eben fettüberladenen Netzes nur wenige Venen sichtbar geworden waren. Die Unterbindung der stärker blutenden Gefässe mochte 12 Minuten gedauert haben, und in dieser Zeit an 15 Unzen Blut verloren gegangen sein. Man hatte an 8 Fäden angelegt und doch eine immer bedeutender werdende, jetzt parenchymatöse Blutung, welcher nur durch Unterbindung des Netzes zu begegnen war. Diese wurde in 3 Abtheilungen vorgenommen. Die Operation war zwischen 11 u. 12 Uhr Mittags gemacht. Der Nachmittag verfloss ruhig. Magenschmerz, Uebelkeit, Erbrechen und Kreuzweh hörten auf. Die Kranke fühlte sich matt. Im Pulse keine bemerkenswerthe Veränderung. Am Tage nach der Operation verhältnissmässiges Wohlbefinden. — 2. Tag. Puls 120. Durst, dabei gutes Aussehen der Zunge. Stuhlgang war auf abführende Latwerge erfolgt. Der Verband war von Urin durchfeuchtet und musste erneuert werden. — Am 3. Tage Klage über grosse Mattigkeit. Puls noch 120. Verfallenheit des Gesichtes. Dünne Wundabsonderung von Jauchegeruch. Das Netz, welches stellenweise brandig zu werden anfängt, überragt die Hautwunde fingerbreit. Ein fest anliegender Verband war bei der Beleibtheit der Kranken nicht anzubringen. Dieselbe äussert bloss Verlangen nach Milch, welche gestattet wird. — 4. Tag. Zunahme der Schwäche. Puls 120. Die Blutwelle kleiner. Hustenanfälle weder heftiger noch häufiger als sonst. Klage über Völle des Leibes, der aufgetrieben, tympanitisch tönend, aber beim Zufühlen nicht empfindlich ist. Seit 2 Tagen kein Stuhlgang. Verordnung abführender Latwerge. — Der 5. Tag wie die bisherigen. Es ist noch keine Entleerung erfolgt. — 6. Tag. Zunehmende Kraftlosigkeit, öftere Schlummersucht mit zeitweisem Irrereden. Puls kleiner und schneller als seither, kühle Hände, beschleunigtes mühsames Athmen. In den Hustenanfällen keine Veränderung. Vermehrte Auftreibung des immer noch tympanitisch tönenden Unterleibes. Im Verlauf des gestrigen Nachmittags war Ricinusöl, aber bisher ebenfalls ohne Erfolg, gegeben worden. — Tod in der Nacht vom 6. auf den 7. Tag. Die Leichenöffnung war von den Angehörigen nicht zu

---

Skoliosen auf der concaven Seite immer mehr oder weniger Falten sichtbar sind, und sich überdies diejenige Hervortreibung und Abflachung des Rückens neben der Wirbelsäule, die als Folge einer partiellen Achsendrehung der letzteren zu betrachten ist, nicht künstlich herstellen lässt. Es werden daher diejenigen Gipsabgüsse wohl als beweisend anerkannt werden müssen, die man für treue Nachbildungen zu halten berechtigt ist.

Um den Kranken den Genuss der frischen Luft möglichst zu gewähren, werden ihre Betten im Sommer unter ein grosses im Garten stehendes Zelt gerollt, oder, wenn das Wetter dieses nicht erlaubt, wenigstens in einem Glaskorridor aufgestellt, der einen Blick in den Garten gestattet. Die innere Einrichtung des Hauses zeichnet sich durch Sauberkeit und eine gewisse gefällige Eleganz aus. Die Hausordnung bestimmt, dass die Kranken nach ihrer Aufnahme das Institut niemals verlassen dürfen, bis sie ganz und gar entlassen werden. Es ist dies eine Bestimmung der Zweckmässigkeit, welche mit eiserner Consequenz durchgeführt wird. Dagegen ist es den Kranken gestattet, täglich Besuche zu empfangen, und zwar von Einheimischen in dazu bestimmten Stunden des Tages, von Fremden aber zu jeder Tageszeit. Unterricht wird in einigen Fächern von besonders dazu angestellten Lehrern ertheilt, doch können auch andere Lehrstunden, z. B. im Zeichnen, in neueren Sprachen u. s. w., auf besonderen Wunsch genommen werden.

Als ärztlicher Beistand steht dem Dr. L. ein gewiegter Praktiker Hamburgs zur Seite, der Dr. Rotenburg, welcher täglich die Anstalt besucht, und ausser der ärztlichen Hülfe, die er bei vorkommenden Fällen leistet, meistentheils auch den Turnübungen der Patienten beiwohnt.

Um einigermaassen eine Entschädigung für die Einförmigkeit dieses Lebens zu geben, sind verschiedene häusliche Feste eingeführt, z. B. eine gemeinsame Weihnachtsfeier, Geburtstage u. s. w. — Es will uns aber bedünken, als könnte unbeschadet des Zweckes die regelmässige, etwa allmonatliche Wiederkehr kleiner harmloser und einfacher Vergnügungen leicht eingeführt werden, und würden davon die jungen Mädchen sicher mehr Genuss haben, als von jenen seltenen und opulenten Festen, zu denen ohnehin meist nur ein Theil von ihnen Zutritt findet.

Es geht aus diesen Angaben hervor, dass das Langaard'sche Institut durch manche Eigenthümlichkeiten ausgezeichnet ist, denen es vielleicht den grössten Theil seiner Erfolge verdankt. Die klösterliche Abgeschlossenheit, welcher die Patienten unterworfen werden, steht hier gewiss als wesentlich mitwirkend obenan. Im Uebrigen wollen wir uns über die Art der Behandlung und die Theorien, auf welche jene basirt ist, des Urtheils enthalten, weil dieses eine weitläufige Discussion mancher offenen Frage mit sich bringen würde, für die uns hier nicht der geeignete Ort scheint. Wir haben aber geglaubt, durch die vorstehende Mittheilung die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diese Anstalt lenken zu müssen, und empfehlen denjenigen, die sich für Orthopädie interessiren, sich durch eigene Anschauung von der Richtigkeit unserer Angaben zu überzeugen, indem wir schliesslich die zuversichtliche Erwartung aussprechen, dass sie mindestens mit der zuvorkommenden Aufnahme Seitens des Dr. L. und mit der Bereitwilligkeit desselben, alle, auch die kleinsten Einrichtungen seiner Maschinen zu zeigen und zu erklären, alle Ursache haben werden, zufrieden zu sein.

Correspondenzen.

Berlin. Mit dem bevorstehenden Jahreswechsel tritt aus dem Kreise der in Berlin erscheinenden medicinischen Journale eines, das 19 Jahre hindurch bestanden und sich der Theilnahme des ärztlichen Publikums erfreut hat, aus; wir meinen die von Hrn. Geh. Med.-Rath

erlangen. Der Tod erfolgte hier durch Erschöpfung. Die Operirte hatte sich kaum von der Exacerbation einer *Bronchitis chronica* erholt, zu welcher Oedem der unteren Gliedmassen getreten war, als sie eine für solche Körperbeschaffenheit schwere Operation anszustehen hatte. Unglücklicher Weise war diese Operation mit einem, für die Jahre und die ohnehin geschwächte Gesundheit des Individuums, bedeutenden Blutverlust verbunden.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Behandlung tuberculöser Geschwüre der Hoden durch eine neue Operationsmethode.

(Referat der in der Académie de Médecine kürzlich stattgefundenen Discussionen.)

Die Akademie der Medicin beschäftigte sich den grössten Theil ihrer Sitzungen vom Ende des Monats Juli bis Anfangs September mit einer von Hrn. Malgaigne vorgelegten Abhandlung über eine neue Operationsmethode tuberculöser Geschwüre der Hoden. Diese Discussionen sind in mehrfacher Beziehung interessant, denn es handelt sich im Laufe derselben nicht etwa allein um die Technik einer Operationsmethode, sondern es kamen dabei die wichtigsten physiologischen, pathologischen und therapeutischen Fragen zur Sprache. Hr. Malgaigne prätendirt durch die Anfangs sehr unschuldig und unverfänglich scheinende Abhandlung nicht mehr und nicht weniger, als die ärztliche Welt über die Ursachen der Unheilbarkeit vieler tuberculöser Hodenfisteln aufgeklärt zu haben, diese Ursache in einem bisher unbekannten und ungesehenen pathologisch-anatomischen Produkt, einem tiefsitzenden Fungus, entschleiert zu haben, und die hie und da etwa von der geschickten Hand eines Wundarztes wie zufällig mit dem Bistouri hingeworfenen Einschnitte, Excisionen etc. durch eine Idee zu dem Range einer selbstständigen Operation erhoben zu haben. Er findet gleich Anfangs heftige und ebenbürtige Gegner in Roux und Velpeau, denen sich Robert anschliesst. Nur Jobert (de Lamballe) und Larrey ergreifen das Wort für den Autor, ersterer jedoch, indem er die Frage auf ein anderes Terrain hinüberspielt. Aber neue Gegner erscheinen auf der Arena, Ricord und Langier. Ricord spricht mit dem ganzen Feuer und dem feinen Witze seiner Beredsamkeit, erörtert vorzüglich die pathologische und diagnostische Seite der Frage, während Langier mit der Rohe des praktischen Chirurgen die Chancen gegeneinander abwägt. Gegen alle seine Gegner erwidert und vertheidigt seine Sache Malgaigne mit der Schärfe eines Advokaten, mit der Unerschrockenheit eines stets schlagfertigen Improvisators und feiert selbst da, wo er Niederlagen erlebt, Triumphe. Wir erinnern uns seit langer Zeit nicht einer so glänzenden, belebten und interessanten Discussion im Schoosse dieser mit Recht beneidenswerthen gelehrten Gesellschaft. Ist dies ein Grund, der es rechtfertigen mag, dass wir dem deutschen Leser in etwas grösserer Ausführlichkeit eine Uebersicht über die Reden der einzelnen Akademiker geben wollen, so finden wir noch einen zweiten, wichtigeren Grund darin, dass, um trivial zu sprechen, bei der ganzen Sache eigentlich nichts herausgekommen ist. Gerade aber dies negative Resultat, die Dunkelheit, welche noch bis jetzt in der Pathologie der Hodengeschwülste herrscht, so dass die berühmtesten und erfahrensten französischen Chirurgen sich über dieselben in Disharmonie befinden, und dass nach mehr als dreissig Jahren die Kenntniss dieser relativ seltenen Krankheiten nicht viel über A. Cooper herausgekommen ist, ist eine wichtige Thatsache, die eine ausführlichere Darlegung wohl verdient und der Sache nur von Nutzen sein kann. Wir denken in dieser Beziehung wie Malgaigne, wenn er sagt: „es giebt zwei Sorten Unwissenheit, die eine, die von sich selbst nichts weiss, die zu wissen glaubt und jede weitere Forschung für eitel Thun und unnütz hält. Sie ist die grösste Feindin des Fortschritts; die andere Sorte, die von sich weiss und sich bekennt, die weiss, wo es ihr fehlt und deshalb weiter forscht. Sie ist es, die aller Wissenschaft Leben einhaucht.“ Täuschen wir uns darin nicht, dass auch unsere geehrten Leser dieser Ansicht sind, so werden sie mit gleichem Interesse die Verhandlungen im Original lesen, auf welche wir durch das nachfolgende Referat ihre Aufmerksamkeit zu lenken wünschen.

Der Inhalt der Malgaigne'schen Abhandlung ist ungefähr folgender:

Vorzüglich in neuerer Zeit wurde es mit Glück versucht, das Chaos der acuten und chronischen Hodenaffectionen zu entwirren. Man heilt sie heut zu Tage durch ein rein innerliches Verfahren oder durch Operationen, die weniger bedeuten, als die fast einzige Zuflucht unserer Voreltern, die Castration. Im Folgenden wird versucht, durch eine neue Operationsmethode, durch partielle Abtragung, einen Rest der Hoden zu erhalten, der bei gänzlicher Abtragung geopfert werden müsste.

Die fistulösen Geschwüre der Hoden sind gewöhnlich, wenn nicht stets, die Folge einer Erweichung daselbst abgelagerter Tuberkeln. Diese Geschwüre sind bisher nur sehr unvollständig studirt. Sie treten in zwei gesonderten Formen auf. In der ersten Varietät ist das Geschwür gross, liegt frei um die eiternde Oberfläche, überragt selbst das Niveau des Scrotum. Es stellt diese Form eine Art gutartigen Fungus dar, dem Anscheine nach demjenigen ähnlich, der einer einfachen chronischen Orchitis folgt. In der That etabliren auch alle Chirurgen, welche denselben beschrieben haben, bis auf die neueste Zeit, Lawrence, A. Cooper, Curling, Syme, Velpeau, Jarjavay, keinen Unterschied zwischen beiden. Dennoch zeigt der der tuberculösen Erweichung folgende Fungus den Hauptunterschied, dass er nicht gleichmässig fest und ununterbrochen auf seiner Oberfläche ist, sondern mehrere fistulöse Oeffnungen zeigt, die ihn in seiner ganzen Dicke durchbohren, und oft schwer bei gewöhnlicher Untersuchung zu erkennen sind. Comprimirt man aber die Geschwulst an ihrer Basis, so sieht man aus diesen Fisteln einen schlechtgebundenen, käsigen Eiter hervorsickern. Zudem lässt die Einführung einer Sonde keinen Zweifel über die Existenz noch über die Tiefe dieser Fisteln.

Professor Dr. Casper gegründete und bis jetzt redigirte „Wochenschrift für die gesammte Heilkunde“. Der Grund, der Hrn. C. bewegt, dies Unternehmen aufzugeben, liegt wohl nur darin, dass er von 1852 an eine:

„Vierteljahrs-Schrift für gerichtliche Medicin“

erscheinen lassen will, ein Journal, das um so mehr auf den Beifall der Fachgenossen rechnen kann, als im ganzen nördlichen Deutschland ein gleichartiges nicht erscheint, und Dr. Casper das seinige „unter Mitwirkung der Königl. wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen im Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten herausgiebt.“ Mit Genugthuung nahmen wir die im Laufe des Sommers erschienenen „Medicinischen gerichtlichen Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen in Preussen in ihrer ersten Abtheilung: Zur gerichtlichen Geburtshülfe etc. von Jos. Herm. Schmidt“ auf. Es trat mit ihnen nach langjähriger Pause die oberste Medicinalbehörde Preussens wieder vor die Oeffentlichkeit. Dass dies jetzt häufiger und regelmässiger geschehen werde, verbürgt uns das neue Unternehmen des Hrn. Casper, das wir durch den eben ausgegebenen Prospect als Organ dieser Behörde kennen lernen. Dass die Herausgabe einer so viel versprechenden Zeitschrift für gerichtliche Medicin gewiss zeitgemäss genannt werden kann, glauben wir mit dem Redacteur derselben, und halten die Anfangsworte seines Prospectes dafür ganz bezeichnend: „Mit der Einführung des öffentlichen Gerichtsverfahrens und der Schwurgerichte ist auch in Preussen, wie in ganz Deutschland, ein Interesse für die gerichtliche Medicin allgemein erwacht, wie es früher nur bei den eigentlichen Medicinalbeamten lebendig war. Und auch in anderer Beziehung macht jetzt die *Medicina publica* ihre Rechte immer mehr und mehr geltend, je mehr das Bestreben nach socialen Reformen, zu denen die Arzneiwissenschaft, wie gewiss wenige andere Disciplinen, mitzuwirken berufen ist, hervorragender Charakterzug unserer Zeit geworden ist.“ Und so wünschen wir denn diesem neuen journalistischen Unternehmen das beste Gedeihen! G.

— Die Directionen mehrerer Heilquellen beabsichtigen, wie wir hören, eine wesentliche Verbesserung bei der Versendung ihrer Brunnen einzuführen. Sie wollen nämlich den Hals jeder Flasche mit einer Kapsel umgeben, auf der die Jahreszahl der Versendung angegeben ist. Wer da weiss, wie in Mineralbrunnen-Handlungen das Wasser oft Jahre lang liegt, wer erfahren hat, wie wesentlich viele Wässer dadurch an Gehalt und Wirkung verlieren, kann sich über eine solche Neuerung nur freuen, selbst auf die Gefahr hin, dass die Herren Händler dazu ein etwas unwilliges Gesicht schneiden werden, weil sie in Zukunft nun nicht mehr das etwa liegen bleibende Wasser an den Mann, das heisst hier den unglücklichen Kranken bringen können. Der etwaige Nachtheil, den die Brunnenanstalten von einer etwa verringerten Abnahme durch die Händler haben könnten, würde bald dadurch ausgeglichen werden, dass Aerzte, die sicher sein wollen, ein gutes Mineralwasser zu haben, ihre Kranken vermögen, dasselbe direkt zu beziehen, falls die Händler aus Vorsicht oder Rancune ein zu kleines Lager hielten.

In der zweiten Varietät sind die Bedeckungen des Scrotum der Sitz fistulöser Oeffnungen von anscheinend einfachster Art, eine, zwei, drei oder mehr Fisteln ohne Hervorragung, im Gegentheil oft mit trichterförmiger Vertiefung. Diese Fisteln communiciren mit einander oder sind isolirt. Communiciren sie, so findet man, trotz ihrer äusseren Entfernung von einander, bisweilen an ihrem Vereinigungspunkt in der Tiefe einen Fungus, ähnlich dem in der ersten Varietät beschriebenen, der sich davon in nichts unterscheidet, und nur durch die Dicke der über ihm gelegenen Theile nicht hat zum Durchbruch gelangen können. Auch dieser Fungus ist seinerseits mit Fistelgängen durchzogen, die auf Druck eine saniöse Flüssigkeit entleeren, wie tuberculöser Eiter zu sein pflegt. In anderen Fällen, namentlich bei isolirten Fisteln, endigt der Fistelkanal direkt in eine Tuberkeleaverne, die sich durch ihn entleert hat und zur Vernarbung tendirt. Ein Unterschied, der in seinen Resultaten höchst wichtig ist. Die eine Fistel letzterer Art heilt oft ohne weitere Kunsthülfe, oder kann wenigstens durch sie herbeigeführt werden, während die vorstehend erwähnten Fisteln, gepfropft auf eine fungöse Masse, die sich den Blicken entzieht, bisher als unheilbar gelten konnten.

Gegen die erste Art, den prominirenden Fungus, hat man die gewöhnlich gegen Fungus empfohlenen Mittel angerathen, die sich in sechs Methoden zusammenfassen lassen: Druck, Adstringentien, Aetzmittel, Unterbindung, Ausschneidung, endlich die Transplantation von Hautlappen des Scrotum.

Es ist einleuchtend, dass die letztere Methode bei fistulösen Fungen erfolglos sein wird, ebenso wird eine partielle Abtragung nur die Länge der Fistelkanäle verkleinern, ohne den Grund des Uebels zu erreichen; die Ligatur trifft derselbe Vorwurf. Es blieben somit nur die Compression, die Adstringentien und Aetzmittel übrig, die zur Schliessung der Fisteln wie jeder gewöhnlichen Fistel beitragen könnten, doch leuchtet ebenso ein, wie wenig dergleichen auf's Gerathewohl wirkende Mittel zuverlässig sind. Obgleich eine strenge Analyse der bisher veröffentlichten Fälle nicht möglich ist, so scheint man doch bisweilen mit fistulösen Fungen zu thun gehabt zu haben, dann aber auch diese Methoden, die in anderen Fällen nützlich waren, fruchtlos angewendet zu haben.

In der ersten Beobachtung von **Lawrence** befanden sich neben dem Fungus zwei Fisteln von $1\frac{1}{2}$ Zoll Länge, die in den Hoden führten. Nach ihrer Vereinigung gelang die Heilung nicht; man schritt zur Castration und fand, dass die Hälfte des Hodens gesund war. In der Beobachtung VII. desselben Beobachters findet man einen harten weissen schmerzlosen Fungus beschrieben, den der Kranke selbst mit einem Messer abtrug, mit rothem Präcipitat verband und zur Vernarbung brachte. Der Hode war unterhalb weich und gesund. Beide Beobachtungen sind zu wenig detaillirt, um daraus zu schliessen, dass hier tuberculöse Geschwüre vorgelegen haben.

Um kurz die Indicationen zu resumiren, die bei Behandlung eines einfach prolabirenden Fungus leiten müssen, so ist die Hauptsache die, den Fungus so viel wie möglich zu schonen, und die zweite, ihn sobald als möglich mit einer schützenden Decke zu versehen. Darum ist Syme's Plastik sehr rationell. Aber bei dem fistulösen Geschwür, welches einem suppurirten Tuberkel folgt, ist es weder nöthig noch möglich, diese indurirte Masse zu respectiren, die degenerirt, halb knorpelartig, halb tuberculös ist, vielmehr ist es wünschenswerth, den Organismus davon zu befreien. Alle bisherigen Methoden sind deshalb ungenügend, und die einzig vernünftige Indication ist, Alles was krank ist, zu exstirpiren und das Gesunde stehen zu lassen.

Durch diese einfache Uebersicht wird es klar, wie sehr beide Arten von Fungus, sowohl in ihrer Natur als in ihrer Behandlung, auseinandergehalten werden müssen.

Sind einfache Fisteln vorhanden, die zur Heilung neigen, so ist nichts Anderes mit ihnen zu thun, als wenn sie nicht einen Tuberkel zum Ursprung hätten; sind sie aber rebellisch, so — muss man sich wundern, wie weit die Kunst in ihrer Behandlung zurückgeblieben ist.

A. Cooper empfiehlt anhaltende Rückenlage und Calomel mit Opium bis zur Salivation, Einspritzungen mit Kupfersulphat oder salzsaurem Quecksilber. In einem hartnäckigen Fall, wo die Eiterung den grösseren Lappen der Epidydimis einnahm, machte man hier einen tiefen Einschnitt, in der Absicht, das *Vas deferens* zu durchschneiden, und so den Ausfluss des Samens durch die Fistel, welche die Heilung hinderte, aufzuhalten. Es gelang, aber Niemand wird leugnen, dass das eben so viel heisst, als eine Castration. In einem andern Falle wurden zwei Fisteln im rechten und linken Hoden durch ein Haarseil verbunden, und man erhielt Vernarbung. Der Kranke hatte wohl Wollustgefühl beim Coitus, aber keine Ejaculation.

Alles dies bezieht sich nach **A. Cooper** auf Fisteln, die der chronischen, nicht tuberculösen Orchitis folgten, die beide aber mir sehr schwer von einander zu unterscheiden scheinen. **A. Cooper** räthet gegen letztere ein antiskrophulöses Verfahren einzuschlagen, und verbindet damit Injectionen; aber wenn dennoch die Fistel Widerstand leistet, was thut er? Er schweigt.

Curling unterscheidet, wie **A. Cooper**, Fisteln aus chronischer Orchitis, Samenfisteln von ihm genannt, weil sie mit dem Eiter Samen entleeren, und tuberculöse Fisteln. Unglücklicherweise, meint er, ist auch hiermit, namentlich nach erotischer Aufregung, oft Ausfluss von Samen verbunden. Im ersten Falle fürchtet er die Einspritzungen und Einschnitte, die den Grund der Fistel sichtbar machen. Er beschränkt sich auf Bekämpfung der chronischen Entzündung und einfache Compression. Wenn aber die Fisteln auch diesem Verfahren widerstehen, so empfiehlt er, der so furchtsam ist in Betreff der Einspritzungen und Incisionen, die Castration, und führt als Beispiel zu dieser Vorschrift die Castration eines Greises an, dessen Fistel in 8 Monaten nicht geheilt war. Der Körper des Hoden war *durchaus gesund.* Die Fisteln aus tuberculösem Ursprung behandelt er durch Vergrösserung des Ausführungsganges, um der Excretion freien Abfluss zu schaffen, und endlich: „in einigen Fällen, wo die Fisteln sehr rebellisch sind, wo der Hode vollständig desorganisirt und unnütz ist, wo für die allgemeine Gesundheit Befürchtungen entstehen, kann die Castration nöthig werden; doch ist diese selten erforderlich, und darf nie gemacht werden, wo ausserdem Zeichen von Krankheit der Lungen oder anderer Organe vorhanden sind."

Ich will mich nicht dabei aufhalten, diese Ansichten näher zu beleuchten. Die Vorsicht, die er bei dem tuberculösen Hoden anräth, und die Leichtigkeit, mit der er den nur durch eine Samenfistel afficirten Hoden opfert, stehen in wunderbarem Widerspruch. Das Wesentliche, worauf es hier ankommt, ist, dass in einem wie dem andern Fall, wenn die Fisteln nicht einem einfachen Verfahren weichen, nur die Castration übrig bleibt.

In Frankreich ist man nicht weiter. **Dupuytren** lobte Einspritzungen von Salzwasser, von Jod, aber hebt die Hartnäckigkeit der Fisteln hervor. *Nur ein wirklich wirksames Mittel* kenne die Chirurgie, die Aetzung des Fistelganges in zwei Tempis: 1) Cauterisation der äusseren Oeffnung und des oberen Theils des Fistelkanals mit Minium oder salpetersaurem Quecksilber; 2) Cauterisation des Fistelheerdes mit Höllensteinlösung, 20—30 Gran auf etwa ein Quart Wasser.

Aber **Dupuytren** sagt nicht, was er thut, wenn diesem angeblich wirksamen Mittel die Fisteln Widerstand leisten, während es doch nur bei den weniger schweren Fällen möglich sein kann. **Velpeau** behandelt sie wie lymphatische Geschwülste und kalte Abscesse im Allgemeinen, durch die schon angeführten Topica. Er erhebt sich besonders gegen die Castration. Ist das Uebel örtlich, so genügen die genannten Topica immer, ist es allgemein, so ist die Operation kein Heilmittel. Nur in einem einzigen Fall billigt er die Operation, da nämlich, wo der Hode so degenerirt oder zerstört ist durch die Schmelzung der Tuberkel, wo die entsprechenden Bedeckungen durch Geschwüre unterminirt, durch Fisteln abgelöthet und verändert sind, dass man keine Vernarbung anders erwarten kann, als durch Herstellung einer frischen Wunde mittelst des Messers.

Sicherlich sind solche Lehren nur zu billigen. Aber gleichzeitig ist hier eine Lücke nicht zu verkennen, für den Fall nämlich, wo das Scrotum nur von zwei oder drei Fisteln durchbohrt ist, mit Induration des Zellgewebes, beständigem Ausfluss, Erosion der Haut, Gefühl von Schwere, beständigem dumpfem Schmerz, vermischt mit Recrudescenzen. Wenn bei solch einem Kranken, wie nicht selten, alle Mittel fehlgeschlagen sind, soll man den Kranken fortschicken und ihm sagen, er möge sein Leiden nur behalten, die Kunst könne ihm nicht helfen, und wenn der Kranke die Hinwegnahme eines ihm mehr schädlichen als nützlichen Organes wie eine Wohlthat begehrt, soll man ihm unerbittlich Hülfe versagen? und andererseits, welch traurige Entdeckung für den Wundarzt, wenn er nach einer zu willfährig unternommenen Castration, wie **Curling**, den Körper des Hoden durchaus gesund findet?

So habe ich die Frage gestellt und so darauf zu antworten mich bemüht. Damit würde die Chirurgie ein Verfahren besitzen, zu dem sie vor der Castration ihre Zuflucht nehmen könnte, ohne damit Hrn. **Velpeau's** Vorschriften zu verletzen und ohne dem Wundarzt Reue einzuflössen.

Die neue Operation besteht, wie bei dem fistulösen Fungus, in Hinwegnahme der Bedeckungen und der kranken Partien, indem man zur Noth bis zum Gewebe des Hodens selbst vordringt, um dann, so viel möglich, die unmittelbare Vereinigung zu erstreben. Ich kenne nur einen Einwurf, der diesem Verfahren zu machen ist. Wenn, wie es häufig vorkommt, der Tuberkelheerd in der Epidydimis ist, so wird man durch Zerstörung des Ausführungsganges die Drüse unnütz machen; andererseits, es helfe nichts, den Hoden zu conserviren, denn wenn *Vas deferens* oder Epidydimis durch Tuberkelmaterie verstopft sind, so wird der Hode doch zu nichts mehr taugen.

Die Erwiderung ist leicht. Der Zweck der Operation ist, eine unheilbare Infirmität zu heilen durch Hinwegnahme alles Schadhaften,

durch Conservirung des Gesunden. Sind die Functionen des Hoden verloren gegangen durch Effect der Krankheit, so kann man von der operativen Chirurgie nicht verlangen, sie wieder herzustellen, eben so wenig als es ihre Aufgabe ist, den schon geschehenen Verlust zu vermehren. Sie will nur das geschehene Unglück so viel als möglich redressiren, ein Gebrechen heilen, welches dasselbe noch unerträglicher machte. Dann aber hätte ja die Castration dasselbe Resultat. Nein, nicht durchaus. Denn erstens wäre es möglich, dass die Functionshinderung nur temporär wäre, dass sie wieder eintritt, sobald das Organ in besseren Zustand zurückgeführt worden; und zweitens, wäre selbst die Function für immer verloren, so ist die Operation von erheblich vortheilhaftem Einfluss auf das Gemüth des Kranken, selbst indem sie ihm einen unnützen Hoden im Scrotum lässt, und ihn nicht lebenslang zu dem untröstlichen Gedanken verdammt, castrirt zu sein.

In der Abhandlung fügt Hr. Malgaigne die von ihm behandelten Fälle bei, deren weitere Auseinandersetzung wir uns ersparen, weil die Punkte, auf welche es in ihnen ankommt, später noch zur Sprache kommen.

Roux eröffnete den Kampf gegen diese Operation mit der ganzen Autorität, die eine grosse langjährige Erfahrung ihm an die Hand giebt, mit der lebensfrischen Energie, die diesen greisen Wundarzt charakterisirt. „Niemals, niemals", ruft er, „werde ich mich zu dieser Operation entschliessen, wofern nicht zahlreiche Thatsachen von handgreiflicher Evidenz meine Ueberzeugung beugen, alle meine Kenntnisse von der pathologischen Anatomie umwerfen." Die Motive zu dieser radicalen Opposition sind folgende: Er wirft Malgaigne vor, in seiner Arbeit zwei verschiedene Affectionen zusammengeworfen zu haben, nämlich eine noch nicht gehörig definirte organische Affection der Hoden und eine sehr wohl gekannte, die Tuberculose der Hoden, woraus eine beklagenswerthe Confusion zum Nachtheil für beide entstanden sei. Die erstere Affection sei besonders von Engländern studirt, in Frankreich kenne man sie nicht. Nicht allein innere, sondern auch organische Krankheiten seien bedingt durch das Klima. Englische Schriftsteller beschreiben einen Fungus des Hodens, den Schornsteinfegerkrebs. Man habe die Krankheit abhängig sein lassen vom dortigen Verbrauch an Steinkohlen. Dennoch habe er, obgleich in Frankreich seit vielen Jahren dasselbe Brennmaterial benutzt werde, die Krankheit nie gesehen. Einen Hauptunterschied aber zwischen beiden bilde der Umstand, dass der Fungus stets nur einen Hoden ergreife, während die Tuberculose fast stets beide ergreift, einen nach dem andern, bisweilen gleichzeitig, woraus der bedeutende Unterschied für die Praxis erwächst, dass, wenn man einen tuberculösen Hoden exstirpirt, man mit Sicherheit der Erkrankung des andern entgegensehen kann. Diese Beziehung der Krankheit zur Dualität der Organe unterscheide die Tuberculose ebenfalls von der syphilitischen Hodengeschwulst und der Sarcocele, die immer einseitig seien. Diesen Unterschied habe Malgaigne gänzlich ausser Acht gelassen. Er ehre die Menschlichkeit, welche die Idee, die gesunden Theile des Hodens zu respectiren, dictire, aber die Operation sei unnütz. Durch die Tuberculose werde der Hode gewöhnlich annullirt, und selbst die anscheinend gesund gebliebene Partie sei untauglich zur Erfüllung ihrer Functionen, eine Conservirung nütze daher nichts. Nicht wolle er hieraus folgern, dass man tuberculöse Hoden exstirpiren müsse, im Gegentheil bleibe die Krankheit oft stationär, ja heile unter angemessener Behandlung; aber wenn einmal die Operation nothwendig sei, so habe eine partielle Exstirpation auch keine weiteren Vortheile. Die Fälle, wo nur eine kleine Partie des Hodens ergriffen sei, so dass man eine Conservirung seiner Functionen hoffen könne, wären äusserst selten, aber gesetzt, die Affection wäre auf die Epidydimis beschränkt, so würde bei der Operation das *Vas deferens* durchschnitten, so dass man alsdann selbst nach gelungener Operation nur ein zur Erfüllung seiner Functionen untaugliches Organ erhalten würde. Das Gewicht, welches M. auf die gemüthliche Einwirkung der Operation lege, sei zu hoch angeschlagen; denn die Kranken würden sich nicht weniger über den Verlust eines Theiles des Hodens, als über den des ganzen beklagen: ausserdem scheine die Operation nach den von M. mitgetheilten Fällen nicht gefahrlos, und in dieser Beziehung mit der Einfachheit der Castration zu contrastiren, die in Bezug auf ihre Folgen eine gefahrlose Operation sei. Aus diesen Gründen müsse er der Operation formell seine Sanction versagen.

Velpeau erklärt sich mit den Einwendungen, welche so eben gemacht sind, fast vollständig einverstanden, aber unnachsichtiger in seinem Urtheil, vielleicht auch überzeugter, als der ehrenwerthe Roux, geht er noch weiter. Er verwirft jede Operation, sei es partielle oder vollständige Amputation. Die Krankheit, sagt er, ist oft local, nur ist es oft äusserst schwierig zu sagen, wo sie mit einem gleichzeitigen Vorhandensein der Tuberculose in anderen Organen verbunden ist. Seit er sich durch Sectionen überzeugt habe, dass Kranke, die Hodentuberculose hatten und an einer intercurrenten Krankheit gestorben waren, keine Spuren einer Tuberculose anderer Organe gezeigt hätten, sei für ihn die mögliche Localität der Krankheit entschieden. An dieser örtlichen Krankheit aber sterben die Kranken nie, sie ist nie mit ernsten Gefahren verbunden, sie heilt stets bei einem angemessenen antiskrophulösen Verfahren, bisweilen auch ohne jedes Heilverfahren. Die Heilung ist langsam, aber untrüglich. Man muss zu warten wissen; sie dauert drei, vier, sechs, acht Jahre. Tuberculöse Abscesse bilden sich successiv nach einander, der eine schliesst sich, ein anderer entsteht, aber immer tritt schliesslich Heilung ein durch die Zeit und ein mit Ausdauer fortgesetztes antiskrophulöses Heilverfahren. Geschwüre und Fisteln zur Heilung zu bringen, giebt es mildere, weniger mit Nachtheilen verbundene Verfahren, als das von Malgaigne vorgeschlagene, und es ist wohl zu überlegen, ob solche Kranke einer Operation unterworfen werden sollen. Ja dann, wenn die Operation nicht gefährlicher wäre, als die Krankheit. Die Castration aber ist für die örtliche Krankheit unnöthig, und wenn man sie bisher übte, so geschah es aus Unkenntniss mit der Natur der Krankheit, aus Verwechselung mit anderen Entartungen. Die Castration würde ausserdem, aus schon oben angeführten Gründen, sich auf beide Hoden erstrecken müssen. Sie ist deshalb für diese Fälle verwerflich. Malgaigne's Operation sei um nichts besser. Ausserdem ermuthigen seine Krankengeschichten nicht dazu; ein Kranker scheine nur einen einfachen Abscess gehabt zu haben, ein anderer trotz der Operation Rückfällen unterworfen gewesen, also nicht geheilt zu sein, und das beweise in specie die Unzulänglichkeit der operativen Chirurgie. Die Operation wolle einen Missbrauch der Castration unterdrücken, und sie schaffe einen neuen, den, dass man versucht sein werde, viele Hoden zu opfern, die hätten erhalten werden können, denn wo fange die Indication zur Operation an und wo höre sie auf? Der Praktiker habe durch Malgaigne keine scharfen, sicheren und bestimmten Anzeigen und Charaktere erhalten, und seien die Indicationen der Phantasie und dem persönlichen Gutdünken desselben überlassen. Die Operation sei daher zu verwerfen.

Denselben Einwurf macht Robert. Wann, fragt er, ist denn der Moment zur Operation? Der Autor sagt, wenn alle Mittel fehlgeschlagen haben. Das aber ist zu vage, um jemals eine Regel abgeben zu können, in einer Krankheit, von der wir hören, dass sie so chronisch sei, dass Jahre, viele Jahre bis zu ihrer Heilung verstreichen. Wo ist also die Grenze dieser spontanen Heilbarkeit, wann ist der Zeitpunkt für die Operation? — Ausserdem rügt der Redner die Unterscheidung, welche Malgaigne zwischen einfachen tuberculösen Cavernen mit fistulöser Oeffnung und Fisteln mit Fungositäten complicirt, gemacht habe, da diese nur eine Nebenerscheinung, eine häufige Complication von Fisteln überhaupt seien, und nichts weiter. — Eine Conservirung bewirke die Operation entschieden nicht, denn sei die Tuberculose allein in der Epidydimis, oder in dem ihre Windungen verbindenden Gewebe, wobei sie ihre Functionen erfüllen könne, so gehe bei der Operation der Ausführungsgang der Drüse, und somit ihre Function verloren, es bleibe dem Kranken nichts als eine Illusion, und sei umgekehrt der Hode allein ergriffen, die Epidydimis aber gesund, so werde durch die Operation eine Atrophie des Organs unvermeidlich. Wunden der Hoden seien sehr häufig von Atrophie gefolgt. Schliesse die Wunde sich nicht durch prima intentio, so werde die Eiterung die Samenfädchen ergreifen, die *Tunica albuginea* schrumpfe zusammen und dränge die Hodensubstanz heraus, wie J. L. Petit das schon lange nachgewiesen habe. Ja, dies stehe sogar bei der prima intentio zu befürchten. A. Bérard habe einmal etwas Aehnliches gemacht, und der Bericht darüber laute (These für den Concours 1834, p. 29): „In einem Fall, wo Umfang und Form des Scrotum grosse Tuberkelablagerungen im Scrotum hatten erkennen lassen, konnte man durch einen grossen Einschnitt die kranhafte Masse herausschälen. *Die Heilung war radical und sicher. Aber der Hode dieser Seite blieb vollständig atrophisch.*" Endlich, abgesehen von allen schon erwähnten Uebelständen, könne auch die Operation keine radicale Heilung beanspruchen. Die Krankheit sei eine wesentlich diathesische. In der Nachbarschaft der entarteten Theile wären stets geringere Modificationen der Gewebe vorhanden, die nach Abtragung der kränksten Theile nur eine um so schnellere Entwickelung nehmen müssten. Die Akademie könne deshalb der vorgeschlagenen Operation ihre Zustimmung nicht geben.

In einer glänzenden, mit eben so viel Geschick als Energie vorgebrachten Erwiderung zeigt Malgaigne, dass er die Wichtigkeit der ihm entgegengehaltenen Einwürfe begriffen habe. Bescheiden habe er sich selbst anfangs die Wichtigkeit seiner Arbeit nicht übertrieben, aber überrascht durch die Wendung und Entwickelung, welche die Discussion schon genommen, sehe er, dass dieselbe von grösserer Bedeutung sei, als er selbst geahnt habe. Zwei Meinungen ständen ihm gegenüber, Roux, der die vollständige Amputation der seinen vorziehe, Velpeau, der jede Operation verwerfe, in der Behauptung, dass tuberculöse Fisteln stets ohne dies äusserste Mittel heilen. Es handle sich also nicht allein darum, die Hoden gegen eine Exstirpation zu schützen, die weit davon entfernt ist, jedesmal nothwendig zu sein,

sondern gleichzeitig darum, sie vor einem müssigen Abwarten zu bewahren, welches um nichts besser wäre.

Seine Abhandlung habe zwei Seiten. Die eine betrachte die pathologisch-anatomische Natur der tuberculösen Geschwüre, die andere beziehe sich auf die Operation.

In der ersten habe er gezeigt, wie unvollständig bisher diese Geschwüre gekannt seien, und zwei zu unterscheidende Formen aufgestellt, ein Geschwür mit äusserem Fungus und ein fistulöses. Diese Fisteln habe er selbst wieder in solche unterschieden, die in eine leere Caverne münden und von selbst zur Heilung neigen, und in solche, die aus einem tiefen Heerd sich entwickeln, durch einen tuberculösen Fungus unterhalten werden, und die er, bis auf gegentheiligen Beweis, für bisher unheilbar halte. Diesen vor ihm nicht gekannten Fungus habe er beschrieben, ihn sorgfältig unterschieden von dem gutartigen Fungus des Lawrence und Jarjavay, ja er habe es sogar unentschieden gelassen, ob nicht Lawrence selbst in einigen Fällen solch einen Fungus vor sich gehabt habe. Diesen Theil der Arbeit habe er für unangreifbar gehalten. Dem sei nicht so.

Roux, unser Lehrer und Meister, sagt er, behauptet, die Pathologie der Hodentuberkel sei wohl bekannt, nur fürchtet er, dass ich sie nicht hinreichend kenne und den gutartigen Fungus der Engländer für einen tuberculösen Fungus angesehen hätte, den meine Einbildung geschaffen habe. Hieraus kann ich nur das Eine schliessen, dass Roux den tuberculösen Fungus nicht gesehen hat. Den gutartigen Fungus des Lawrence aber hat er nach eigenem Geständniss nicht gesehen. Ich habe mich also glücklicherweise weder gegen seine Erfahrung noch gegen seine Autorität zu vertheidigen, denn diese hat nur Gewicht durch jene, und jene ist in diesem Falle Null. Aber Roux stützt sich auf eine Thatsache, dass der Tuberkel gewöhnlich zweiseitig, der gutartige Fungus ausschliesslich einseitig gefunden werde.

Indess der Tuberkel ergreift sehr selten beide Hoden gleichzeitig, es wird erst einer krank, der andere kann Jahre lang gesund bleiben oder auch nie ergriffen werden. Durch die von mir allegirten beiden Beobachtungen fällt übrigens dieser Einwand, denn in dem ersten Falle waren gerade beide Hoden krank. Im zweiten Falle war allerdings nur ein Hode krank, aber die Section des Präparates zeigte eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Fungus des ersteren. Genügt diese Aehnlichkeit nicht? Immerhin, aber ich bitte nicht zu vergessen, dass ich neben diesem Fungus zwei isolirte Cysten, mit Tuberkelstoff gefüllt, gefunden und weggenommen habe. Mehr kann man nicht verlangen.

Ich bin ausserdem glücklicher als Hr. Roux. Ich habe den gutartigen Fungus der Engländer gesehen. Worin besteht er? Er ist ein Vorfall des Hodens durch die Albuginea, der eine Geschwulst von mehr oder weniger grossem Umfang bildet, mit Fleischwarzen und Excrescenzen bedeckt ist, ohne Fisteln, schmerzhaft beim Druck, mit einem Wort: durch den Hoden gebildet. Dieser Fall stimmt genau mit einer von Jarjavay gelieferten Zeichnung. Eine plastische Operation gelang hier vollkommen, wie bei Syme. Jarjavay amputirte in seinem Falle, dafür untersuchte er wenigstens genau die Geschwulst. Danach aber ist der tuberculöse Fungus etwas ganz Anderes. Er sieht weiss aus, ist von Fistelgängen durchzogen, die durch Druck Eiter entleeren, er ist von fibröser oder fibrocartilaginöser Hülle umgeben, die ihn vom Hodengewebe trennt; diese Charaktere lassen kein Missverständniss zu.

Velpeau andererseits hat in meiner Arbeit einen andern Irrthum entdeckt. Ich wollte ein Beispiel eines einfachen tuberculösen Heerdes geben, durch einen Einschnitt vollkommen entleert und zur Heilung tendirend. Ich citire einen Menschen von 21 Jahren, der einen Hoden grösser hatte als den anderen, *mit leichten Höckern*, einer dieser Höcker fluctuirte; geöffnet, *entleert sich ein dicker Eiter mit Tuberkelmasse gemischt*. Velpeau meint, dies wäre ein einfacher Abscess. So unerheblich dieser Irrthum auch wäre, so wäre es doch gar zu sonderbar, wenn ich in einem Augenblick, wo ich die Chirurgen über eine unbekannte Thatsache in der Geschichte des Tuberkels belehren will, selbst dabei ertappt würde, einen einfachen Abscess nicht von einem tuberculösen unterscheiden zu können.

Es war in diesem Falle nur ein Heerd vorhanden. Aber es giebt auch isolirte Tuberkel, die nur einen Heerd im Hoden bilden. Velpeau selbst hat das gesehen und citirt. Wie unterscheidet er denn am Lebenden einen einfachen und einen tuberculösen Abscess, wenn es nicht durch den Eiter geschieht? Ich fand diesen Eiter mit Tuberkelmaterie gemischt. Was will man mehr? Glücklicherweise gab es noch ein Zeichen. Der Hode war buckelig. Vielfache Höcker und Tuberkeleiter. Ich gestehe, weiter weiss ich kein Zeichen. Doch warten Sie. Hr. Velpeau, dem wir einen der besten Artikel über Hodentuberkel verdanken, sagt darin selbst nicht mehr. Wüsste er noch eines, so würden wir neben vielem Andern auch dies von ihm gelernt haben. Aber er sagt in diesem Aufsatz selbst, dass er gewissermaassen ausser Stande sei, diese Diagnose zu stellen, denn „er neigt zur Annahme, *dass der Hodentuberkel ganz einfach ein Produkt der in Eiterung übergegangenen Entzündung ist, modificirt durch die Natur des Gewebes selbst*, mit anderen Worten, ein einfacher Hodenabscess. Ich nehme das nicht an, sondern glaube, dass der Hodentuberkel wohl tuberculös ist, aber sonderbar ist es doch, dass gerade *er* mir diesen Vorwurf macht, der erklärt, Hodentuberkel sei ganz einfach ein Hodenabscess.

Endlich greift auch Robert meine pathologische Anatomie an. Dieser Fungus sei nur ein Epiphänomen, wie auf allen alten Geschwüren, eiternden Wunden, abscedirten Drüsen, das der Cauterisation weiche, das also nicht unheilbar wäre. Somit sei mein Gebäude in seiner Basis erschüttert.

Aber mein Gott, warum begiebt sich Hr. Robert, dessen Talent ich anerkenne, auf ein Gebiet, das er gar nicht kennt? Er hat diesen Fungus nie gesehen, und decretirt, er gleiche alten Fungositäten. Ich habe ihn gesehen, studirt, ausgeschnitten, secirt, und erkläre, er gleicht ihnen gar nicht, und im Gegentheil Hrn. Robert's Basis ist erschüttert: Ich möchte doch wissen, wie er es anfängt, einen 1 bis 2 Zoll tief sitzenden Fungus zu cauterisiren, und ehe man cauterisirt, muss man doch wissen, dass er da ist, und von seiner Existenz unterrichtet sein. Diese aber habe ich eben nachgewiesen, das ist meine Entdeckung, die ich den Chirurgen mittheile, die früher nicht geahnt haben, warum gewisse Hodenfisteln unheilbar seien, gegenüber der leichten Heilbarkeit anderer. Welches auch das Schicksal meiner Operation sein möge, die Entdeckung dieser anatomischen und pathologisch-chirurgischen Thatsache wird bleibend sein.

(Fortsetzung folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik der Universität zu Bonn während dem Sommer-Semester 1851.

Von

Prof. Dr. M. Naumann in Bonn.

(Fortsetzung aus No. 43.)

9. Pneumothorax und grosse Gaben Opium.

Wilhelm Balz, aus dem Bergischen, 24 Jahre alt, Schneidergeselle. Der grosse, hagere, blasse, etwas phlegmatisch aussehende Mensch, dessen Vater der Phthisis unterlag, bietet die unverkennbaren Merkmale von bereits weit vorgerückter tuberculöser Affection der Lungen dar. Am 27. Mai wurde er in die Klinik aufgenommen. Er hustete, warf zähe, tuberculöse Sputa aus, klagte aber am meisten über Mattigkeit, Kopfschmerz und Schwindel. Mässiges Fieber, Morgenschweisse, von Zeit zu Zeit Diarrhöe. — Durch Pflege und Ruhe erholte Patient (der nur etwas Salmiak erhalten hatte) sich so sehr, dass er bereits nach einigen Tagen entlassen werden konnte.

8. Juni. Patient ist gestern, so elend wie vorher, in die Klinik zurückgekehrt. Er hustet viel und ist besonders in der Nacht beklommen. Die Hauptklagen beziehen sich abermals auf grosses Schwächegefühl, Kopfweh und Schwindel. Zweimal täglich, aber zu unregelmässigen Zeiten, findet Frösteln sich ein, worauf Hitze und Schweiss folgen. Ord.: *Natrum nitric.* ℥β *solv. in Aq.* ℥vj; zweimal täglich 1 Gr. schwefelsaures Chinin.

10. Juni. Die Fieberanfälle nehmen eine mehr typische Form an (Vormittags zwischen 9—11, Nachmittags zwischen 4—6). Am heutigen Morgen wurde das Kältegefühl vor dem Eintritte der Hitze vermisst. Schwindel und Kopfschmerz belästigen sehr. Am peinlichsten werden diese Symptome, sobald der auffallend anämisch aussehende Kranke das Bett verlässt. Zähe, puriforme Sputa. Die Untersuchung der Brust giebt Resultate, die mit den übrigen Erscheinungen der Phthisis gegen Ende des zweiten Stadiums wohl in Einklang zu bringen waren. Patient vermag nur die Rückenlage zu behaupten, und ist unvermögend, auf der linken Seite zu liegen.

12. Juni. Seit gestern nimmt Patient folgende Pillen: *Chin. sulphur.*, *Ferr. sulphur.*, *G. myrrhae sing.* ℈j, *Extracti myrrhae q. s. f. pilul.* 20 (3 Mal täglich 1 Pille). Kopfschmerz, Schwindel und Husten dauern gleichmässig fort. Der Stuhl muss durch Klystiere befördert werden.

14. Juni. Die Fieberanfälle weichen nicht; Kopfsymptome unverändert. Täglich 5 Pillen.

15. Juni. Der heutige Morgenanfall war ohne Frost: Appetit besser; übrigens keine Veränderung; 6 Pillen.

18. Juni. Die Fieberparoxysmen sind etwas kürzer und beginnen zum Theil mit Hitze, worauf Frost eintritt. Aussehen besser; Kopfsymptome mässiger; Esslust nimmt zu. Das Verfahren wird fortgesetzt.

21. Juni. Die Fieberparoxysmen sind gestern zum ersten Male völlig ausgeblieben. Kopfschmerz und Schwindel hat seit mehreren Tagen merklich ab-, dagegen haben die Brustsymptome zugenommen. Patient hat gestern an 2 Esslöffel Blut ausgehustet. Die Anzahl der Pillen war bereits vorgestern auf 4 für den Tag reducirt worden. Da der Kranke heute über das Gefühl von grossem Unwohlsein, über Beklemmung und abermals über vermehrten Kopfschmerz klagt, da ferner die blutigen Sputa fortdauern, so werden die Pillen ganz ausgesetzt. Ord.: *Infus. Ipecac. ex* ℈β *parati* ℥vj, *Kali acet.* ʒj, *Aq. lauroceras.* ʒj; Blasenpflaster auf die Brust.

22. Juni. Das Befinden ist besser. Blutiger Auswurf findet nicht mehr statt. Kein Fieber.

23. Juni. Geringeres Kopfleiden; mässiger Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf. Fortgebrauch der Ipecacuanha.

24. Juni. Vormittags neuer Fieberanfall; im Allgemeinen erträgliches Befinden. Die vorige Arznei; ausserdem für den Tag 3 der oben namhaft gemachten Pillen.

26. Juni. Schwache Fieberanfälle jeden Vormittag, doch ohne vorgängigen Frost. Erst am 28. Juni blieb das Fieber aus. Die genannten Arzneien sind ununterbrochen in Anwendung geblieben.

30. Juni. Das Fieber ist nicht wieder zurückgekehrt. Patient fühlt sich leidlich, so lange er im Bette bleibt, wird aber sogleich sehr angegriffen, sobald er dasselbe verlässt. Das Vesirator auf der Brust wird immer noch offen erhalten. Man musste deshalb der Canthardensalbe sich bedienen. Statt der bisher genommenen Arzneien erhielt der Kranke Leberthran und schwefelsaures Eisen.

3. Juli. Das günstige Befinden wird durch einen so schmerzhaften Harnblasenkatarrh getrübt, dass einige Blutegel an das Perinäum gesetzt werden mussten. Viel Schleim im Urine. Mit dem Aussetzen der Cantharidensalbe verloren sich bald die eingetretenen Harnbeschwerden.

Bis zum 19. Juli wurden Leberthran und schwefelsaures Eisen gebraucht. Das Aussehen des Patienten hatte sich sehr gebessert; mit dem Appetite nahmen die Kräfte zu. Der Kranke geht täglich etwas an die Luft. Ab und zu stärkerer Husten; von Zeit zu Zeit Frösteln und Schwindel.

22. Juli. In Folge von wiederholter Erkältung war der Husten heftiger, und zugleich trocken und schmerzhaft geworden; Beklemmung, Schmerz in der linken Brustseite, kein Fieber. — Ord.: Goldschwefel mit Bilsenkraut.

26. Juli. Die Arznei hat keine sonderliche Erleichterung verschafft. Die Brustsymptome blieben unverändert. Patient klagt über grosse Ermattung, Schlaflosigkeit, kurzen Athem, trocknen, noch immer etwas schmerzhaften Husten. Dabei erhält sich der Appetit; Fieber ist kaum in den Abendstunden wahrzunehmen. — Ord.: Goldschwefel mit Myrrhe und Opium.

Unerwartet war eine solche Besserung des Befindens erfolgt, dass Patient nach Hause zu reisen beschlossen hatte.

29. Juli. Der Kranke war früh zur Kirche gegangen, um zu beichten. Daselbst wurde er plötzlich von unerträglichem, hauptsächlich auf die rechte Seite des Bauches sich concentrirenden Schmerz befallen, zu welchem sogleich grosse Angst und Beklemmung sich gesellten. Um 12 Uhr fand ich den Patienten, der über heftigen Schmerz und grosse Bangigkeit klagte, mit kühlen Händen, kleinem Pulse, aber ohne Brechneigung; Bauch etwas aufgetrieben, gegen Berührung empfindlich; auch der untere Theil der Brust ist äusserst schmerzhaft. — Wir vermutheten die Zerreissung eines Organes, und dachten zunächst an Berstung der Lungen, gelangten aber zu keiner Entscheidung. — Ord.: Patient erhielt zweimal die Dosis von 20 Tropfen Opiumtinctur, ein Chamillenklystier mit 8 Tropfen dieser Tinctur, warme Cataplasmen auf den Leib. — Bis zum Abend hatte der Schmerz sich kaum vermindert, dagegen war die Beklemmung noch heftiger geworden.

30. Juli. Die Diagnose wird unzweifelhaft. Pneumothorax auf der rechten Seite kann auf das Deutlichste constatirt werden. Von der 4. Rippe abwärts ist der Percussionston voll und tympanitisch. In diesem ganzen Raume vernimmt man amphorisches Sausen und dabei häufig das Geräusch des „klingenden Tropfens" (*Tintement metallique*). Der obere rechte Lungenflügel muss an diesem Tage entweder durch leichte Adhärenzen mit der *Pleura costalis* noch verbunden, oder (was mir wahrscheinlicher ist) durch den Druck von unten mechanisch gegen die Brustwand angepresst gewesen sein; denn man hörte in dem entsprechenden Raume starke bronchiale Respiration. Auf der linken Seite, vorzüglich im hintern Theile des untern Lungenlappens, pueriles Athmen. Die Leber ist bereits nach unten, das Herz etwas nach links gedrängt. Noch keine erkennbaren Merkmale von Exsudat. Bauch mässig aufgetrieben. Die Beklemmung dauert in gleichem Maasse fort; der Schmerz wird mehr oder weniger in der ganzen rechten Seite, aber ganz besonders vom rechten Hypochondrium bis hinab zur Blasengegend, geklagt. Die phthisischen Symptome, namentlich Husten und Auswurf, haben fast aufgehört. Grosse Angst; kleiner, aussetzender Puls; kühle Hände. — Da jede direkte Behandlungsweise Gegenanzeigen fand, so beschränkten wir uns auf die Darreichung der Opiumtinctur, von der über 50 Tropfen nöthig waren, um den verzweifelten Zustand etwas zu erleichtern. Ausserdem schienen spirituöse Ueberschläge einigen Nutzen zu verschaffen.

31. Juli. Die amphorischen Erscheinungen sind weniger ausgeprägt, haben sich aber nach oben verbreitet. Die Intercostalräume zeichnen sich durch elastisch-harte Renitenz aus. Geringe Verminderung der Beklemmung. Patient beginnt eine gegen die rechte Seite geneigte Lage vorzuziehen. — Behandlung wie oben; dabei kräftige Fleischbrühe mit Eigelb und mehrere Esslöffel Malaga.

1. Aug. Die amphorischen Geräusche nehmen ab. Unverkennbare Symptome von Exsudat, durch welches die Leber noch tiefer hinabgedrückt wird. Vermehrte Wölbung des rechten Brustkorbes. Beklemmung und Angst haben etwas abgenommen; kein Husten, aber Schweiss; einiger Appetit. Mit Ungestüm verlangt der Kranke nach der Opiumtinctur, deren Gaben stetig erhöht werden müssen, ohne dass eine Spur von Narcose wahrzunehmen ist. Täglich einige erweichende Klystiere. Der Schmerz hat sich mehr auf das rechte Hypochondrium und auf den untern rechten Brustraum concentrirt.

2. Aug. Verhältnissmässig erträgliche Nacht. Lage fast immer auf der rechten Seite. Im Laufe des Tages öftere, mit Todesfurcht verbundene Beängstigung.

6. Aug. Die amphorischen Geräusche sind nur noch in der Gegend der Achselgrube vernehmbar. Das Exsudat steht wohl 5 Zoll hoch. Von Zeit zu Zeit wird die Beklemmung ungemein gross, und daher der Puls äusserst klein. Der Kranke, der über Schmerz vorzüglich bei der Bewegung und bei der Untersuchung klagt, behält die Lagerung auf der rechten Seite bei. Gegen Abend werden Athemlosigkeit und Unruhe so gross, dass sie kaum durch grosse Dosen des Opiums zu beschwichtigen waren. Daher sind die Nächte schlecht. Etwas Appetit erhält sich.

9. Aug. Das Exsudat nimmt zu. Grosse Dyspnöe; starker Schweiss, der durch das Opium befördert zu werden scheint. Wie bisher erhält der Kranke nur am Abend eine Dosis Opiumtinctur; sonst keine Arznei. Heute wurden 80 Tropfen gereicht, die eine ruhigere Nacht zur Folge hatten.

12. Aug. Seit einigen Tagen hat Patient jeden Morgen, zwischen 9 und 10 Uhr, einen besonders schweren Anfall von Orthopnöe zu überstehen. Er ist dann einem Sterbenden ähnlich, und bekommt erst nach mehreren Stunden, wenn die grosse Angst sich legt, warme Hände. Nach einem gestern mit Vorsicht angestellten Versuche erprobten sich Inhalationen von Chloroform als werthvolles Linderungsmittel dieser asthmatischen Zufälle. Am heutigen Abend wurden 100 Tropfen Opiumtinctur gegeben. Wird die Dosis des Opiums beschränkt, so bringt der Kranke die Nacht völlig schlaflos, unter zunehmender Athmungsnoth hin.

16. Aug. Die Inhalationen von Chloroform fangen an, dem Kranken unentbehrlich zu werden. Auch der mässige Genuss des Weines ist ihm nothwendig. Er geniesst mit Appetit täglich etwas gebratenes Fleisch und gekochtes Obst. Das Exsudat bleibt unverändert. Heute war auf der ganzen linken Brustseite metallische Resonanz wahrzunehmen, die sich am folgenden Tage wieder gänzlich verloren hatte. Im Allgemeinen ist der Zustand leidlich zu nennen, doch das Befinden sehr wechselnd.

Bis zum 5. Sept. hatte allmälig das Befinden immer mehr dem Bessern sich zugewendet. Die Anfälle von Orthopnöe treten aber mehr in den späten Nachmittagsstunden hervor. Der Kranke ist besser genährt, die Züge sind componirter, Appetit gut, Respiration freier. Die Inhalationen von Chloroform waren aufgegeben worden. Da die Abendgabe der Opiumtinctur bis auf ʒjβ hatte erhöht werden müssen, so liess ich sie durch Opiumessig ersetzen, von welchem bald eine halbe Drachme nicht mehr ausreichend befunden wurde. Narcotische Erscheinungen blieben auch hier ganz aus. Vielmehr fühlte der Kranke sich äusserst angegriffen und den Kopf eingenommen, wenn man die Dosis des Opiums zu beschränken versuchte. Da das Exsudat im Wachsen begriffen war, trockner Husten sich einfand, und da die anhaltende Dyspnöe lästiger zu werden begann, so wurde beschlossen, Tabak zu geben (*Inf. Herb. Nicotian. ex* ℈j, *parati* ℥vj, *Extr. Hyoscyami* gr.jv, *Syr. Senegae* ℥j. Alle 2 Stunden 1 Esslöffel). Das Mittel wirkte indessen so stark, dass die Gaben auf $\frac{1}{2}$ Esslöffel reducirt werden mussten.

12. Sept. Die Dosis der Nicotiana im Aufgusse wurde um $\frac{1}{2}$ Scrupel vermindert, statt des Bilsenkrautes wurde essigsaures Kali zugesetzt. Auch jetzt noch verursachte das Infusum Kopfschmerz, Schwindel und

Uebelkeit; selbst nachdem es um die Hälfte verdünnt worden war. Dieses Resultat ist gewiss auffallend, wenn man damit die Leichtigkeit vergleicht, mit der so grosse Opiumgaben vertragen wurden. Der Opiumessig hatte ununterbrochen gegeben werden müssen. Die Nicotiana wurde bald ganz aufgegeben. Das Befinden ist erträglich. Patient bringt den grössern Theil des Tages ausser dem Bette, oder auf demselben sitzend zu; sein Appetit ist ziemlich gut; Beklemmung dauert fort; Harnausleerung geringer; dafür grössere Neigung zum Schwitzen; Husten sehr mässig; Auswurf gering.

18. Sept. Die genaue Messung der Brust ergab folgendes Resultat: Umfang der Brusthälfte in der Höhe der Brustwarze, links 42 Cent., rechts 46 C.; Entfernung der Brustwarze vom *Manubrium sterni*, links 14 C., rechts 16 C.; Entfernung der Brustwarze vom *Processus xiphoideus*, links 8 C., rechts 9 C. Die rechte Brusthälfte ist stark gewölbt, die Intercostalräume erweitert; sie nimmt kaum an den Respirationsbewegungen Antheil. Herz nach links und unten gedrängt. Das Exsudat reicht bis zur rechten Brustwarze. Die rechte Lunge ist gegen ihre Wurzel comprimirt. In dieser Gegend wird nur schwaches bronchiales Athmen gehört. Auf der vordern Brustfläche ist rechterseits nirgends ein respiratorisches Geräusch zu vernehmen. Beim Schütteln des Rumpfes hört man deutlich das Geräusch der, auch dem Kranken bemerkbaren Fluctuation.

21. Sept. Patient hatte seit mehreren Tagen in den Abendstunden einer ganzen Drachme des Opiumessigs bedurft, nahm also auf einmal gegen 16 Gr. Opium. Diese gewaltige Dosis bewirkte nur Abnahme der Beklemmung und ein behagliches Gefühl von Ruhe; erst gegen Morgen trat mehrstündiger, wirklicher Schlaf ein. Jeder Versuch, die Gaben des Narcoticums zu beschränken, führte zu den unerfreulichsten Resultaten. — Um den Kranken, dessen Qualen zu mässigen unsere Pflicht war, nicht zum Opiophagen zu machen, wurde beschlossen, das Opium ganz auszusetzen und dafür den indischen Hanf zu versuchen. Ich bediente mich dazu nicht der aus dem Krante, sondern der aus dem spirituösen Extracte bereiteten Tinctur, nach folgender Formel: ℞ *Extracti resinosi cannabis indicae* gr. vj, *solve in Spirit. vini rectif.* ℥ij. Der Patient erhielt am Abend eine Gabe von 40 Tropfen dieser Tinctur.

22. Sept. Das neue Arzneimittel hatte ungünstig gewirkt. Patient hatte eine peinliche Nacht überstanden. Er sah sehr verfallen aus, hatte seiner Aussage nach grosse Angst erlitten und war dem Wahnsinne nahe gewesen; „es habe ihn wirbelartig durch alle Wolken der Welt fortgerissen.“ Am Morgen hatte er kaum eine Stunde geschlafen. Am heutigen Abend erhielt Patient um 5 Uhr 30 Tropfen, und um 10 Uhr abermals 30 Tropfen der indischen Hanftinctur.

23. Sept. Die Nacht war zwar ohne Beängstigung und ohne delirirende Vorstellungen verstrichen; aber nur am vorgerückten Morgen war kurzer Schlaf eingetreten. Patient fühlte sich den ganzen Tag äusserst unwohl, war unruhig, muthlos, beklommen, obgleich reichliche Harnabsonderung sich eingefunden hatte. Unter diesen Umständen war den dringenden Bitten des Armen schwer zu widerstehen. Er erhielt die Abendgabe von ʒj Opiumessig.

24. Sept. Der Kranke hatte mehrere Stunden sehr gut geschlafen, und ist heute ruhiger und zufriedener. Allmälig soll die Gabe des Opiums reducirt werden, wenn es irgend thunlich ist.

Ich behalte mir vor, Weiteres über diesen Krankheitsfall zu berichten.

10. Geschichte eines ungewöhnlichen Grades von *Tympanites intestinalis* und seiner Behandlung.

P. H... Die Kranke, nahe der Vollendung ihres 17. Lebensjahres, ist nicht menstruirt, hat mehr den Ausdruck eines Kindes als den eines erwachsenen Mädchens, und sieht bleich und schlecht genährt aus. Sie wendete sich von auswärts nach Bonn, und wurde gegen Ende des Mai in die Klinik aufgenommen.

Nach der Versicherung des Vaters sind mehrere Geschwister der Patientin in früher Kindheit an unüberwindlicher Verstopfung, zum Theil unter Krämpfen, gestorben. Pauline leidet angeblich seit den ersten Lebenswochen an hartnäckiger Verstopfung, so dass vom Anfange ihres Lebens an die ganze Reihe der Purgirmittel an ihr nach und nach versucht werden musste. Ohne den Gebrauch von Arzneimitteln erfolgte gar keine Ausleerung, oder dieselbe stellte sich bisweilen erst nach 7 bis 8 Tagen ein, und war der trockenen und harten Fäces wegen mehr oder weniger schmerzhaft.

Im 9. Lebensjahre entstand ein Kopfausschlag, der mehrere Jahre sich hielt, im Winter am stärksten war und gegen das Frühjahr sich grossentheils verlor. Damit war Anschwellung der Hals- und Nackendrüsen verbunden, die mit dem völligen Verschwinden des Kopfausschlages ebenfalls spurlos verschwand.

Mit dem 10. Lebensjahre begann die tympanitische Auftreibung des Bauches, die seitdem stetig zugenommen hat. Die Uebersicht der von mehreren tüchtigen Aerzten fruchtlos versuchten Behandlung gab uns bald die Ueberzeugung, dass beinahe alle empirisch empfehlungswerthen Verfahrungsweisen mit Ausdauer und Umsicht angewendet worden waren. Vom August 1849 bis zum Ende des Jahres 1850 hatte der Vater der Kranken dieselbe der ärztlichen Behandlung gänzlich entzogen. Während dieser Zeit blieb der Zustand genau eben so wie er vorher sich verhalten hatte.

Die Ausdehnung des Bauches ist so ungeheuer, dass die Patientin ein monströses Aussehen darbietet. Ich habe keine Schwangere, keinen Bauchwassersüchtigen gesehen, bei denen mir eine Bauchgeschwulst von gleichem Umfange vorgekommen ist. Die überdeckende Haut zeigt nur sparsame venöse Gefässverästelungen; der Nabel völlig verstrichen und aufwärts gedrängt; der Bauch ist nicht zugespitzt, nicht mit einer bestimmten Scheitelhöhe versehen, sondern er erinnert an einen gespannten, allenthalben gleichförmig ausgedehnten Schlauch, der unmittelbar unter dem aufwärts gedrängten Zwerchfelle eine so breite Fläche darbietet, dass die Kranke die in einander gelegten Hände bequem auf derselben ruhen lassen kann. Die Percussion giebt fast überall statt des gewöhnlichen Darmtons einen kurzen, klappenden, bellen, nicht tympanitischen Ton. Borborygmen sind für gewöhnlich nicht zu hören. Indessen muss bemerkt werden, dass die Ausdehnung des Bauches von Zeit zu Zeit ungleich wird, indem, wechselnd an einzelnen Stellen, gewaltige Vorsprünge sich bilden, die wie Kugelsegmente aus der allgemeinen Geschwulst hervortreten. Erleichterung erhält Patientin nur, indem es ihr gelingt, den Abgang von vielen Flatus zu bewirken, die meist durch unerträglichen Geruch ausgezeichnet sind. Die Patientin vermag diesen Abgang dadurch sehr zu fördern, dass sie, auf Kniee und Ellenbogen gestützt, den Leib hin und her schwenkt.

Der Leib ist nicht schmerzhaft, der Appetit gut. Athmungsbeschwerden verhältnissmässig gering, nur bei stärkerer Bewegung sich äussernd, wo auch Herzklopfen sich einzufinden pflegt. Puls gegen 70 Schläge, klein. Die bleiche Haut fühlt sich oft kühl an. Wirkliches Erkranken des Herzens und der Lungen scheint nicht stattzufinden. Ermüdung beim Gehen. Ruhiger Schlaf. Haut immer trocken; Harn sparsam und saturirt. Fäces knollig, dunkelbraun und sehr hart, wenn sie auch nicht (wie der Vater der Patientin that) mit Billardkugeln verglichen werden konnten.

Seit dem December vorigen Jahres finden sich ziemlich regelmässig um den Neumond Erscheinungen ein, die als *Molimina catamenialia* betrachtet werden könnten. Sie bestehen in Kreuzschmerz, schmerzhafter Empfindlichkeit des Bauches, welche durch den reichlichen Abgang von Flatus nicht vermindert wird, in Anschwellung der Füsse und vermehrtem Herzklopfen.

Zunächst schien es rathsam, die Darmausleerungen zu befördern, der Flatulenz entgegenzuwirken und der Erschlaffung der Gedärme zu begegnen, ohne die ununterbrochen benutzten Abführungsmittel in Anwendung zu ziehen. Ausserdem musste die Trockenheit der Haut berücksichtigt werden. Demgemäss wurde die Kranke an's Bett verwiesen. Den Tag über soll der Bauch mit grossen, viermal zusammengelegten Leinentüchern bedeckt werden, die in Eiswasser getaucht sind und oft gewechselt werden müssen; gegen die Nacht wird der Bauch mit wollenen Tüchern gerieben und darauf mit Flanell bedeckt. Dabei erhält die Kranke Eiswasser zu trinken. Zweimal täglich wird ein Klystier von Eiswasser applicirt, das mittelst eines langen Rohres möglichst hoch in den Darmkanal gebracht wird, und von der Patientin möglichst lange zurückzuhalten ist. Viermal täglich 15 Tropfen vom *Syr. ferri jodati*. Vor dem Schlafengehen ein kaltes *Infusum sem. anisi*. — Der Genuss der Milch wird untersagt. Zum Frühstück etwas Kaffee; Mittags Fleischbrühe und etwas gebratenes Fleisch; Abends zwei weiche Eier.

Dieses Verfahren, mehrere Tage beharrlich fortgesetzt, war ohne Erfolg. Die Trockenheit der Haut blieb unverändert; der Appetit nahm bei der horizontalen Lage offenbar ab. Mit Mühe wurden Darmausleerungen durch die Kaltwasser-Klystiere bewirkt; die Kranke fühlte sich sehr unbehaglich. Die Klystiere vermochte sie mit Leichtigkeit zurückzuhalten. Von Zeit zu Zeit fand ein fast stürmischer Abgang von Flatus statt. Man vermochte darauf ziemlich genau durch den Windsack des Bauches das besonders gespannte *Colon transversum* durchzufühlen, das sich gesenkt hatte, und einen grossen, an beiden Enden zusammengeschnürten Schlauch darzustellen schien.

Um den eben gerügten Uebelständen vorzubeugen, ward, vom 31. Mai an, das bisherige Verfahren modificirt. An jedem Morgen wurde die entkleidete Patientin in Laken gewickelt, die in kaltes Wasser getaucht worden waren, und blieb mehrere Stunden liegen, wobei sie Eiswasser zu trinken bekam. Allgemeiner Schweiss wurde auf diese Weise zuwege gebracht. Nach demselben, und nach sorgfältigem Abreiben des Körpers, musste Patientin möglichst viel in der freien Luft sich bewegen. Die Kaltwasser-Klystiere werden fortgesetzt, und bewirken flüssige, nicht eben copiöse Darmausleerungen. Den *Syr. ferri jodati* nimmt sie zu 20 Tropfen p. d.

Bis zum **10. Juni** war dieses Verfahren fortgesetzt worden. Wiederholt waren reichliche Darmausleerungen erfolgt. Die Bauchgeschwulst scheint etwas abzunehmen; doch ist dieses nicht constant; Gemeingefühl und Aussehen besser. Das *Ferrum jodatum* wird durch *Ferr. chloratum* (*ʒβ solv. in Aq. menth. piperit. ʒβ.* Viermal täglich 15, später 20 Tropfen) ersetzt.

Da die Patientin über häufiges Frösteln, über Beklemmung und Eingenommenheit des Kopfes klagte, und diese Beschwerden, die mehrere Tage im Zunehmen begriffen waren, den kalten Einwickelungen zuschrieb, so wurden dieselben endlich, ihrem Wunsche nach, beseitigt. Die Kaltwasser-Klystiere behielten wir bei. Offenbar sieht die Kranke frischer und lebendiger aus: ihre bisher bleichen Wangen beginnen sich zu röthen, ohne dass Reizung des Herzens stattfindet. Ein alter Krätzausschlag, der durch die kalten Einwickelungen hervorgerufen worden war, liess sich bald durch Waschungen mit einer Auflösung des *Kali sulphuratum* beseitigen.

16. Juni. Der Tympanites blieb im Wesentlichen unverändert. Wenn eine Besserung eintreten zu wollen schien, so war dieselbe nur vorübergehend. Ich scheute mich, Arzneimittel zu versuchen, deren Empfehlung zweifelhaft genannt werden konnte. Ich hatte erfahren, dass der berühmte C. L. Hoffmann aus Münster den vorletzten, an Tympanites leidenden, Kurfürsten von Köln durch Champagnerklystiere geheilt habe. Diese Behandlungsweise wäre freilich für die klinische Kasse zu kostspielig gewesen. Indessen bot sich ein schicklicher Ausweg dar: Mittelst des Apparates von Liebig in Darmstadt konnten wir mit Leichtigkeit und ohne grosse Kosten kohlensaures Wasser bereiten. Durch den Zusatz von Weingeist liess sich ein Surrogat des Champagners gewinnen. Es wurde beschlossen, dass die Kranke, beim ununterbrochenen Fortgebrauche des Eisens, Morgens und Abends ein Klystier aus kohlensaurem Wasser mit dem erforderlichen Zusatze von *Spiritus vini* erhalten solle. Die Klystiere mussten möglichst lange zurückgehalten werden.

21. Juni. Das eingeleitete Verfahren bewährt sich als günstig. Oeftere reichliche Darmausleerungen; Flatus gehen in grosser Menge ab. Die Anschwellung des Bauches hat bedeutend abgenommen. Bisweilen Herzklopfen und leichte Beklemmung. Die Behandlung wird beibehalten. Nur wird das Chloreisen durch kohlensaures Eisen ersetzt und diesem Rhabarber zugesetzt (dreimal täglich *Ferri carbon.* gr. ij, *Pulv. rad. rhei* gr. iij).

8. Juli. Allmälig waren die Gaben der Arzneimittel in der Art vermehrt worden, dass täglich 12 Gran Eisen und eben so viel Rheum consumirt wurde. Der Bauch bleibt auf ein geringeres Volumen beschränkt. Der Körper ist besser ernährt, der anämische Zustand vermindert. Nur die Regulirung der Darmausleerungen will noch nicht gelingen. Statt des kohlensauren wird zum schwefelsauren Eisen übergegangen.

2. Aug. Das schwefelsaure Eisen wurde zuerst mit Myrrhe und Galbanum, später mit Chinin, anfangs zu 2, endlich zu 6 Gran täglich gegeben. Die spirituös-kohlensauren Wasserklystiere wurden weniger gut vertragen. Sie verursachten oft Wallungen und Eingenommensein des Kopfes. Man sah sich genöthigt, sie zuletzt gegen einfache Kaltwasserklystiere zu vertauschen. Die körperliche Entwickelung der Patientin macht die gedeihlichsten Fortschritte. Sie sieht nicht mehr wie ein unreifes Mädchen aus, sondern wird zur Jungfrau, obgleich die Catamenien (die Kranke hatte indessen das 17. Jahr überschritten) nicht erscheinen. Unter diesen Umständen schien es überflüssig, zur Bethätigung dieser Function direkt das Geringste zu versuchen. Die Bauchgeschwulst ist um mehr als die Hälfte vermindert worden. Der Stuhlgang bleibt zögernd und beschwerlich, und nöthigt wiederholt zur Benutzung des Ricinusöls. Einreibungen von Crotonöl blieben in dieser Hinsicht ganz wirkungslos. Asafötida-Klystiere, durch deren Application alsbald ein widerlicher Knoblauchgeschmack veranlasst wurde, verhielten sich ganz indifferent. Aloë und andere Drastica wirkten entschieden ungünstig, verursachten Kolikschmerz, Hitze und Unruhe, ohne den Stuhlgang wesentlich zu fördern, und hatten regelmässig Verschlimmerung der Bauchgeschwulst zur Folge.

28. Aug. Mehrere Wochen hatten wir den Heilbronn trinken lassen, ohne dass die Besserung fortschreiten wollte. Vielmehr fühlte sich die Kranke in höherem Grade belästigt und voll, während der Appetit abnahm. Die Behandlung wurde daher wieder auf die Kaltwasser-Klystiere, denen von Zeit zu Zeit Ricinusöl interponirt werden musste, auf den Gebrauch des Eisens und des *Ammonium anisatum* beschränkt. Dazu kamen spirituöse Waschungen des Bauches. Der Tympanites als solcher war gewöhnlicher Flatulenz gewichen. Eine wichtige Indication machte jetzt gebieterisch sich geltend: durch mechanische Unterstützung musste man der Erschlaffung der Hautdecken des Bauches und der Atonie der Gedärme zu Hülfe kommen. Die beutelförmig ausgedehnten Integumente des Bauches liessen sich nämlich zu einer ansehnlichen, einem kleinen Kissen nicht unähnlichen Hautfalte zusammenlegen. Um hier nachzuhelfen und um das *Prelum abdominale* einigermaassen zu ersetzen, wurde eine breite Binde um den ganzen Leib in dachziegelartig auf einander liegenden Touren herumgeführt, und allmälig stärker angezogen. Ausserdem musste, um das Hervorquellen der Integumente in der epigastrischen Gegend zu verhüten, das Tragen eines mit einem Blankscheit versehenen Corsets zu Hülfe genommen werden. Der Apparat wirkte wenig belästigend. Bald hatte die Patientin an denselben sich gewöhnt, und war stolz auf die schlankere Gestalt, die ihr zu Theil geworden war.

Nach 14 Tagen konnte die Leibbinde entfernt werden. Das weit hinabreichende Corset wird natürlich beibehalten. Der Gebrauch des Eisens ist ununterbrochen und mit bestem Erfolge fortgesetzt worden. Abwechselnd wurde *Ferrum jodatum* und *F. sulphuricum* mit *Elaeosaccharum foeniculi* verordnet. Beängstigung, Herzklopfen und Kopfschmerz haben allmälig sich verloren. Das Mädchen sieht gut aus, hat rothe, durchaus nicht heisse Wangen, fühlt sich kräftig, isst mit Appetit, schläft gut. Nur der Stuhlgang bleibt hartnäckig träge, wird aber leichter wie ehemals durch einfache Klystiere oder durch Ricinusöl gefördert. In den letzten Tagen wurde, ausser dem Eisen, Aloë mit Chinin gegeben.

27. Sept. Das Mädchen wurde entlassen, da die eingeleitete Behandlung an seinem Wohnorte fortgesetzt werden kann. Das rührige, thätige Leben in einer ländlichen Haushaltung wird ihr um so nützlicher sein, da sie durch die meist ungünstige Witterung des verflossenen Sommers oft von der ihr so nothwendigen Bewegung in freier Luft abgehalten worden war.

(Fortsetzung folgt.)

M i s c e l l e n.

Erfolglosigkeit des Unguentum Staphidis agriae gegen Krätze.

Von

Hofrath Dr. L. Spengler in Herborn.

Die Bourguignon'sche Schrift über die Krätze (deutsch, Berlin 1848) wurde von vielen Seiten als eine vortreffliche Abhandlung bezeichnet, und in der That stimme ich mit diesem Urtheil bezüglich des entomologischen und pathologischen Theiles überein. Was jedoch die therapeutische Seite betrifft, so bin ich durch meine Beobachtungen nicht in den Stand gesetzt, dieses Lob zu wiederholen.

Zur Heilung von der Krätze besitzen wir Mittel, die uns nie im Stich lassen; allein theils ist die nöthige genaue Durchführung der Kur nur in einem gut eingerichteten Hospitale möglich, anderntheils ist der Gestank der krätzevertreibenden Mittel oft so widerlich, dass in der Privatpraxis die gewöhnliche englische Krätzsalbe, *Ung. sulfurat. comp. Pharm. Lond.*, nur sehr ungern von den Kranken angewendet wird, weil sie schon in distans zur Verrätherin wird. Der Vorschlag Bourguignon's mit seiner neuen Salbe von *Staphis agria*, die eine ziemlich rauhe Pomade darstellt, war mir daher ein sehr willkommner, und besonders deshalb, weil mir die Hebra'sche Salbe aus *Liq. Kal. caust.*, Leinöl und Hausseife zu gleichen Theilen, die er für die Privatpraxis empfiehlt, nicht die gewünschte Wirkung that.

Nach den Truppenbewegungen im vorigen Jahr, wo auch unsere Gegend öfters mit Einquartierung belastet war, zeigten sich überall, sowohl auf dem Lande als in der Stadt, eine Menge von Krätzkranken. Bisher hatte ich immer nur allein die Wilkinson'sche Salbe in Anwendung gebracht, wie ich sie bei Hebra in Wien kennen lernte, und hatte dadurch immer schnelle Heilung erzielt. Innerlich habe ich nie den Schwefel gegeben, da er gewiss bei einer Krankheit, wie die Krätze, die rein örtlich ist, nichts nützen kann. Die Fälle, wo eine innerliche Schwefelkur zur Heilung hingereicht haben soll, sind gewiss nur solche, wo in Folge von anderen dyskrasischen Leiden, z. B. bei Hämorrhoidalleiden, bei Säufern etc. sich ein juckender Hautausschlag gebildet hat, der mit Trägheit des Stuhls, mangelhafter Gallenbildung, Unreinigkeiten der ersten Wege etc. zusammenhängt, und fälschlich für Krätze gehalten wurde. Hier hat der Schwefel als Abführmittel gewirkt, und es hätte an dessen Stätte wohl jedes andere Abführmittel dieselben Dienste gethan.

Als ich nun von der Bourguignon'schen Behandlung Notiz genommen, behandelte ich die Kranken, denen der Schwefelgeruch zuwider war, mit *Ung. Staph. agr.*, das ich ganz nach Bourguignon's Vorschrift bereiten und verbrauchen liess. Die Anwendung geschah in circa 20 Fällen. Was mir besonders von dieser Salbe gerühmt wurde, die schnelle Beruhigung des Kranken, das plötzliche Verschwinden des

Juckens habe ich nie gesehen. Die Kranken kratzten nach wie vor, und waren die 4 Tage um, und ich liess auch nochmals 4 Tage einreiben, so waren die Kranken doch nie geheilt. Allein auch nie sah ich Eczem erscheinen, ein Missstand, der bei der Schwefelbehandlung so häufig vorkommt.

Ausser diesen Vorzügen führt Bourguignon die Wohlfeilheit des Mittels an, allein die Unze seines *Unguent. Staph. agr.* kostet hier 18 Kr. = 5 Sgr.; während die Unze der Wilkinson'schen Salbe nur 6 Kr. kostet, und man doch immer gleich grosse Quantitäten verbraucht.

Nachdem ich demnach nun stets noch zu meiner früheren Methode mit der Wilkinson'schen Salbe übergehen musste, unterliess ich künftig, Krätzkranke mit *Ung. Staph. agr.* zu behandeln, und gebrauchte sogleich die englische Salbe, die mich nie im Stich liess.

Doch versuchte ich weiter das *Ung. Staph. agr.* gegen andere juckende Hautkrankheiten, als namentlich gegen Prurigo und Lichen. Auch hier gelang es mir nicht, die Kranken zu beruhigen und das Jucken verschwinden zu machen; innerlich Morphium und äusserlich Waschungen von einer Solution des *Kali causticum* brachten schnellere Hülfe.

Da ich nun die Stephanskörner in 20 Fällen (eine gewiss hinreichende Zahl!) nicht mit Erfolg angewendet habe, so habe ich dieselben, die übrigens schon Ranque in einer Abkochung in Verbindung mit Opium gegen Krätze gebraucht hat, wieder unter die obsoleten Mittel gestellt, und überlasse es der Volksmedicin, sie gegen Kopfungeziefer in Gebrauch zu ziehen.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Preussen. Dem Kreis-Physikus Dr. Oberstadt zu Remagen, Regierungs-Bezirk Koblenz, ist der Charakter als Sanitätsrath verliehen worden.

Personalveränderungen. Baiern. Ernannt: Privatdocent Dr. Fischer in München zum Hofrathe taxfrei; Dr. Bettinger in Frankenthal, vormaliger Kantonsarzt in Kusel, zu solchem in Frankenthal. Versetzt: Die Gerichtsärzte DD. Kreitner von Ellingen nach Beilngries, A. Maier von Greding nach Ellingen, G. Schneider, pr. Arzt zu Grosslangheim, nach Königshofen i. Gr.

Preussen. Dem Generalarzte Dr. Wasserfuhr vom 2. Armeecorps ist der nachgesuchte Abschied mit der gesetzlichen Pension bewilligt worden. Versetzt: Der Garnison-Stabsarzt Dr. Riensch in Torgau als Bat.-Arzt zum 19. Inf.-Reg., der Bat.-Arzt Schillinger vom 19. Inf.-Reg., unter Ernennung zum General-Stabsarzt, nach Torgau. Zum Physikus ernannt: Die prakt. Aerzte, Wundärzte und Geburtshelfer Dr. Rehfeld im Kreise Buk, Dr. Krüger im Kreise Ziegenrück.

Medicinische Bibliographie des In- und Auslandes.

2. Augenheilkunde.

(Fortsetzung aus No. 26.)

Alix, Ueber Gesichtserscheinungen. Rev. thér. du Midi, 17. Sept.

Alquié, Ueber Augenentzündungen. Ibid. 8. 9.

Amaurose mit Paralyse complicirt. Gaz. des Hôp. 74.

v. Ammon, Ophthalmologische Skizzen. Deutsche Klinik 45.

Balfour, Fall von spontaner Dislocation der Linse. Med. Times, März.

Bertherand, Ueber das wirkliche Vorkommen einer epidemischen *Neuralgia ocularis*. Ann. d'Ocul., Mai, Juni.

Blodig, Einige Erfahrungen über das Vorkommen amaurotischer Zustände bei Krankheiten des Herzens und der grösseren Gefässe. Wiener Zeitschr., Juni.

Buys, Ueber die Anwendung des neutralen essigsauren Bleies bei der Behandlung der verschiedenen Affectionen der Conjunctiva. Ann. d'Ocul., Mai, Juni.

Canton, Exostose in der Orbita. Dubl. Press 645.

Courserant, Vorzug der Extraction vor der Depression der Cataracta. Gaz. des Hôp. 55.

— Ueber die Vortheile des oberen Einschnittes bei der Operation der Cataracta. Ibid. 60.

Czermak, Ueber eine neue Methode zur genaueren Untersuchung des gesunden und kranken Auges. Prager Viertelj.-Schr. 4.

Desmarres, Operationsverfahren bei Pterygium. Gaz. des Hôp. 17.

Duvernoy, Abscessbildung im Grunde der Augenhöhle aus innerer Ursache, mit consecutiver Hirnhautentzündung und tödtlichem Ausgange. Würt. Corr.-Bl. 33.

France, Fälle aus der Augenheilkunde, mit Bemerkungen. Guy's Hosp. Rep. VII. 1.

Fröbelius, *Paralysis musculi recti externi cum hebetudine visus oculi sinistri et diplopia;* Heilung auf operativem Wege. Med. Ztg. Russlands 21.

Gerhard, Kann man der Bildung eines Nachstaares bei der Scleroticonyxis vorbeugen? Ann. d'Ocul., Mai, Juni.

Händel, Hülfe für Augenkranke durch A. White's Augenwasser. Weimar, 1851.

Hasner, Ueber einige Hülfsmittel der Ophthalmoscopie. Prag. Vierteljahrs-Schr. 4.

Heyfelder, Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Universität Erlangen vom 1. Octbr. 1850 bis 30. Septbr. 1851. Deutsche Klinik 45—49.

Jacob, Entzündung der Bindehaut. Dubl. Press 644.

Jäger, Ein neuer Ophthalmostat. Wiener Zeitschr., Juni.

Jahresbericht über das ophthalmiatrische Institut der Provinz Brabant. Ann. d'Ocul., Mai, Juni.

Landi, Della ottalmia catarrale epidemica nelle milizie austriache stanziate in Firenze; narrazione e considerazioni. Firenze. 1851.

Lauer, Ueber die *Ophthalmia granulosa*. Pr. Vereins-Ztg. 38. 39.

Mackmurdo, Krankhafte Zustände der Iris, Glaucom, Katzenauge, Myopie, Presbyopie u. s. w. Lancet, April.

— Vorlesungen über Augenheilkunde. Ibid., Febr.

Mair, Ptosis und Amaurose durch eine Gehirnkrankheit bedingt. Med. Times, Mai.

Mayer, Zur Physik des Auges. Prager Viertelj.-Schr. 4.

Mirault, Neue Methode, das durch Verbrennung entstandene Ectropium zu behandeln. Rev. méd.-chir., Sept.

Prichard, Pathologische Zustände der Nerven, die zum Auge und seinen Anhängen gehen. Prov. Journ., April.

Robert, Ueber die syphilitische Iritis nach Beobachtungen auf Ricord's Abtheilung. Rev. méd.-chir., Aug.

Röser, Ueber die Heilung der skrophulösen Augenentzündungen durch grosse Dosen Plummer's Pulver und der hartnäckigsten Fälle durch Arsenik, sowie überhaupt über den Gebrauch dieser Mittel bei chronischen Augenentzündungen. Rhein. Mon.-Schr., Mai.

Ross, Beobachtungen aus den Altonaer Militär-Lazarethen über die Augenblennorrhöe, welche in den Jahren 1849 und 1850 in der schleswig-holsteinschen Armee herrschte. Deutsche Klinik 44. 45.

Saunders, Ueber die Krankheiten des Auges. Med. Times, Aug.

Schlothauer, Einkapselung eines Steinchens in der Hornhaut. Pr. Vereins-Ztg. 26.

Stöber, Ueber Obliteration des Thränensackes als Mittel zur Heilung der Thränenfistel. Gaz. de Strassb. 4.

Tavignot, Behandlung des Staphyloms durch Cauterisation und oft wiederholte Punctionen. Gaz. des Hôp. 76.

— Ueber künstliche Pupillenbildung. Ibid. 57.

Thiry, Therapie der Bindehaut-Granulationen. Presse méd. 26. 27.

Berichtigung.

S. 527 l. Z. 25 v. o. lies: Mothe'schen statt: La Mothe'schen

Sonnabend, № 52. 27. December 1851.

Bestellungen auf diese Zeitschrift, welche allwöchentlich Sonnabends erscheint, nehmen alle Buchhandlungen und Post-Anstalten an.

Deutsche Klinik.

Der Preis beträgt vierteljährlich zwei Thaler. Anzeigen werden mit zwei Silbergroschen für den Raum einer Petitzeile berechnet.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von Dr. *Alexander Göschen*. Druck und Verlag von *Georg Reimer* in Berlin.

Ueber Pyämie.

Von
Dr. Heidenhain in Marienwerder.

Zu der nicht kleinen Zahl pathologischer Processe, die, trotz der emsigsten Durchforschung in neuerer Zeit, noch manches ungelöste Problem bieten, noch vielfach in Dunkel gehüllt sind, gehört auch der pyämische, den bekanntlich eine gleichzeitige Entwickelung mehr oder weniger zahlreicher, umschriebener Eiterheerde, von wechselnder Grösse, in den verschiedensten parenchimatösen Organen, den Muskeln etc. und copiösen Eiterabsonderungen auf membranösen Ausbreitungen und im Zellgewebe anatomisch charakterisiren.

Wie für wenig andere Krankheitsprocesse, wird für diesen als Ausgangspunkt übereinstimmend eine eigenthümliche Bluterkrankung, Pyämie, eine eiterige Infection (Eitergährung) des Blutes angenommen, obwohl ihre genauere Kenntniss uns noch eben so mangelt, als die der mannigfachen anderen Dyskrasien, die man nach der neueren, gewiss manche Wahrheit bergenden, aber doch immer noch eines festen Grundes entbehrenden Krasenlehre, für andere pathologische Vorgänge supponirt hat. Die Untersuchungen des Blutes in der Pyämie haben wenig ergeben, woraus die Eigenthümlichkeiten der aus ihr abgeleiteten Processe erklärt werden können, zumal die Befunde der verschiedenen Forscher nicht ein Mal genau übereinstimmen. Während Becquerel und Rodier eben so wie Popp eine Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Eiweisses bei gleichzeitiger Vermehrung des Faserstoffes angeben, fand Lehmann den Faserstoff vermindert und die weissen Blutkörperchen vermehrt, Verhältnisse, die überdies in anderen Krankheitsprocessen in derselben Weise auftreten. Man hat daher, von der physikalisch-chemischen Untersuchung nicht sehr gefördert, zu unhaltbaren Hypothesen seine Zuflucht genommen und von einer Entzündung des Blutes selbst (Hämatitis [!!]) gefabelt, die in Eiterbildung übergehen sollte. So lässt Ancel den Eiter sich im Blute bilden, und einen *Liquor puris* nach den verschiedensten Theilen des Körpers hin absondern. — Auch die Lehre von der Eiterresorption und Metastase musste in ihrer ganzen Unhaltbarkeit erscheinen, sobald man an die Unmöglichkeit der Eiteraufnahme in den Blutstrom in allen den Fällen dachte, in denen sich keine vorangegangenen Gefässverletzungen nachweisen liessen, und andererseits die Unwahrscheinlichkeit in Betracht zog, dass die Eiterzellen, auf die es, als das Specifische des Eiters, besonders ankommt, durch die Lungencapillaren hindurch bis zu den verschiedenen Capillarbezirken des grossen Kreislaufs ihren Weg nehmen sollten. Die Anhänger der Eiterresorption hielten, in Bezug auf den letzten Punkt, die Permeabilität der Lungencapillaren für die Eiterzelle nicht durchaus bestreitbar; in Bezug auf den ersten, wo Gefässverletzungen nicht nachweisbar, rekurriren sie auf die Phlebitis, die allerdings für viele Fälle von Pyämie als Ausgangspunkt angenommen werden muss; aber wie wir bald sehen* werden, in anderer als der bisher üblichen Weise.

Dass bei Phlebitis durch die Entzündung der äusseren Zellhaut und auch wohl der mittleren Faserhaut ein Exsudat gesetzt werde, das die *Tunica intima* durchdringend in das Gefässrohr und so in den Blutstrom gelange, sofort ein Blastem für die Bildung der Eiterzelle abgebe, und das Blut unmittelbar an der Exsudationsstelle zur Gerinnung disponire, wird von Rokitansky und den meisten neueren Forschern angenommen. Nur Meinel (Roser u. Wunderlich Archiv 1848) stellt diesen Vorgang, gestützt auf seine Versuche, als einen sehr unwahrscheinlichen dar. Aber gesetzt man acceptirte die Rokitansky'sche Ansicht von der Phlebitis, dem sie begleitenden Exsudationsprocess in das Venenrohr und der daran sich knüpfenden Eiterbildung, und wollte nun noch weiter gehen, trotz der schnell erfolgenden Blutgerinnung an der kranken Stelle, und der gewöhnlichen Abschneidung derselben vom Blutstrom durch ein Coagulum, die Möglichkeit der Weiterführung des Eiters in die Circulation annehmen, so stellen sich einer solchen Annahme nicht nur die entschiedensten Bedenken entgegen, sondern sie erscheint auch ganz unnöthig.

Zunächst lauten die Angaben über das Vorkommen von Eiterkügelchen im circulirenden Blute bei den meisten Forschern sehr unbestimmt. Lebert (Physiolog. patholog. t. I. p. 278 etc.) hat bei seinen Versuchen an Thieren, denen er Eiter in die Venen spritzte, die Eiterkügelchen im Blute nie wieder finden können; sie scheinen vielmehr darin unterzugehen. Er sieht sich daher auch zu dem Ausspruche veranlasst: sie kämen nur ausnahmsweise darin vor, und selbst in den Fällen, wo man sie zu finden glaube, müsse man bei der Schwierigkeit der Auffindung und Untersuchung doch misstrauen. Eine Stockung der

---

Feuilleton.

Die kaukasischen Bäder.

Von
Dr. Helfft in Berlin.

Seitdem wir in den letzten Decennien durch die Reisen wissenschaftlich gebildeter Männer in bisher unbekannte Länder, über deren Beschaffenheit des Bodens und Klimas, wie über die Sitten und Gebräuche der Eingeborenen genaue Berichte erhalten haben, und was uns hier speciell angeht, uns auch über die Krankheiten jener Gegenden und die dort gebräuchlichen Heilmittel und Heilmethoden lehrreiche Beiträge geliefert worden sind, hat man auch auf die Mineralquellen und Thermen der verschiedenen Landschaften sein Augenmerk gerichtet, zumal sie für den Geologen und Naturforscher von hoher Wichtigkeit sind und über die Bildung und Formation der Gebirgsketten Aufschluss zu geben vermögen. Wir besitzen daher bereits manche recht brauchbare Angaben über die chemische Zusammensetzung, Heilwirkung und Gebrauchsweise der einzelnen Quellen. So hat Koch auf seiner Reise durch die Länder des Kaukasus die bekanntesten Bäder besucht und giebt uns eine interessante Schilderung, der ich das Folgende entnommen:

„Schon zeitig kamen wir im Kosakendorfe Gorätschewodsk (heisses Wasserdorf) an und erreichten bald darauf, jenseit des Podkumsk oder der kleineren Kuma, die Kreis- und Badestadt Pätigorsk. Mit einem Freunde wanderte ich an demselben und dem folgenden Tage nach den berühmten Schwefelquellen, die sich im Südosten der Stadt auf einer Vorterrasse des Mashuk, eines 2800′ hohen Berges, befinden. Die ganze Terrasse besteht aus Sinter und Tuff, der allmälig das hier in starken unterirdischen Bächen fliessende Mineralwasser abgesetzt hat. An verschiedenen Stellen kommt es zu Tage und wird zu Bädern benutzt. Bisweilen versiegt plötzlich eine Quelle, wogegen eine andere, oft weit entfernt, wieder zum Vorschein kommt. Jede neue Quelle wird für besonders wirksam gehalten und von den Gästen der anderen vorgezogen. Das dem unterirdischen Wasser beigemischte Gas entweicht durch Spalten und Risse, die von Zeit zu Zeit neu entstehen. Eine solche Spalte zieht sich von West nach Ost durch die ganze Bergterrasse.

circulirenden Eiterzellen in den Capillaren als Beginn des örtlichen Processes, fiele biernach ganz fort. Gluge (Anatom. mikroskop. Untersuchungen Heft 1 u. 2) hat in mehreren Fällen von Pyämie keine Eiterkügelchen im Blute finden können, während er sie in anderen frei im Serum schwimmend oder im Faserstoffcoagulum des Herzens gesehen haben will. Mir selbst ist es nie gelungen Eiterkügelchen im Blute zu finden.

Wenn nun Lebert dennoch als das zweite Stadium der Pyämie dasjenige bezeichnet, in welchem die Vermischung des im ersten Stadium, dem der Phlebitis, in das Venenrohr gesetzte eiterbildende Exsudat sich mit dem Blute im Kreislauf vermischt, also doch in denselben übergeführt werden muss, so fehlt ihm zu solcher Annahme das einzige beweisende Moment, die Anwesenheit der Eiterzelle im Kreislaufe. Es scheint uns daher die von Rokitansky aufgestellte Ansicht; dass der blosse Contact des Eiters (oder anderer deletärer Exsudationsprodukte) mit dem Blute an einer Stelle des Venensystems hinreiche, um diejenige Krase zu erzeugen, aus der der pyämische Process hervorgeht, eine mindestens eben so begründete, ja aus gleich anzugebenden Gründen eine in viel höherem Grade annehmbare.

Es ist nämlich auch eine weitere Behauptung Lebert's: dass überall Phlebitis der Ausgangspunkt für die Pyämie sei, eine durchaus nicht stichhaltige. Kein Krankheitsprocess bringt das Bild der Pyämie sowohl in seinem symptomatischen Verlaufe, wie in seinen anatomischen Ergebnissen vollständiger und im ausgedehnteren Maasse zur Beobachtung als die Rotzinfection beim Menschen, und hier ist, wenigstens nach meinen Beobachtungen, keineswegs Phlebitis das erste Glied in der Reihe der Erscheinungen. Eine unwägbar kleine Menge Sekret von der ulcerirten Nasenschleimhaut rotzkranker Pferde, durch eine ganz unscheinbare, mitunter kaum beachtete, Verletzung an der Hand, dem Blutstrome zugeführt, reicht hin, um den intensivsten pyämischen Process hervorzurufen. — Ich habe während meiner zwanzigjährigen praktischen Laufbahn im Ganzen 5 entschieden ausgesprochene Fälle von Rotzkrankheit beim Menschen beobachtet; alle fünf liefen tödtlich ab. Ein sechster mir anfangs verdächtiger Fall verlief günstiger; er betraf einen jungen Wirthschaftsinspektor von 23 Jahren, dem ein mit verdächtiger Druse (ein häufiger landwirthschaftlicher Euphemismus für Rotz) behaftetes Pferd auf die unverletzte Dorsalfläche der rechten Hand geprustet hatte. Trotz der augenblicklichen Reinigung derselben schwoll sie doch schnell bedeutend an, und als der Patient etwa nach sechs Stunden zu mir kam, hatte sich bereits die Epidermis zu einer Menge einzelner dicht aneinander stehender Blasen erhoben, die mit einem blauröthlichen Serum angefüllt waren. Am anderen Tage waren die Blasen grösser geworden, der Kranke fieberte mässig, klagte über Eingenommenheit des Kopfes und hatte die Nacht unruhig geschlafen. Die Blasen wurden sämmtlich von mir angestochen, um das schmutzig röthliche Serum zur Verminderung der Spannung zu entleeren, die Oberhaut aber nicht entfernt. Bei einer reizlosen Diät und ruhigem Verhalten besserte sich der Kranke nach einigen Tagen vollständig. Hier hatte entweder die Unversehrtheit der Haut an der vom Nasenschleimhautsekret getroffenen Stelle, oder eine geringere Verderbniss des letzteren eine gelindere Gestaltung des Krankheitsprocesses bewirkt. In den übrigen 5 Fällen, bei einem Rossarzt und vier Knechten, ergaben sich bei genauerer Nachforschung stets Verletzungen an den Fingern und an der Hand als die Pforte, durch welche das maligne Sekret mit dem Blute in Contact gekommen war.

Alle fünf Fälle begannen mit Erscheinungen eines typhösen Fiebers; zwei davon gingen in chronisches Siechthum über; der eine endete erst nach 2 Jahren, der andere nach 4 Monaten mit dem Tode; die drei übrigen starben in den ersten 3 Wochen nach der Erkrankung. Phlebitis wurde weder während des Lebens, noch auch bei der in einem Falle vorgenommenen, später zu erwähnenden genaueren anatomischen Untersuchung gefunden. An der verletzten Stelle, durch welche das Gift eingedrungen, waren in keinem der Fälle pathologische Erscheinungen eingetreten, wohl aber zeigten sich in zwei Fällen an dem Arm, an dem die Verletzung statt gehabt und dem Beine derselben Seite Anschwellungen von Lymphgefässen und Lymphdrüsen; von letzteren gingen einzelne in Vereiterung über. In einem Falle entwickelte sich ein grosser Abscess an der Stirn und in der Gegend des linken Deltamuskels, in einem anderen Eiterung im rechten Knie. In zweien von den Fällen brachen nicht lange vor dem Tode, der unter typhösen Erscheinungen eintrat, eine grosse Menge Eiterpusteln von der Grösse einer Pocke und darüber auf der Haut hervor. Bei dem einen dieser zuletzt erwähnten Fälle war es mir vergönnt die genaue Section vorzunehmen.

Schon äusserlich zeigten sich mehrere Eiteransammlungen. Das rechte Kniegelenk war schwappend voll Eiter, an derselben Seite eine Inguinaldrüse in Eiterung übergegangen. Zwischen den Brustmuskeln beider Seiten fanden sich eine grosse Menge umschriebener Eiterablagerungen von der Grösse eines Zwei- bis Viergroschenstücks und runder Form. Die Muskelsubstanz war an diesen Stellen zerstört, die weissen weichen Knötchen, die Remak (Diagnost. Untersuchungen S. 26) hier gesehen hat, habe ich nicht gefunden. Die Lungen boten schon auf ihrer Oberfläche einen eigenthümlichen Anblick dar. Es zeigten sich nämlich zahlreiche, nicht genau begrenzte, dunkelblauröthliche Blutextravasate (Ecchymosen). Schnitt man etwa in der Mitte derselben ein, so traf man sofort auf theilweise hellröthliche, in der Mehrzahl aber gelblichweisse, kleinkörnige von der Oberfläche des Organs nach innen zu keilförmig zugespitzte Exsudatmassen, ganz denen ähnlich, welche die neuere Wissenschaft mit dem Namen der Lobulärabscesse bezeichnet. Mehrere von ihnen waren bereits in der Mitte eiterig zerflossen, andere noch durchweg fest; ganz ähnliche fanden sich in den Nieren, ein Befund, den Remak mit dem Namen des speckigen Eiters bezeichnet zu haben scheint. Das Blut im Herzen dunkel syrupsartig. In den übrigen Organen fand sich nichts Bemerkenswerthes, namentlich im Darm, obwohl während des Lebens häufig Durchfälle gewesen, keine Plattenentwickelung.

Dieser Befund stimmt im Wesentlichen mit dem überein, was Remak (a. a. O.), Popp (Untersuch. über d. Blut. S. 41) und Gluge (Anat. mikroskop. Untersuch. Heft 2 S. 177) in ihren Fällen gesehen. Eine vollständige Uebereinstimmung findet sich in einem Punkte, den wir hier besonders hervorheben müssen: es ist in keinem Falle eine Phlebitis gefunden worden, und doch wird Niemand in Abrede stellen wollen, dass hier klar ausgeprägte pyämische Processe vorliegen. Will doch Gluge sogar im Blute des Herzens unverkennbare Eiterkügelchen beigemischt gefunden haben.

Ist demnach durch diese Fälle genügend nachgewiesen, dass Phlebitis durchaus nicht als nothwendiger Ausgangspunkt für Pyämie zu betrachten, dass vielmehr ein Minimum eines eitrigen Sekrets genügt, um durch seinen Contact mit dem Blute jenes dyskrasische Leiden hervorzurufen, so steht auch der Annahme nichts entgegen, dass auch die Phlebitis für die Erzeugung der Pyämie keine andere Bedeutung habe, als dass sie durch Exsudatsetzung in das Gefässlumen und sofortiger Eiterbildung, einen solchen Contact eines deletären inficirenden Stoffes mit dem Blute vermittle. Wo man sie daher findet ist sie der

---

Die stärkste Quelle hat von dem Kaiser Alexander den Namen erhalten: das Badegebäude dagegen, welches das Wasser unten, am Fusse der Terrasse sammelt und auf eine Menge von Zimmern vertheilt, ward nach dem jetzigen Kaiser Nicolaus genannt. Drei Cascaden, von denen die mittlere unter der auf den Berg führenden Treppe liegt und dem Wasser daher die Wärme mehr zurückhält als die beiden seitlichen, nicht bedeckten, führen das Wasser der Quellen in das Gebäude. Die Temperatur des Wassers beträgt zwischen 32 u. 37° R.

Die Regierung, welche in Pätigorsk eine besondere Badecommission eingesetzt hat, versäumt nichts, um die kaukasischen Bäder zu heben. Die Einrichtung der Anstalt hat bereits ungeheure Summen gekostet und nimmt noch fortwährend viel Geld in Anspruch. Sehr hübsche Anlagen ziehen sich namentlich auf der Vorterrasse hin, erfreuen sich aber keines besonderen Gedeihens, da mit dem Eintreten der wärmeren Jahreszeit und eines selteneren Regens, auch für die Vegetation die ernährende Feuchtigkeit fehlt. Die Kräuter und Gräser verdorren allmälig und der Boden erhält eine fahle oder graugelbe Farbe. Auf der Vorterrasse befinden sich noch einige eingefasste Quellen, von denen die beste die Sabanjeff'sche ist, weil sie unmittelbar aus der Spalte hervorquillt und wohl auch das meiste Gas enthält. Die Kalmücken- und Jermoloffs-Quelle sind, obwohl die ältesten, nicht sehr gesucht. Dasselbe gilt von der Michaels-Quelle.

Pätigorsk war, der späten Jahreszeit wegen, sehr wenig besucht. Die meisten Gäste hatten sich nach den Sauerwässern (Kislowodsk) begeben, um dort nach überstandenem Gebrauch der hiesigen Schwefelwasser sich einer Nachkur zu unterwerfen. Aber auch dort war die Zahl der Badegäste nur gering.

Die schöne Lage von Pätigorsk, namentlich im Frühling, durch eine üppige Vegetation erhöht, so wie durch die grossartige Fernsicht, wie man sie nirgends findet, könnte dieselben Wohlthaten auf den menschlichen Körper ausüben, wenn Geist und Herz zugleich Ansprache und Nahrung fänden. Damen und Herren, die ich darüber sprach, sahen aber sehnsüchtig dem Tage entgegen, wo sie wiederum der Heimath zueilen könnten: in Deutschland verlässt man nur ungern ein Bad (?) und zehrt noch lange Zeit an den dort erhaltenen Erinnerungen.

Noch ein Umstand ist zu bemerken, welcher der Frequenz der kaukasischen Bäder hinderlich ist: die gefahrdrohende Nähe der Tscherkessen. Mehr als Pätigorsk mit seinen Schwefelwässern, ist der Sauerbrunnen, welcher dicht an der Kabarda liegt, gefährdet. Die Tscher-

handgreifliche Beweis, dass Eiter mit dem Blute unmittelbar in Berührung gekommen, eine Thatsache, die nicht in allen Fällen von Pyämie auf gleich evidente Weise darzuthun ist.

Bekanntlich hat die Annahme, dass ein blosser Contact eines deletären Stoffes mit dem Blute zur Entwickelung der Pyämie hinreiche, darin eine neue Stütze gefunden, dass Semmelweiss die Häufigkeit der pyämischen Wochenbettfieber auf der Wöchnerinnenstation im Wiener allgemeinen Krankenhause von dem Umstande herleitete, dass die Studirenden häufig unmittelbar aus dem Leichenhause vom Secirtische an das Bett der Kreisenden und Wöchnerinnen zum Touchiren kämen, und durch ihre nicht sorgfältig gereinigten Finger den Contact fauliger Substanzen mit dem Blute vermittelten. Wenn nun auch die Prager und unter ihnen besonders Hammernjk (Cholera epidem. S. 265) sich entschieden gegen diese Semmelweiss'sche Pathogenie der Wochenbettfieber aussprechen, so beweisen die von ihnen angeführten Gründe doch nur, dass, wie von je bekannt, auch unter mannigfachen Verhältnissen, in denen Leichenöffnungen gar nicht stattgehabt, sich Wochenbettfieber entwickeln, nicht aber, dass sie auf dem von Semmelweiss angegebenen Wege nicht erzeugt werden können; ein directer Beweis lässt sich freilich für denselben nicht führen; man muss vielmehr mit Jos. H. Schmidt (Berlin. Charité-Annalen Bd. I.), der nach seinen Erfahrungen in der Gebäranstalt der Berliner Charité, diese Pathogenie der Wochenbettfieber auch nicht bestimmt zu adoptiren vermag, sich dahin aussprechen: es sei das eine mögliche, aber gewiss nicht die alleinige Ursache ihrer Entstehung. Ist einmal durch die Rotzinfection erwiesen, dass Pyämie durch den Contact eines eitrigen, jauchigen Sekrets mit dem Blute entsteht, lässt sich die Bedeutung der Phlebitis für die Erzeugung der Pyämie auch darauf zurückführen, dass sie einen solchen unmittelbaren Contact von Eiter mit dem Blute bewirkt, so steht auch dem analogen Vorgange wenigstens nichts entgegen, dass der von einer Section nicht gehörig gereinigte Finger beim Touchiren eine faulige Substanz mit der wunden Innenfläche der Genitalien und so mit dem Blute in Verbindung bringe und dadurch Pyämie erzeuge.

Diese nun durch Contact des Blutes mit Eiter, Jauche u. s. w. von vorn herein erzeugte Pyämie nennen wir mit Rokitansky u. A. die primäre, zum Unterschiede von der secundären, die sich aus einer bereits vorangegangenen Dyskrasie herausbildet. Man rechnet dahin die aus der typhösen, exanthematischen, hyperinotischen (acutem febrilem Gelenkrheumatismus), puerperalen, skrophulösen und anderen Krasen sich entwickelnde Pyämie. Aber man würde hier gewiss nicht das richtige treffen, wenn man die Pyämie hier überall als unmittelbar aus der primären Krase hervorgegangen betrachten und ganz übersehen wollte, dass sehr häufig locale Exsudations-, Eiterungs- und Ulcerationsprocesse, die unter der Herrschaft der primären Krase zu Stande gekommen, durch Contact ihrer Producte mit dem Blute den Ausgangspunkt für den neu hinzutretenden pyämischen Process abgeben, und so das Mittelglied zwischen der primären anderweitigen und der secundären pyämischen Krase bilden. Ja bei genauerer Analyse der in Rede stehenden Krankheitsprocesse dürfte dieser Hergang als der häufigere und gewöhnlichere anerkannt werden.

Betrachten wir zunächst den Typhus, so sind wir geneigt für die pyämischen Processe, die sich bei längerem Verlaufe desselben zuweilen entwickeln, viel eher die Darmexulcerationen als Ausgangspunkt anzusehen, statt einen unmittelbaren Uebergang aus einer Krase in die andere anzunehmen. Dass im Verhältniss zur Häufigkeit der Darmverschwärungen sich Pyämie nur selten aus Typhus entwickelt, spricht deshalb nicht gegen unsere Ansicht, weil die Genesung oder der Tod meist früher erfolgen, als es zur Ausbildung secundärer Processe kommt. Das Stadium der bösen Nachkrankheiten, das nach vollendetem 21tägigem Verlaufe eintritt, ist es daher auch vorzugsweise, das weit verbreitete Eiterungen, Gerinnungen in grossen Venenstämmen, lobuläre Abscesse in der Milz etc. aufzuweisen hat. An ihnen gehen dann auch viele Kranke in diesem Stadium zu Grunde.

Zweifelhafter gestaltet sich die Sache bei den Exanthemen. Betrachten wir in dieser Beziehung den Scharlach, der nicht gar selten pyämische Erscheinungen in seinem Gefolge hat, so finden wir auch hier vorzugsweise eine locale Affection, die man als Ausgangspunkt der Pyämie zu betrachten hat; wir meinen die Exsudationen auf der Innenfläche des Herzens, die zum Contact pathischer Producte mit dem Blute die unzweideutigste Veranlassung geben. Wir sagten: die Exsudationen auf der Innenfläche, übersehen aber dabei nicht, dass Meinel es nicht allein ist, der in neuerer Zeit auf Grund der Gefässlosigkeit des Endocardii (ganz analog der inneren Venenhaut) die Endocarditis läugnet, und die aus derselben hergeleiteten Exsudate als Auflagerungen und unmittelbare Ausscheidungen aus der Blutmasse betrachtet. Wir wagen bis zur Stunde noch diese Controverse nicht bestimmt zu entscheiden; aber je nach dem Standpunkte, den man in dieser Beziehung einnimmt, müssen selbstredend die Schlüsse, die man für unseren Zweck zieht, ganz verschieden ausfallen. Schliesst man sich der älteren Ansicht einer Endocarditis (worunter immer nur die Entzündung des Zellstoffes unter dem Endocardio zu verstehen) mit Exsudatsetzung an, so wird diese, wie im Typhus die Darmaffection, der Ausgangspunkt für die Pyämie, das Mittelglied zwischen der ursprünglichen und secundären Krase; betrachtet man dagegen den Process als unmittelbar aus dem Blute sich ausscheidende Gerinnung, dann haben wir den unmittelbaren Uebergang aus einer Krase in die andere; die Pyämie ist bereits da, und es tritt hier dann zuerst im Herzen derselbe Process auf, der später im Capillarsystem sich wiederholt (denn Gerinnung des Blutes in den Gefässen ist, wie wir später nachweisen werden, das erste Stadium der örtlichen pyämischen Ablagerung). Wir möchten uns deshalb der letzteren Ansicht zuwenden, weil wir pyämische Processe bei Scharlachkranken beobachtet haben, ohne dass eine locale Affection im Herzen oder sonst an einem anderen Orte vorangegangen war, die zur Entwickelung der Pyämie hätte Anlass geben können.

(Schluss folgt.)

Berichte aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik und Poliklinik der Universität zu Bonn während dem Sommer-Semester 1851.

Von
Prof. Dr. M. Naumann in Bonn.

(Fortsetzung aus No. 54.)

II. Eigenthümliche Nervenkrankheit.

Ludwig W...., 20 Jahr alt, mit offener, glücklicher Gesichtsbildung, durch Lebhaftigkeit, vorwaltende Einbildungskraft und einen

---

kessen haben auch ohne Zweifel auf die Fremden in den Bädern schon deshalb ihr Auge gerichtet, weil sie wohl wissen, dass, wer in ein Bad gehen kann, auch ein höheres Lösegeld zu zahlen im Stande ist. Bis jetzt hat es sich die russische Behörde in hohem Grade angelegen sein lassen, für die Sicherheit der Gäste zu sorgen.

Ausser den Schwefelwässern bei Pätigorsk befinden sich noch an der Nordostseite des Basch-Tau (Fünfberg), und zwar am Fusse des Eisenberges, alkalische und eisenhaltige Wässer.

Die Lage der letzteren ist in hohem Grade romantisch, hat aber sonderbarer Weise auf den, an dergleichen Schönheiten nicht gewöhnten Russen nicht den Eindruck gemacht, den man vermuthen sollte. Freilich ist für die Bequemlichkeit der Badegäste in Skelesnowodsk (d. h. Eisenwasser) am wenigsten Sorge getragen, desto mehr aber die zum Theile wild, aber immer sich in Abwechselungen gefallende Natur zu verschiedenen Anlagen und Spaziergängen benutzt.

Freundliches Laubholz, aus Weissbuchen, Eichen und Mostholder, zum Theil auch aus Ahorn bestehend, aber nirgends einförmig und dicht, bedeckt die ganze Umgegend und contrastirt mit dem, mit Moos und Pflanzen besetzten Felsen uud Gestein. Auch hier existiren mehrere Quellen, die aber nur zum Theil vorherrschend Eisen enthalten, im Uebrigen aber mehr alkalischer Natur sind. Die bedeutendste führt den Namen der Tscherkessen-Quelle und hat eine Temperatur von 33° R., während alle übrigen kühler, zum Theil selbst als die Atmosphäre, sind. Echte alkalische Quellen in grosser Anzahl, aber von sehr geringer Mächtigkeit, befinden sich gegen 5 Stunden westlich von Pätigorsk und dicht beim Kosakendorfe Jessentuk.

Dem Sauerbrunnen (Kislowodsk) hat man von Seiten der Behörde weniger Sorge gewidmet, als der Schwefelquelle in Pätigorsk. Zunächst fehlt es an Gebäuden, um die Anzahl von vielleicht nur 100 Gästen gut unterzubringen, und es sind deshalb viele gezwungen, in den keineswegs eleganten, sehr einfachen Bauernhäusern der nahen Stanitze (Dorf) ein Unterkommen zu suchen. Leider liegt diese auf der Höhe, und die Patienten werden durch das Hinauf- und Herabsteigen sehr in Anspruch genommen. Auch das Badehaus entspricht mit seinen 14 Wannen den Anforderungen durchaus nicht. Obwohl die Regierung schon seit langer Zeit das Geld zu einem steinernen Bau bewilligt, und das sogar bereit liegen soll, so hat doch nur einer der früheren Statthalter erst den Grund gelegt, ist aber bald darauf abberufen worden.

Mitten in dem freundlichen, mit allerlei Gebüsch und Bäumen be-

gewissen Hang zur Eitelkeit ausgezeichnet, gehört zu den Unglücklichen, die schon in der Kindheit der Onanie verfallen. Dieser traurigen Gewohnheit und andern sexuellen Ausschweifungen ganz ergeben, war er zugleich bestrebt, gesellschaftlich zu glänzen und arbeitete eifrigst darauf hin, eine seinem Ehrgeize entsprechende Stellung in der kaufmännischen Welt zu erringen.

Vor mehreren Jahren verfiel er, nach einem äusserst schmerzhaften Kopfleiden, das mehrere Venäsectionen nothwendig machte, in epileptische Krämpfe. Diese Krämpfe, und die mit ihnen verbundenen psychischen Alterationen, kehrten Anfangs mehrmals in der Woche, später abwechselnd nach sehr verschiedenen Intervallen zurück, und waren auch ihrer Form nach vielfach von einander abweichend. Seit etwa einem Jahre haben die Symptome zu sehr charakteristischen Paroxysmen sich concentrirt, welche nach 28—34 Tagen eintreten und folgendermaassen sich verhalten.

Nachdem Patient mehrere Wochen lang, auf die unten anzugebende Weise, relativ sich wohl befunden hat, findet sich ein äusserst lästiges Brennen in der Tiefe des Bauches ein, das in 3 Stationen, innerhalb 12—20 Stunden, vom Becken zur Magengrube, von dieser bis zum Schlunde aufsteigt. Während dieser Zeit nimmt der fast gewöhnliche Kopfschmerz nicht immer zu; der Puls zeigt keine constante Veränderung; Erbrechen oder Beklemmung werden vermisst. Plötzlich, nicht selten zuerst in der Nacht, tritt ein Krampfanfall ein, der von den gewöhnlichen epileptischen nur durch das stärkere Vorwalten der tonischen Krampfform verschieden ist. Während der Dauer des Insultes, welcher ½, höchstens 2 Minuten anhält, findet vollkommene Bewusstlosigkeit statt. Solcher Anfälle können 9—14 in 24 Stunden eintreten. Nach jedem derselben wird der eigenthümliche Stupor vorherrschend, der sogleich etwas genauer beschrieben werden soll. Gewöhnlich werden 36—48 Stunden nach dem Ablaufe jener Reihe von Paroxysmen noch zwei vereinzelte, meist schwächere Krampfanfälle beobachtet.

Während dieser ganzen Zeit ist allerdings ein gewisser Grad von Hyperämie des Gehirns zugegen, der aber nie so bedeutend wird, um allgemeine Blutentziehungen zu indiciren. Das Gesicht ist geröthet, die Temperatur des Kopfes, besonders der Stirn, wenig erhöht, die stieren Augen lassen keine Veränderung der Pupillen wahrnehmen, Erbrechen fehlt, die Hände fühlen sich kühler an als die Beine, der Puls ist beschleunigt, etwas kleiner, aber nicht hart. Der Kranke sitzt meist aufrecht, klagt nicht, und giebt nur beim Befragen zu verstehen, dass ihm der Kopf sehr schmerze. Durch Essigklystiere, Sinapismen an die Waden und durch den reichlichen Gebrauch von *Natrum sulphur.* mit *Acidum sulphur. dil.* gelingt es immer, den congestiven Zustand bedeutend herabzustimmen. Selten werden örtliche Blutentziehungen nothwendig gemacht. — Zwischen den einzelnen Krampfanfällen vermag Patient ungehindert seiner Glieder sich zu bedienen, und verschlingt alles, was ihm gereicht wird.

Nach 2—3 Tagen beginnt eine zweite Periode, welche durch die eigenthümliche Verbindung von Stupor und Idiotismus charakterisirt wird. Coma wird in dieser, wie in der vorhergehenden Periode gänzlich vermisst. Von Krämpfen ist keine Spur wahrzunehmen, die Hirncongestionen finden nicht mehr statt. Der Puls ist etwas voller, weniger beschleunigt, zwischen 90 und 100 Schlägen.

Am liebsten sitzt der Kranke aufrecht, sieht verblüfft aus und hat dabei doch den unverkennbaren Ausdruck von grosser, sinnlicher Aufregung. Die dem Bette sich Annähernden oder den Patienten Anredenden werden mit nichtssagendem, oder mit gleichsam sceptisch-lächelndem Blicke angestiert; wobei er den Bewegungen derselben mit den Augen folgt. Der Kranke ist nicht zum Sprechen zu bringen, versteht aber im Allgemeinen, was man ihm sagt, und sucht, so gut er es vermag, den an ihn gerichteten Geboten Folge zu leisten. Die Zunge wird auf Geheiss, doch zögernd, herausgestreckt. Wird der Patient aufgefordert, die Hand zu reichen, so greift er gewöhnlich daneben, oder senkt von oben herab den ausgestreckten Zeigefinger einer oder beider Hände auf die ihm entgegengestreckte Hand. Mit den Armen, und namentlich mit den Händen, ist er in steter Bewegung begriffen. Er greift in der Luft, an den Wänden u. s. w. herum, als ob er etwas suche, und betrachtet aufmerksam die Hand, mit der man ihn gefasst hat. Bei diesen tastenden und greifenden, ohne alle Aufregung vorgenommenen Bewegungen werden die Finger beider Hände in den sonderbarsten, stets wechselnden Gruppirungen an einander gefügt. Häufig hält er die auseinander gebreiteten Finger, in der Entfernung von 8—12 Zoll, vor die Augen und scheint in dem Anschauen derselben ganz versunken zu sein.

Dieses Fingerspiel wird nur durch die Anstrengungen unterbrochen, womit der Patient Onanie zu treiben versucht. Allen Vorkehrungen zum Trotze ist er bestrebt, auf alle Weise seinem Sinneskitzel Genüge zu leisten, und muss daher stetig überwacht werden. Durch die Gegenwart vieler um sein Bett stehender Personen lässt er sich in seinen Bestrebungen, dem Sinneskitzel zu fröhnen, nicht im geringsten irre machen. Ebensowenig fruchten Drohungen in dieser Hinsicht. Bleibt ihm jedes andere Mittel versagt, so sucht er wenigstens durch sprechende Bewegungen der Schenkel dem Wollusttriebe zu huldigen, dem er gänzlich verfallen ist.

Nur wenn dem Kranken die Mahlzeit gereicht wird, nimmt das Gesicht einen andern, aber ebenfalls thierisch-gierigen Ausdruck an. Er muss gefüttert werden, indem er selbst nicht im Stande ist, die Speisen zum Munde zu führen. Mit einem wahren Heisshunger verschlingt er die Nahrung. Während der Fütterung (denn so muss man wohl sagen) hat er für nichts Anderes Sinn, und lässt jede Anrede, jeden Befehl unbeachtet. Er würde dem Essen kein Ziel setzen, wollte man seinem gierigen Appetite Folge leisten. — Der Schlaf ist in dieser Periode ziemlich gut, wenn auch der Kranke sich viel umherwirft. Die Ausleerungen verhalten sich normal. Der Patient springt bisweilen aus dem Bette auf und läuft im Zimmer umher, lässt sich aber doch mit Leichtigkeit leiten und zum Gehorsam bestimmen.

Es beginnt endlich eine dritte oder Uebergangsperiode, von vier- bis sechstägiger Dauer. Während dieser Zeit verliert sich der Stupor, an der Grenze des Deliriums verlaufend, bisweilen durch dasselbe verdrängt, allmälig in den normalen Zustand. Die planlosen Bewegungen der Hände und der Finger lassen nach; der zügellose Geschlechtstrieb tritt mehr in den Hintergrund zurück. Die Besonnenheit gewinnt täglich an Terrain. Vorgelegte Fragen vermag der Kranke Anfangs nur mit grosser Anstrengung und unvollständig zu beantworten, da er noch sehr unbesinnlich ist. Nicht selten giebt er ganz verkehrte Antworten, schwatzt Zoten oder kramt Reminiscenzen aus seiner Lectüre aus. Oft ist er unfähig, den Namen desjenigen zu nennen, der mit ihm redet, wenn derselbe ihm auch genau bekannt ist. Er giebt ihm dann entweder einen andern, historischen Namen, oder er spricht denselben nicht aus, sondern buchstabirt ihn bloss, verwechselt wohl auch die Namen der ihm Bekanntgewordenen. Mit der zunehmenden geistigen Klarheit beginnt Patient wieder über Kopfschmerz zu klagen. Zwischen sich und den Gegenständen glaubt er mannigfach gestaltete graue und schwärzliche Nebel wahrzunehmen. In diesem Zustande, und bei fort-

---

pflanzten Bergkessel befindet sich eine starke Quelle, welche den Namen Nar-Sang (d. h. Geister-Getränk) führt, und in ihrem Auftreten sehr viel Aehnlichkeit mit dem Kissinger Ragoczi hat. Das Wasser besitzt eine so grosse Menge von Kohlensäure, dass es auf die Zunge unangenehm stechend einwirkt. Sonst scheint es dem Selterser-Wasser sehr ähnlich zu sein: jedoch schmeckt das Eisen vor. Es wird auch auf Flaschen gezogen und versandt, allein der weite Transport macht es theuer, zumal da die Anschaffung der Flaschen in diesen entlegenen Gegenden ebenfalls den ursprünglichen Preis erhöht. In Petersburg und Moskau sind Niederlagen davon errichtet, wo man das Wasser um vieles Geld beziehen kann."

Ich will hier einiges Nähere über die Quellen von Pätigorsk hinzufügen. Es befinden sich dort 7 Schwefelquellen, von denen die bedeutendste, die Alexanders-Quelle, eine Temperatur von 57—58° R. hat, drei besitzen eine Temperatur von 54—56° R. Sie werden alle getrunken, besonders die Elisabeth-Quelle, seltener zu Bädern benutzt. Die Wassermenge des Sauerbrunnens ist so beträchtlich, dass man in einer Minute 20 Eimer erhält.

Die in der Nähe von Tiflis befindlichen Bäder enthalten schwefelsaures Natron (doch noch nicht ¼ der festen Bestandtheile betragend), kohlensaures Natron und Kochsalz. Der Gehalt an Naphtha scheint die seifenartigen Verbindungen zu bewirken, die den Schmutz des Körpers so leicht entfernen; ihre Temperatur beträgt 31—36° R.

Nekrolog.

Am 29. October dieses Jahres verstarb zu Prag der Lehrer der Geburtshülfe und Director der geburtshülflichen Klinik, königl. bair. Hofrath **Kiwisch v. Rotterau.** Im Jahre 1814 zu Klattau, woselbst sein Vater Kreishauptmann war, geboren, widmete er sich später auf der Universität Prag den medicinischen Studien, und trat, nachdem er absolvirt, 1837 als Secundärarzt in's dortige allgemeine Krankenhaus ein. Hatte K. schon als Studirender eine besondere Vorliebe für die Geburtshülfe gezeigt, so widmete er sich in der neuen Stellung durch 3 Jahre diesem Zweige der Medicin fast ausschliesslich, und bewies dies auch durch sein erstes in dieser Zeit erschienenes Werk: „**Die Krankheiten der Neugeborenen und Wöchnerinnen.**" Die Secundärarzt-Stelle im allgemeinen Krankenhause vertauschte er zunächst mit einem Physikat, wurde dann aber im Herbst 1842 als Lehrer

dauerndem, sehr gutem Appetite, wird er täglich mehrmal spazieren geführt.

Nach Verlauf von 12—14 Tagen hat endlich der Gesammtparoxysmus sein Ende erreicht. Der Kranke ist dann völlig besonnen, weiss nichts von dem Vorgegangenen, bleibt aber gewöhnlich mehrere Tage durch tiefe Verstimmung und Muthlosigkeit ausgezeichnet. Er beschäftigt sich mit finstern, verworrenen Vorstellungen, welche den Tod, den Teufel und die eigene Schuld betreffen. Oft wird er von grosser Angst befallen, verzweifelt an seiner Zukunft, und spricht mit Heftigkeit, aber auch auf barocke, einer ursprünglichen, modernen Halbbildung entsprechenden Weise, sein religiöses Bedürfniss aus. Die Nächte bringt er schlaflos hin, oder wird von schweren Träumen geängstigt, in denen ebenfalls Tod und Teufel eine wichtige Rolle spielen.

Am 15. oder 16. Tag beginnt Patient aus der Gewalt seines Anfalles ganz herauszutreten. Er klagt, mit seltenen Unterbrechungen, über Kopfschmerz und schläft unruhig, ist aber höflich, rücksichtsvoll, gesprächig und theilnehmend geworden. Seine Heiterkeit wird hauptsächlich durch die zunehmende, ihm bemerkbare Gedächtnissschwäche getrübt. Von den Sprachen, mit denen er vertraut war, der italienischen, französischen und englischen, hat er die erste ganz, die zweite grossentheils vergessen; die dritte ist ihm geläufig geblieben. Er macht grosse Spaziergänge, ohne ermüdet zu werden, verfällt aber von Zeit zu Zeit einer grossen Niedergeschlagenheit und Beängstigung. Durch Zorn und Aerger wird er vorübergehend in den Zustand von tobsüchtiger Aufregung versetzt. Ueber seine Erlebnisse in dieser Zwischenperiode führt er selbst Buch. Er beschäftigt sich am liebsten mit englischer Literatur, ist aber sehr dankbar, wenn man ihm sonst eine leichte Arbeit zuweist.

Während dieser Zeit lassen Appetit und Verdauung nichts zu wünschen übrig. Ein Erkranken des Herzens findet nicht statt. Eben so wenig ist man berechtigt, den Patienten für einen Hämorrhoidarius zu erklären. Illusionen oder Hallucinationen kommen nicht vor.

Ueber die Behandlung will ich wenige Bemerkungen hinzufügen. Früher sind allgemeine und örtliche Blutentziehungen, Ableitungsmittel, z. B. das Haarseil im Nacken, Kampher u. s. w. ohne den geringsten Einfluss auf die Krankheitserscheinungen angewendet worden. Längere Zeit ward die von Hooper empfohlene „Juice of cotyledon Umbilicus" versucht. Zuletzt hatte Patient einen Aufguss von *Radix artemisiae* gebraucht, und dabei St. Germainthee getrunken.

Ich gab dem Patienten Chinin täglich zu 4—8 Gr., und liess ihm dabei eine Auflösung von 1½ Drachmen Weinsteinrahm trinken, einen Abend um den andern ein Senffussbad nehmen. Bei diesem Verfahren blieb der Kranke wiederholt ganze Tage frei von Kopfschmerz. Die Paroxysmen der Krankheit blieben völlig unverändert.

Mehrere Male wurde die Ekelcur versucht. Vier Gran Brechweinstein auf 24—36 Stunden verursachten nur in der ersten Zeit Erbrechen oder Brechneigung. Später zeigten sich nur etwas verstärkte Darmausleerungen. — Mit dem Arzneigebrauche wurde begonnen, sobald die Krampfanfälle vorüber waren.

Einmal hatte der neue Paroxysmus 37 Tage ausgesetzt (vom 28. Juni bis zum 4. Aug.), so dass Patient freudigen Hoffnungen sich hingab. Während dieser Zeit hatte derselbe in den ersten Wochen Chinin, in der spätern Zeit Brechweinstein erhalten. Aber der folgende Paroxysmus schleppte sich mit seinen Folgezuständen 20 Tage hin, und nach einem *Intervallum lucidum* von bloss 8 Tagen trat ein dritter, durch 14 Krampfanfälle ausgezeichneter Paroxysmus auf. — Gegenwärtig wird seit mehreren Wochen Chinin mit Kampher gegeben, und zugleich ableitend gewirkt. — Täglich ist einem neuen Paroxysmus entgegen zu sehen.

12. Lange anhaltendes pleuritisches Reiben.

Anton Knaaf, 26 Jahr alt, aus Godesberg. Derselbe meldete sich am 17. Aug. zur poliklinischen Behandlung. Er litt an einer reinen, ächt rheumatischen Pleuritis auf der rechten Brustseite, die dadurch ausgezeichnet war, dass die Lunge ganz unangefochten sich erhalten hatte. Kein Husten; kaum bemerkbares Fieber. Dagegen wurden äusserst empfindliche Stiche geklagt. Charakteristisch war das zwischen der 4. und 6. Rippe sehr deutlich vernehmbare, rauhe, auf- und absteigende Reibungsgeräusch. Dasselbe war eben so deutlich fühlbar. Auch dem Patienten machte es sich als lästige Empfindung bemerklich.

Wiederholt wurden Schröpfköpfe und Blasenpflaster applicirt. Der Kranke erhielt ein Brechmittel, dann Calomel mit Kampher, endlich Brechweinstein mit Opium.

Wiederholt wesentlich gebessert, meldete der Kranke, der in einer zugigen Kammer schlief, sich immer wieder aufs Neue. Das Reibungsgeräusch blieb stets unverändert. Da ein geringes Exsudat im rechten Pleurasacke gebildet zu sein schien, so wurde Patient am 2. Sept. in die Klinik aufgenommen, obgleich die Respirationsgeräusche fast normal waren, und der Athem sich frei erhalten hatte. Geringes Fieber.

6. Sept. Die Stiche sind fast ganz verschwunden, reichlicher Schweiss, kein Fieber. Das pleuritische Reiben erhält sich unverändert. — Ord.: Nitrum mit Senega; neues Blasenpflaster auf die rechte Brustseite.

12. Sept. Die Stiche sind völlig verschwunden, und werden selbst durch tiefe Inspiration nicht hervorgerufen. Das Reiben will nicht weichen. Der Kranke erhält einen Aufguss von Digitalis mit Brechweinstein; das Blasenpflaster wird offen erhalten.

15. Sept. Der vollkommen gesund und kräftig sich fühlende Kranke wird entlassen, obgleich das Reiben noch nicht verschwunden ist. (Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen aus der medicinischen Klinik des Herrn Professor Frerichs zu Kiel.

Von

Assist.-Arzt Dr. Bartels.

(Fortsetzung aus No. 49.)

III.

Entzündung der Cowper'schen Drüse in Folge von Tripperkatarrh der Harnröhre; Abscessbildung. Verengerung der Harnröhre durch Verschiebung der *Pars membranacea urethrae* von Seiten des zurückbleibenden Narbengewebes.

H. R., ein 33jähriger Holzsäger, litt seit etwa 14 Tagen an Tripper. Er hatte dagegen Cubeben gebraucht, dabei aber sein Geschäft fortgesetzt. Am 27. Mai kam er in's Hospital. Seit einigen Tagen hatte er einen heftigen Schmerz im Perineum gespürt, welcher ihn am Gehen hinderte. Der gonorrhoische Ausfluss aus der Harnröhre hatte zur Zeit

---

der Gynäkologie und Vorstand einer gynäkologischen Klinik in dasselbe zurückversetzt. Drei Jahre später (1841) folgte K. einem ehrenvollen Ruf nach Würzburg in die Stelle des verstorbenen D'Outrepont. Würzburg verliess K. dann auf längere Zeit, um die Frau Grossfürstin Helene von Russland als Leibarzt auf Reisen zu begleiten. Die angenehmste Situation, in die er hier trat, konnte ihn aber nicht bestimmen, dauernd das deutsche Vaterland zu verlassen und eine sehr lokkende Anstellung in St. Petersburg anzunehmen. So angenehm nun seine Verhältnisse in Würzburg waren, so viel er ihnen auch geopfert hatte, als er den Ruf nach Russland ausschlug, nach seinem engeren Vaterlande zog es ihn mächtig zurück, und so folgte er 1850 mit Freuden der Aufforderung, als Lehrer der Geburtshülfe und Director der geburtshülflichen Klinik, in des verstorbenen Jungmann Stelle, an der Prager Hochschule einzutreten. Hier in seiner Heimath hat er, trotz schnell fortschreitender Tuberculose, mit unermüdlichem Eifer der medicinischen Wissenschaft und Kunst die letzten zwei Jahre hindurch gelebt, und noch wenige Tage vor seinem Tode die Abtheilung im allgemeinen Krankenhause besucht. Den Grund zu seinem Erkranken legte er in Würzburg, als er, selbst an einem pleuritischen Exsudat in der rechten Thoraxhälfte krank, eine mehrtägige Reise im Interesse einer Kranken unternahm. Wenn Kiwisch Seitens seiner wissenschaftlichen Laufbahn, der Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen etc. das Leben von der schönsten Seite kennen gelernt hat, so machte er in seinem Privatleben die bittersten Erfahrungen. Im Laufe von drei Jahren verlor er seinen Vater, eine heissgeliebte Gattin und das einzige Kind, welches sie ihm geboren. Seinen weit verbreiteten literarischen Ruf verdankte K. vorzugsweise seiner Arbeit über die Theorie des Herzstosses, den klinischen Vorträgen über Frauenkrankheiten (2 Bände) und endlich dem ersten Bande der Geburtskunde, der in 2 Abtheilungen (1846 und 1848) erschien. Letzteres Werk wird, wie wir so eben hören, von Professor Lange in Heidelberg (Nägele's Nachfolger) fortgesetzt werden.

der Aufnahme des Kranken aufgehört. Als den Sitz der spannenden, äusserst heftigen Schmerzen, über welche sich derselbe beklagte, bezeichnete er die Gegend des *Bulbus urethrae.* Die Einführung eines Katheters war zwar sehr schmerzhaft, gelang aber ohne Schwierigkeit. Es wurde ferner eine Untersuchung mit in das Rectum eingeführtem Finger vorgenommen. Die Prostata zeigte den normalen Umfang, den normalen Consistenzgrad, und war gegen leichten Druck nicht im mindesten empfindlich. Die angegebenen Schmerzen erreichten in den nächstfolgenden Tagen eine solche Höhe, dass sie dem Kranken die nächtliche Ruhe raubten. Blutegel, an den Damm gesetzt, erleichterten ihn fast gar nicht. Am 2. Juni wurde rechts am *Bulbus urethrae* eine kaum erbsengrosse, feste, bohnenförmige Geschwulst bemerkt, welche gegen den leisesten Druck äusserst empfindlich war. Dieselbe hing offenbar mit dem Bulbus zusammen, liess sich nicht isoliren. Gleichzeitig trat wiederholt Harnverhaltung ein und machte die Einführung des Katheters nöthig. Diese Operation gelang auch jetzt ohne Schwierigkeit, verursachte aber jedesmal sehr lebhafte Schmerzen. Die genannte Geschwulst vergrösserte sich ziemlich rasch, indem sie sich in die rechte Hälfte des Hodensackes hinein ausdehnte. Sie blieb hart, scharf umschrieben und behielt ihre bohnenförmige Gestalt. Ueber derselben liess sich das Scrotum leicht verschieben. Es wurden warme Breiumschläge verordnet; ausserdem machte die grosse Empfindlichkeit des sehr sensibeln und ängstlichen Patienten die öftere Darreichung kleiner Gaben Opium nöthig. Die Geschwulst im Hodensack erreichte allmälig die Grösse einer grossen Wallnuss. Vor derselben lag durchaus isolirt und beweglich der rechte Hode in seiner freilich sehr beengten Zelle. Die hintere Wand des Scrotum verwuchs sodann mit der Geschwulst und röthete sich. Man fühlte deutlich Fluctuation. Am 25. Juni wurde ein Einstich in die Geschwulst gemacht, nahe dem Damm, an einer Stelle, wo die Haut verdünnt war und die Geschwulst sich zugespitzt hatte. Zu Anfang entleerte sich, nebst krümeligen Exsudatmassen, nur eine mässige Menge guten Eiters. Es blieb noch eine beträchtliche Masse festen Exsudats zurück. Bei fortgesetztem Gebrauch warmer Breiumschläge hielt jedoch eine mässige Eiterabsonderung durch die Einstichsöffnung an, die Exsudatmassen verminderten sich rasch. Am 5. Juli hatte sich die Einstichsöffnung geschlossen. Eine feste, strangförmige, durchaus nicht schmerzhafte Anschwellung lag noch in der Gegend des *Bulbus urethrae.* Der Kranke, welcher sich übrigens durchaus gesund und durch dieses Uebel nicht mehr genirt fühlte, verliess das Hospital und entzog sich vor der Hand der Beobachtung.

Zu Anfang October stellte sich der Kranke wiederum in der Klinik ein. Seit einiger Zeit hatte er ein Hinderniss beim Harnlassen bemerkt. Der Harn floss nicht mehr in vollem Strahl ab. Bei Einführung eines Katheters stiessen wir auf ein Hinderniss in der Gegend des *Bulbus urethrae.* Die Spitze des Katheters wurde daselbst nach rechts abgelenkt. Ein dünneres Bougie passirte diese Stelle ohne Schwierigkeit und gelangte in die Harnblase. Dem Sitze des früheren Leidens entsprechend, hatte sich eine Verengerung der Harnröhre gebildet, und zwar in Folge der Zusammenziehung des daselbst entwickelten Narbengewebes und dadurch bewirkter Verschiebung der *Pars membranacea urethrae.* Man fühlte noch jetzt an der besprochenen Stelle von aussen her eine geringe Härte durch. Eine wiederholte Einführung von jedesmal dickeren Bougies hat hingereicht, das erwähnte Hinderniss beim Uriniren in wenig Wochen vollständig zu beseitigen.

Ganz in jüngster Zeit hat ohne bekannte Veranlassung, entsprechend der Narbe der ehemaligen Incisionswunde, von Neuem eine Infiltration mit faserstoffhaltigem Exsudat in der rechten Hälfte des Hodensackes stattgefunden. Die Neigung dieses Exsudates zum eitrigen Zerfallen kündigt sich bereits durch das Gefühl der Fluctuation an. Die durch dasselbe gesetzte Anschwellung beeinträchtigt in keiner Weise die Excretion des Harnes.

Des Vorkommens einer Entzündung der Cowper'schen Drüsen bei Tripper haben zwar verschiedene Schriftsteller Erwähnung gethan, z. B. John Hunter (in seiner Abhandlung von der venerischen Krankheit, übersetzt von Dr. Fr. Braniss, S. 90, 122, 182, 304, welchen Umstand die Commentatoren desselben, Ricord, Babington und Behrend, gänzlich unberücksichtigt lassen); indess vermissen wir in den uns zu Gebote stehenden Schriften über diesen Gegenstand jede ausführliche Erörterung desselben. Um so mehr schien nun der vorliegende Fall für die Veröffentlichung sich zu eignen, als die beschriebenen Symptome über das Wesen der zu Grunde liegenden pathologischen Veränderung nicht wohl Zweifel zulassen.

IV.

Beobachtungen über den *Morbus Brightii*

hatten wir im Laufe dieser Monate in 12 Fällen Gelegenheit anzustellen; 4 davon waren abhängig von Herzfehlern, und zwar von einfacher Hypertrophie des Herzens 3 (No. 4, 5 und 9), der vierte von Hypertrophie und Stenose des *Ostium arteriosum* nebst ausgedehnter atheromatöser Degeneration der Arterien (No. 8). In einem Falle war gegründeter Verdacht einer bestehenden syphilitischen Kachexie vorhanden, welcher durch die Leichenuntersuchung neue Nahrung fand (No. 5). In einem Falle war eine ausgedehnte chronische Verschwärung am Unterschenkel die ausgesprochene Veranlassung, wiewohl auch in diesem Falle der Leichenbefund den Verdacht auf Syphilis zuliess (No. 6), in einem andern cariöse Zerstörung in der Fusswurzel (No. 12). In 2 Fällen wurde der *Morbus Brightii* durch Säuferdyskrasie (No. 10 und 11), in 3 Fällen wurde er durch Abdominaltyphus herbeigeführt (No. 1, 2, 3). Nur in einem Falle, welcher erst spät in unsere Behandlung kam, gelang es uns nicht, ein bestimmtes ätiologisches Moment aufzufinden (No. 7).

Als bemerkenswerthe Resultate zur Verwendung für Diagnostik, Pathogenese und Therapie ergaben sich uns folgende Thatsachen:

Die bei Gegenwart von urämischer Intoxication ausgeworfenen Magencontenta reagirten constant stark alkalisch und enthielten reichliche Mengen von Ammoniakcarbonat. Dieser Körper liess sich leicht in dem Erbrochenen nachweisen durch Annäherung eines mit Salzsäure befeuchteten Stabes, welche die Entwickelung von dicken weissen Salmiakdämpfen zur Folge hatte. Diese Thatsache gewinnt um so mehr an diagnostischem Werth, als sie allein hinreicht, die urämische Intoxication in Fällen von hartnäckigem Erbrechen zu erkennen, wo weder Hydrops noch andere Erscheinungen die Aufmerksamkeit auf ein vielleicht bestehendes Nierenleiden lenkten. In der Leiche fanden wir unter solchen Umständen die Magenschleimhaut dunkel livid geröthet und mit Ecchymosen bedeckt, gerade wie bei Thieren, denen nach Exstirpation der Nieren Harnstoff in die Blutgefässe injicirt worden ist. Bei Annäherung von Salzsäure an die so beschaffene Magenschleimhaut bildeten sich dicke Nebel von Salmiak.

Auch der Nachweis des Ammoniakcarbonats in der exspirirten Luft bei urämischer Intoxication, welcher auf dieselbe Weise wiederholt geliefert wurde, muss als diagnostisches Zeichen von hohem Werthe angeführt werden.

Ein noch empfindlicheres Reagenz zur Erkennung des Ammoniakgehalts, als die Salzsäure, ist das Hämatoxylin, dessen Anwendung uns indess entbehrlich blieb.

Den Einfluss der urämischen Intoxication auf Veränderung der Blutmischung hatten wir zweimal zu beobachten Gelegenheit, indem bei bestehenden typhösen Verschwärungen im Darmkanal jedesmal profuse Darmblutungen den Eintritt der urämischen Intoxication begleiteten (No. 1 u. 3).

Chronisch trat die urämische Intoxication auf in 3 Fällen von chronischem *Morbus Brightii*, als acute Intoxication bei 2 Typhuskranken. Als solche wurde sie auch in der unter dem Namen der *Eclampsia parturientium* bekannten Form in 2 Fällen von Herrn Professor Litzmann, Director der hiesigen Entbindungsanstalt, bei Schwangeren beobachtet.

Es verliefen von den oben erwähnten 12 Fällen 11 tödtlich; einen glücklicheren Ausgang hatten die von Herrn Professor Litzmann beobachteten 2 Fälle und ein in unserer Klinik behandelter Fall von *Morb. Bright.* in Folge von Typhus (No. 2). Unmittelbare Todesursache war in 1 Falle pleuritisches Exsudat (No. 7), 1 Erschöpfung in Folge von Säfteverlust durch chronische Verschwärung und Diarrhöe (No. 6), 1 Urämie und Erschöpfung durch Erbrechen (No. 4), 1 Urämie und Erschöpfung durch Diarrhöen und Darmblutungen (No. 3), 1 Urämisches Coma (No. 12), 1 Darmblutungen bei Typhus (No. 1), 2 Pneumonie und Alkoholintoxicationen (No. 10 und 11), 1 *Carcinoma pylori*, Lungenödem und Pneumonie (No. 8), 1 Lungenödem allein (No. 5), 1 *Apoplexia cerebri* (No. 9).

Die von uns eingehaltene Therapie war sehr verschieden nach den Ursachen. Während bei *Morbus Brightii* in Folge mechanischer Blutstockung in den Nieren, wie bei Herzfehlern, für Ableitung auf den Darmkanal gesorgt und durch Adstringentien auf das Capillarsystem der Nieren gewirkt wurde, musste es bei den acuten Formen, wie sie sich im Gefolge von Typhus entwickelten, unsere nächste Aufgabe sein, den drohenden Erscheinungen der urämischen Intoxication zu begegnen. — Gegen die Wassersucht wurde Gummigutt gereicht, welches durch Antreibung der Diurese und durch bewirkte flüssige Darmausleerungen die Hydropsie verminderte und lange Zeit gut ertragen wurde. Beim Gebrauch der Adstringentien, insonderheit des reinen Tannins verging lange Zeit, bevor wir Gallussäure, in welche sich die Gerbsäure, während sie in der Säftemasse des Organismus circulirt, umsetzt, im Harn nachweisen konnten. Erst nach wochenlangem unausgesetztem Gebrauch des Mittels stellte sich auf Zusatz von Eisenchlorid eine bräunliche Färbung des Urins ein.

(Anm. Es erklärt sich das Ausbleiben der Gallussäure im Harn, so lange nur kleinere Gaben von Tannin gereicht werden, leicht aus dem Umstande, dass die Gerbsäure in alkalischen Flüssigkeiten, wie im Blute, sehr rasch in huminartige Substanzen sich umsetzt, welche die bekannte Reaction mit Eisenoxydsalzen nicht mehr geben. Die

huminartigen Stoffe gingen als solche in den Harn über und gaben demselben eine eigenthümliche schmutzig-braune Färbung. Erst wenn man längere Zeit grössere Gaben Gerbsäure dem Organismus einverleibt, gelingt es, die Gallussäure durch Eisenoxydulsalze im Harn nachzuweisen.)

Die Therapie der urämischen Intoxication mit Citronensäure, Benzoësäure, *Cremor tartari*, Essigwaschungen und Digitalis gewährte sehr glänzende Resultate. Die Pflanzensäuren wurden hier in einer zwiefachen Absicht in Anwendung gezogen. Einmal sollten sie, als milde, aber sichere Diuretica die spärliche Harnsecretion antreiben. Die Vermehrung der in den Malpighi'schen Kapseln abgesonderten Flüssigkeit sollte den Druck verstärken, welcher von oben her auf die die Harnkanälchen verstopfenden Faserstoffgerinnsel durch eben diese Flüssigkeit geübt wird, und dadurch das Austreiben dieser Gerinnsel bewirken. Auf diese Weise endlich sollte dem im Blute zurückgehaltenen Harnstoff, der Quelle der Gefahr, der freie Austritt aus der Blutmasse auf dem natürlichen Wege möglich gemacht werden. Dann aber sollten die genannten Säuren bei einmal eingetretenen Erscheinungen von urämischer Intoxication dazu dienen, durch ihren Uebertritt in das Blut den giftigen Körper, das kohlensaure Ammoniak, in welches der Harnstoff unter diesen Umständen sich umgesetzt hat, zu zerlegen, die Base zu sättigen und dieselbe in der Form des so gebildeten unschädlichen Salzes aus dem Organismus zu entfernen. Diese letzte Absicht erreichten wir fast in allen Fällen, wo wir gegen die genannten Erscheinungen operirten, rasch und vollständig. Regelmässig gelang es, das urämische Coma durch Anwendung der genannten Mittel in wenig Stunden zu bannen. Dasselbe kehrte zwar, wo die Harnabsonderung wegen vorgeschrittener Texturveränderungen der Nieren sich nicht dauernd bethätigen liess, oft in kurzer Frist wieder, allein unsere Mittel wirkten alsdann nicht weniger prompt, den neuen Sturm zu beschwichtigen. (Vergl. Fälle 1 u. 3.)

Mehrere der nun zu beschreibenden Fälle von Bright'scher Nierenkrankheit wurden nicht in unserer Klinik behandelt, davon 1 im Friedrichs-Hospital von Hrn. Prof. Stromeyer (No. 6), 1 in der Irrenanstalt des Hrn. Prof. Jessen auf Hornheim (No. 12), 2 von Privatärzten (No. 8 u. 9). Ein hier im Hospital befindlicher Kranker starb wenige Stunden nachdem Hr. Prof. Frerichs die Direction der Klinik übernommen und das bisher verkannte Nierenleiden diagnosticirt hatte. Ausser diesen ist schon zweier Fälle Erwähnung geschehen, welche Hr. Professor Litzmann, Director der hiesigen Entbindungsanstalt, beobachtet hat. Drei Fälle kamen während der Abwesenheit des Hrn. Prof. Frerichs zur Beobachtung, resp. zur Section (No. 10, 11 u. 12).

Nicht in allen diesen von uns beobachteten Fällen war die Entartung der Nieren das hervorstechende Leiden der Kranken oder gar Todesursache. Bei mehreren unter ihnen hatte sich diese Krankheit in Folge von oder neben anderen schon bestehenden Krankheiten entwickelt, ohne auf Verlauf und Ausgang derselben beträchtlich einzuwirken, so im 8. Falle neben Krebs. In den Fällen No. 10 und 11 war *Morbus Brightii* die Folge von Säuferdyskrasie, welche, sicher unabhängig von dem in beiden Fällen nicht sehr vorgeschrittenen Nierenleiden, den Untergang der betreffenden Individuen, wie sehr häufig, durch *Delirium tremens* und Entzündung in den Respirationsorganen einleitete. Beide Individuen kamen erst ganz kurze Zeit vor ihrem Tode in Behandlung, die Nierenentartung war gewissermaassen nur ein Nebenbefund in der Leiche. Im 9. Falle hatte *Morbus Brightii* lange bestanden und sehr ausgesprochene Krankheitserscheinungen hervorgerufen, der Tod wurde aber durch einen Bluterguss in's Gehirn herbeigeführt, welcher veranlasst war, wie die Nierendegeneration, durch den bestehenden Herzfehler, aber zu der Nierenkrankheit in weiter keinem Verhältniss stand. In den Fällen 1, 3, 4, 5, 6, 7 und im 12. war *Morbus Brightii* die eigentliche Ursache des Todes.

Jahresbericht der geburtshülflichen Poliklinik an der k. Universität München vom 1. Jan. 1850 bis 1. Nov. 1850.

Von

Dr. Hofmann, Vorstand derselben.

(Fortsetzung aus No. 50.)

Geburtsverhältnisse.

Die Zahl der von uns Besorgten war in diesem Jahre 232. Es kamen davon vor:

16 im Monat Januar 1850
19 im Monat Februar
25 im Monat März
24 im Monat April
17 im Monat Mai
23 im Monat Juni
21 im Monat Juli
20 im Monat August
21 im Monat September
25 im Monat October
21 im Monat November

Summa 232 Geburten.

Unter den Gebärenden befanden sich:

68 Erstgebärende und
164 Mehrgebärende, nämlich:
47 Zweitgebärende
27 Drittgebärende
17 Viertgebärende
16 Fünftgebärende
8 Sechstgebärende
9 Siebentgebärende
6 Achtgebärende
6 Neuntgebärende
7 Zehntgebärende
6 Elftgebärende
1 Elft- oder Zwölftgebärende
1 Zwölftgebärende
1 Zwölft- oder Dreizehntgebärende
6 Dreizehntgebärende
4 Vierzehntgebärende
1 Sechzentgebärende
1 Achtzehntgebärende

164 Mehrgebärende.

Summa 232 Gebärende.

Der Zahl der Kinder nach befanden sich unter diesen 232 Geburten:

225 einfache und
7 mehrfache Geburten

Summa 232 Geburten.

Unter den mehrfachen Geburten machen wir zuerst Erwähnung:

I. Von 6 Zwillingsgeburten, wovon
2 im Monat März 1850
1 im Monat Juni
1 im Monat Juli
1 im Monat September und
1 in den Monaten September und October zur Beobachtung kamen.

Summa 6 Zwillingsgeburten.

Unter diesen 6 Zwillingsgeburten waren:

3 Zwillingsreifgeburten (Journal No. 129, 159, 182) und
3 Zwillingsfrühgeburten, davon:
1 Zwillingsabortus mit $2\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$ Mon. (Journal No. 194)
1 Zwillingsfrühgeburt von 32 Wochen mit Vorlagerung des Mutterkuchens (Journal No. 54)
1 Zwillingsfrühgeburt von 38—39 Wochen (Journ. No. 53)

3 Zwillingsfrühgeburten.

Summa 6 Zwillingsgeburten.

Die Kindeslagen, die dabei beobachtet wurden, waren folgende:

1) Scheitellage und Querlage (Journal No. 53).
2) Scheitellage und halbe Fusslage (Journal No. 54).
3) Steisslage und vollkommene Fusslage (Journal No. 129).
4) Scheitellage und Querlage (Journal No. 159).
5) Scheitellage und Steisslage (Journal No. 182).
6) Zwei Mal gar keine Lage (Journal No. 194).

Es hatten daher die 12 Früchte 8 Mal Geradlagen, und zwar:

4 Mal mit dem oberen und
4 Mal mit dem unteren Rumpfende voran.

Summa 8 Geradlagen.

2 Mal Querlagen (Journal No. 53, 159)
2 Mal gar keine Lage (Journal No. 194).

Summa 12 Zwillingsfrüchte.

Den Verlauf der Zwillingsgeburten betreffend, bemerken wir, dass in 2 Fällen (Journal No. 129, 182) derselbe vollkommen regelmässig war. Der Verlauf der übrigen 4 Zwillingsgeburten ging mehr oder weniger in das Gebiet der Dystokie hinüber.

1) In der Nacht vom 11. zum 12. März 1850, Morgens 1 Uhr, zeigten sich bei einer 34 Jahre alten, zum 6. Male schwangeren Frau die ersten Wehen, obgleich sie noch fast 14 Tage bis zu ihrem normalen Schwangerschaftsende rechnete. Gegen 4 Uhr Morgens erfolgte der Blasensprung, und um 6 Uhr wurde das Kind geboren. Es ergab sich, dass ein zweites Kind noch in der Gebärmutterhöhle war, und da keine Wehen eintraten, ward um 11 Uhr Morgens die Hülfe der Poliklinik in Anspruch genommen. Wir fanden das Allgemeinbefinden vollkommen ungetrübt; normale, aber schwache Wehen, und bei der innern Untersuchung mit der ganzen Hand den stark ballotirenden Kopf vorliegend.

Bis Nachmittags 3 Uhr war das Ei mehr gegen den Muttermund herabgetreten. Abends 6 Uhr war die Wehenthätigkeit ziemlich entwickelt und das Ei stand ganz im Beckeneingang am Muttermunde. Der Kopf lag vor, aber mehr in der rechten Mutterseite, und in seiner Nähe kleine, nicht näher bestimmbare Theile. Zugleich waren die Eihäute sehr derb und mussten deswegen als ein Hinderniss für den Fortschritt des Gebäraktes betrachtet werden. Man konnte deutlich durch das Gefühl entdecken, dass zwei Blasen hinter einander sich stellten, denn hinter der ersten mit einer ganz dünnen Haut versehenen Blase stellte sich eine zweite mit derberen Häuten. Es geschah wohl bei diesem Zwillingsei die Metamorphosirung des zwischen Amnion und Chorion enthaltenen Zellgewebes in Wasser, statt in eine *Tunica media*, denn bei der gleich zu erwähnenden Wendung mussten auch zwei in einem Raume von $\frac{1}{4}$ Zoll entfernte Eihautschichten durchbohrt werden. Es wurde der Plan gefasst, das Hinderniss, das die Derbheit der Blase entgegenstellte, zu beseitigen, und wenn allenfalls dann kleine Theile in der Nähe des Kopfes sich fühlen liessen, oder ein Arm vorfallen und nicht reponibel sein sollte, die Wendung zu machen. Wirklich fiel auch der Arm vor, und wurde zwei Mal ein Repositionsversuch erfolglos gemacht, daher wir sogleich mit der Wendung vorgingen. Das Kind kam scheintodt und konnte nicht zum Leben gebracht werden. (Journal No. 53.)

2) Eine 25jährige Erstgebärende von kräftiger Constitution wurde am 12. März 1850 von uns aufgenommen. Sie rechnete ihre Schwangerschaft wenigstens bis zu Ende April 1850 oder Anfang Mai 1850, und befand sich folglich um die 32. Woche ihrer Schwangerschaft. Sie erzählte uns, bis vor 6 Wochen sei sie ganz wohl gewesen, damals aber von einem plötzlich und ohne Veranlassung eintretenden Blutflusse befallen worden, der sich auf einige Tage hindurch auf Anrathen der Hebamme gepflogene Ruhe verlor. Am 11. März 1850 Abends trat neuerdings eine Blutung ein, die die ganze Nacht fort- und noch andauerte, als die Person in die Poliklinik aufgenommen wurde. Wir fanden sie mit stark geröthetem Gesichte, und in mässig starken, schon seit dem 11. März 1850 Abends andauernden Wehen. Der Uterus stand mit seinem Grunde über dem Nabel; kleine Kindestheile in der linken Mutterseite durchfühlbar, die Bewegungen des Kindes kräftig und lebhaft, Genitalien und Vagina eng, der Mutterhals noch einige Linien lang, daher noch nicht verstrichen; der Muttermund wie ein Sechs- oder Zwölfkreuzerstück gross geöffnet. Innerhalb desselben stiessen wir auf das schwammige Gewebe der Placenta, das ringsum den Muttermund bedeckte, und in seinem Umkreise noch mit ihm adhärirte. Einen vorliegenden Kindestheil konnten wir nicht entdecken. Die Hämorrhagie war ziemlich profus. Wir tamponirten, und als sich der Muttermund gehörig erweitert hatte, wendeten wir das Kind vom Kopf- auf das Fussende. Schon bei Gelegenheit der Wendung konnten wir die Gegenwart eines zweiten Kindes in der Uterinhöhle diagnosticiren, das, mit den Füssen vorliegend, später von uns extrahirt wurde. Beide Kinder kamen lebend. (Journal No. 54.)

3) Eine 40 Jahre alte, zum 11. Male schwangere Frau bekam am Ende einer regelmässig verlaufenen Schwangerschaft am 28. Juli 1850 Nachmittags 3 Uhr die ersten Wehen, und schon nach einer Stunde war das Kind geboren. Da die Hebamme ein zweites Kind in der Gebärmutterhöhle wahrnahm, aber keinen vorliegenden Kindestheil fand, wurde gegen 5 Uhr Abends die Hülfe der Poliklinik begehrt. Wir fanden die Frau in einem ganz gesunden Zustande; es stellte sich eine zweite Blase, und durch dieselbe waren kleine Kindestheile zu fühlen. Es war somit wahrscheinlich Querlage zugegen, doch wollte man die Diagnose nicht um den Preis der Blasenzerreissung erkaufen. Wir glaubten unter diesen Verhältnissen den Eintritt von Wehen abwarten zu müssen, und verhielten uns daher lediglich passiv und exspectativ. Es dauerte 28 Stunden, nämlich bis zum 29. Juli 1850 Abends 8 Uhr, bis Wehen eintraten. Die Frau befand sich während dieser Zeit ganz wohl, schlief die Nacht vom 28. zum 29. Juli ganz ruhig, und verzehrte ihr angemessenes Abend-, Früh- und Mittagessen in der bezeichneten Zeit mit grossem Behagen. Zu der bezeichneten Stunde traten plötzlich kräftige Wehen auf, und als wir gegen $8\frac{3}{4}$ Uhr Abends zur Gebärenden kamen, fanden wir wiederholt kleine Theile über dem Muttermunde hinter den Eihäuten. Wir glaubten um so weniger jetzt zögern zu dürfen, damit wir nicht den noch günstigen Zeitraum des Bestandes der Fruchtblase für die Wendung verlören. Es wurde sonach gewendet und sodann die Ausschliessung des kleinen Kindes der Natur überlassen. In der Nachgeburtsperiode stellte sich mässiger Blutfluss ein, und da eine ergiebige Wehenthätigkeit nicht erzielt werden konnte, sahen wir uns zur künstlichen Lösung der Nachgeburt genöthigt. (Journal No. 159.) Das Kind war lebend.

4) Eine 42 Jahre alte Frau, die schon 12 Mal geboren hatte, nahmen wir am 11. September 1850 mit mässiger Blutung auf. Sie rechnete sich zwischen 10 — 12 — 14 Wochen schwanger, und erfolgte schon am Tage ihrer Aufnahme in die Poliklinik der Abgang eines Abortiveies, das bei genauer Besichtigung Eihäute ohne Embryo zeigte. Am 5. oder 6. Tage nachher, als die blutige Uterinalsecretion nicht cessiren wollte, sahen wir uns genöthigt, eine genaue Exploration anzustellen, wobei wir sowohl bei der äusserlichen als innerlichen Untersuchung die Gebärmutter vergrössert und einen fremden Körper noch beherbergend fanden. Wir gaben Ergotin, Secale, Mineralsäuren, liessen die Frau die strengste Ruhe mit antiphlogistischer Diät bewahren — Alles umsonst, die blutige Uterinalsecretion war weder zum Aufhören, noch der in der Gebärmutterhöhle befindliche Körper, den wir für zurückgebliebene Eihautreste ansahen, zum Heraustreten zu bewegen. Trotz aller Behandlung währte diese blutige Uterinalsecretion, manchmal schwächer, das andere Mal wieder stärker, volle 4 Wochen fort. Am 28. Tage nach der Ausstossung des ersten Abortiveies traten Wehen ein und es wurde ein faules zweites Abortivei geboren, das ebenfalls nur aus den Eihäuten bestand und keinen Embryo hatte. Jetzt verlor sich nach wenigen Tagen die blutige Uterinalsecretion. (Journ. No. 194.)

Von den Zwillingskindern kamen lebend zur Welt	9	
scheintodt, in's Leben zurückbringbar	1	(Journ. No. 53)
todt	2	(Journ. No. 94)
Summa	12	Zwillingsfrüchte.

Von den lebend geborenen starben jene Zwillingskinder, die um 8 Wochen zu früh geboren wurden, schon nach einer halben Stunde an Lebensschwäche. Die übrigen 7 Zwillingskinder blieben am Leben.

Das Verhältniss der Eitheile betreffend, so waren jedes Mal getrennte Eier zugegen, so dass jede Zwillingsfrucht ihr eigenes Amnion und Chorion und ihren eigenen Nabelstrang hatte. Nur die Placentenbildung zeigte in sofern Variationen, als

4 Mal eine einzige, beiden Eiern gemeinschaftliche Placenta zugegen war,
1 Mal jedes Zwillingsei seine eigene Placenta hatte (Journal No. 159) und
1 Mal es noch gar zu keiner Placentenbildung gekommen war (J. No. 194)

6 Zwillingsgeburten.

II. Der 2. October 1850 brachte uns eine **Drillingsgeburt**. Die Mutter war 29 Jahre alt und hatte schon ein Mal früher geboren. Sie hatte am 12. Februar 1850 zum letzten Male ihre Menstruation; 8 Tage später erfolgte Empfängniss, und zwar wollte sie nach bestimmter Aussage den der Empfängniss nächstfolgenden Coitus erst Ende März 1850 exercirt haben, so dass also die Drillinge das Resultat jenes einmaligen, gegen den 20. Febr. 1850 zugepflogenen Beischlafes wären. Am 2. October 1850 Morgens 4 Uhr, also in der 34. Schwangerschaftswoche, stellten sich die ersten Wehen ein, und um $9\frac{3}{4}$ Uhr Morgens war das erste Kind, ein Knabe geboren. Es stellte sich eine Blase, und um $12\frac{1}{4}$ Uhr Mittags wurde das zweite Kind, ebenfalls ein Knabe, geboren. Es stellte sich abermals eine Blase, und um $1\frac{1}{2}$ Uhr Mittags wurde das dritte Kind, ein Mädchen, geboren. Die Nachgeburtsperiode ging regelmässig vorüber; die Neuentbundene war sehr schwach. Die Drillinge lebten, und wog

das 1. Kind $4\frac{1}{4}$ Pfd. Civilgewicht
das 2. Kind $3\frac{1}{4}$ Pfd. Civilgewicht
das 3. Kind $3\frac{1}{4}$ Pfd. Civilgewicht
Gesammtgewicht $10\frac{3}{4}$ Pfd. Civilgewicht

und hatte jedes der Kinder eine Länge von $15\frac{1}{4}$ Zoll bairisch. Wir boten Alles auf, um die Drillinge zu erhalten und forderten durch die öffentlichen Blätter zu Geldbeiträgen für die Beschaffung einer Amme auf. Wir erhielten von sehr hoher Hand einen höchst namhaften Beitrag, und konnten nun den Drillingen eine Amme geben, welche mit der Mutter zugleich schenkte. Letztere hing, obgleich unehelich geschwängert, mit rührender Mutterliebe an ihren Kindern, und verpflegte sie, wie nur Mutterliebe allein es kann. Es war unmöglich, sie zu erhalten, alle drei starben nach einander an Lebensschwäche, und zwar das Mädchen zuerst am 7., sodann der zweitgeborene Knabe am 9. und zuletzt der erstgeborene Knabe am 14. Tage nach der Geburt. Die Zeit des Octoberfestes und der Enthüllung des Bavariakolosses hatte nach der Naturforscher-Versammlung eine grosse Anzahl fremder in- und ausländischer Aerzte hier versammelt. Sehr viele derselben sahen die Drillinge. (Journal No. 206.) Es war eine gemeinschaftliche Placenta mit 3 Amnionshöhlen und 3 Nabelschnüren vorhanden.

(Fortsetzung folgt.)

M i s c e l l e n.

Personalien.

Ehrenbezeugungen. Die DD. Credé und Göschen zu Berlin sind zu correspondirenden Mitgliedern des Vereins badischer Aerzte zur Förderung der Staatsarzneikunde ernannt.

